



# BOLETIM SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 NAS FAVELAS

Análise da frequência, incidência,  
mortalidade e letalidade por COVID-19  
em favelas cariocas

**Número: 01/2020**

# APRESENTAÇÃO

**ESTE BOLETIM** É um produto da Sala de Situação COVID-19 nas Favelas vinculada ao Observatório COVID-19 da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Esta Sala tem diversos objetivos, dentre os quais destaca-se a produção de informação para apoiar o monitoramento epidemiológico e social da COVID-19 em favelas, inicialmente na região Metropolitana do Rio de Janeiro.

**ESTE PRIMEIRO BOLETIM** apresenta dados e análises sobre a situação da COVID-19 nas favelas do Rio de Janeiro, levando em consideração os dados oficiais disponibilizados pela prefeitura municipal da cidade do Rio de Janeiro em seu Painel de Informações sobre COVID-19, dados populacionais obtidos no Instituto Pereira Passos (IPP), dados produzidos por movimentos organizados como a Voz das Comunidades e dados produzidos pelos serviços de saúde, em especial, as unidades básicas de saúde.

**LONGE DE MOSTRAR** um modelo padrão para a compreensão da COVID-19 nos territórios periféricos, em especial nas favelas, este boletim soma-se a muitas outras iniciativas no sentido de ser mais um instrumento que dê visibilidade ao problema não só sanitário, mas também social que envolve o atual contexto de emergência sanitária.



# CONTEXTO PERIFÉRICOS E COVID-19

**O ESPAÇO URBANO É DESIGUAL.** Nas áreas onde a pobreza urbana é mais acentuada, o novo coronavírus (SARS-CoV-2), que leva ao adoecimento por COVID-19, avança de forma mais rápida. Isso porque estes territórios não contam com políticas públicas de qualidade que deem suporte à proteção coletiva. Além disso, as condições de vida dificultam muito a adoção de estratégias individuais de prevenção por parte da população, largamente difundidas nas orientações de controle do novo coronavírus, como, o distanciamento social.

**OS ÚLTIMOS MESES** vem mostrando que os impactos sanitários e socioeconômicos da COVID-19 são desiguais no espaço urbano e atingem, com maior intensidade, as populações que estão integradas de forma precária à economia urbana e que, historicamente, tem seus direitos de cidadania violados.

**ESPAÇOS PERIFÉRICOS URBANOS,** cujas condições de vida não são suficientes para garantir a sobrevivência da população com dignidade humana, são uma realidade em países marcados pelas desigualdades econômicas e sociais, sobretudo, nas grandes cidades onde a pobreza cresce em escala ampliada, não apenas formando novas periferias, mas também adensando as antigas.



Cerca de

**17,5 milhões**

de pessoas, no Brasil, moram em Aglomerados Subnormais, vários destes territórios sendo constituídos por favelas. (IBGE, 2019)



Cerca de

**12,6%**

dessas pessoas (2,2 milhões) se concentram no estado do Rio de Janeiro. (IBGE, 2019)

**ESTES TERRITÓRIOS** se caracterizam pela alta densidade de habitações e arruamentos marcadas pela autoconstrução e autonomia frente às normas de regulação urbanísticas, sem regularidade fundiária oficial e com acessos insuficientes ao saneamento básico. Em decorrência das características sociais e ambientais desses espaços urbanos periféricos, bem como das dificuldades dos serviços de saúde, a ocorrência da COVID-19, a gravidade dos casos e a letalidade da doença tendem a apresentar maior magnitude (Linder, 2020).

**ALÉM DISSO**, as medidas de distanciamento social, restrição de mobilidade e interrupção de atividades de serviços, comércio e indústria têm produzido graves impactos econômicos e sociais. Isto porque um grande contingente populacional de moradores de favelas são trabalhadores informais. Muitos destes perderam suas fontes de renda e, outros, são impossibilitados de realizar o isolamento, acentuando “a já acelerada velocidade de contágio na direção de territórios populares” (Observatório de Favelas, 2020).

**DEVE-SE CONSIDERAR** igualmente que estes territórios concentram grupos populacionais que apresentam condições de saúde já comprometidas, como a alta prevalência de tuberculose (Pereira et al., 2015), quadros de hipertensão, cardiopatias e diabetes (Sawaya et al., 2003), além das consequências da violência, expressa por altas taxas de homicídios (Barcellos e Zaluar, 2015), possibilitando uma maior ocorrência de casos graves.



*O coronavírus e essa doença COVID-19 pegou todo mundo desprevenido e, ao mesmo tempo, encontrou o governo e o Estado despreparado e omissos. Os resultados estamos vendo aí com 50 mil mortos nas estatísticas oficiais, mas sabemos que são muito mais... E o abandono das áreas periféricas, o abandono dos trabalhadores com o desemprego em massa. Aqui o desemprego aumentou muito, temos famílias inteiras desempregadas. Mesmo os dados desatualizados e precários podem servir de parâmetro pra gente.*

**RODRIGO, MMU, Jacarezinho**



# INICIATIVAS DE MONITORAMENTO DE CASOS E ÓBITOS EM ESPAÇOS PERIFÉRICOS

**NO INTUITO DE MOSTRAR** a presença da COVID-19, dando visibilidade a situação do adoecimento e avançar na elaboração de ações adequadas para cada realidade, movimentos sociais e serviços de saúde têm produzido informações sobre a situação da COVID-19 em territórios periféricos. Dentre as iniciativas, pode-se citar o painel Voz das Comunidades<sup>1</sup>, o Painel Unificador das Favelas do Rio de Janeiro<sup>2</sup>, o Painel #CoronaNasFavelas Covid-19 Maré<sup>3</sup> e os painéis das unidades de saúde.



**A CADA BOLETIM** serão apresentadas iniciativas de monitoramento de casos e óbitos por COVID-19.

**O PORTAL COVID-19** nas favelas do Voz das Comunidades é um exemplo de auto-organização das favelas. Ele é atualizado todos os dias com informações oficiais da secretaria municipal de saúde, das clínicas de saúde da família e informantes-chave locais. Apresenta um balanço do total de casos confirmados, recuperador e óbitos para 15 favelas da cidade localizadas em diferentes áreas: Centro (2); Zona Sul (3); Zona Oeste (3) e Zona Norte (7). Até a data de referência de 30/06, o Painel registrava 2.291 casos confirmados e 460 óbitos.

<sup>1</sup> <https://painel.vozdascomunidades.com.br/>

<sup>2</sup> <https://experience.arcgis.com/experience/8b055bf091b742bca021221e8ca73cd7/>

<sup>3</sup> <https://datastudio.google.com/u/0/reporting/ceb26582-afc7-4357-b65f-3727c18b3d5a/page/rYxKB>

**Figura 1.** Favelas monitoradas pelo Portal 'COVID-19 nas favelas' do Voz das Comunidades divididas pelas zonas político administrativas da cidade do Rio de Janeiro



*Com a pandemia, a fome foi maior e mais doída. No Catiri, a gente se aproximou do Posto de Saúde e do CRAS para nos dá uma direcionalidade das famílias que mais precisavam. Pois não temos dados. Com isso, a gente gerou um cadastro nosso para conhecer a nossa realidade. Para termos voz e vez. Para nos ajudar, as lideranças se uniram.*

**AURICÉLIA,**

*Museu Casa Bumba Meu Boi em Movimento, Catiri/Bangu*



**OUTRAS INICIATIVAS** importantes de serem pontuadas e que estão sendo desenvolvidas pelos serviços de saúde no intuito de fomentar a produção de informações na Atenção Primária à Saúde (APS), apoiando as ações de vigilância em saúde, são os painéis das unidades de saúde da família.

**ATÉ O MOMENTO,** foram identificados quatro **painéis** que disponibilizam dados sobre a **situação da COVID-19** em **territórios periféricos: Manguinhos, Rocinha, Alemão e Jacarezinho.** Esses painéis, além dos dados sobre casos confirmados e óbitos, apresentam também as informações de casos suspeitos com o perfil por sexo e idade.

**O CONHECIMENTO** do total de casos suspeitos é importante para a estruturação das ações em âmbito local, sobretudo em um contexto no qual somente os casos graves e profissionais de saúde são testados para a confirmação do diagnóstico por COVID-19. Este tipo de dado nos mostra a evolução do adoecimento, por mais que nem todos de fato sejam casos confirmados.



um dos objetivos da **SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE** também é incentivar e apoiar que os serviços de saúde tenham capacidade para analisar e publicitar seus dados.

**COMO ESTAMOS FALANDO** de uma produção do serviço de saúde, estes dados referem-se aos casos que foram notificados pelas respectivas unidades de saúde, ou seja, pessoas que procuraram estes serviços por sentirem sintomas relacionados à COVID-19, tais como febre, cansaço, falta de ar, coriza ou resfriado. Vale destacar que nem todo morador de favela irá procurar somente a unidade de saúde de referência do seu território, mas, pelo fato delas se localizarem no território, estão mais integradas com a dinâmica sanitária e social, sendo representativas do que ocorre com essas populações.

**A PRODUÇÃO DESSAS INFORMAÇÕES** pelas unidades de atenção primária à saúde permite que elas possam compartilhar informações específicas da situação de saúde de cada localidade de forma mais detalhada com o objetivo de dar autonomia à população com uma noção realista dos dados. Além disso, esses dados permitem qualificar as ações de vigilância em saúde que são realizadas, tais como o monitoramento dos casos suspeitos, identificação de grupos de risco e/ou com maior vulnerabilidade, situações de comorbidades e a formulação de ações intersetoriais com outros grupos, como os movimentos sociais e interlocutores locais.

**QUANDO UMA PESSOA** procura uma unidade de saúde e apresenta sintomas de gripe, ela é notificada como um caso de Síndrome Gripal e, após a realização do teste (se for realizado), confirma-se o caso por COVID-19.

**Quadro 1.** Informações sobre os painéis com informações de COVID-19 produzidos pelos serviços de atenção primária à saúde - cidade do Rio de Janeiro

LINK ACESSO AO PAINEL COVID-19	FAVELA DE REFERÊNCIA (*)	DADOS RELACIONADOS
<a href="https://bit.ly/manguinhos_covid19">https://bit.ly/manguinhos_covid19</a>	Manguinhos	Dados de duas unidades básicas do território (Clínica da Família Victor Valla e Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria) e a UPA (Unidade de Pronto Atendimento) de Manguinhos. Além dos dados relacionados aos casos suspeitos, confirmados e óbitos por COVID-19, também há dados sobre o monitoramento telefônico realizado.
<a href="https://datastudio.google.com/embed/reporting/dd7abf2f-420c-4d9b-89c2-f4eda31c58ef/page/BIHPB">https://datastudio.google.com/embed/reporting/dd7abf2f-420c-4d9b-89c2-f4eda31c58ef/page/BIHPB</a>	Alemão	Dados de atendimento e monitoramento de casos suspeitos e confirmados por COVID-19 realizados pela Clínica da Família Zilda Arns, o que não representa todo o território do Complexo do Alemão, tendo em vista que o mesmo ainda é coberto por mais cinco Clínicas da Família.
<a href="https://datastudio.google.com/reporting/2eecd9ab-c0df-4f73-9570-ade92e9c7660/page/NXXQB">https://datastudio.google.com/reporting/2eecd9ab-c0df-4f73-9570-ade92e9c7660/page/NXXQB</a>	Jacarezinho	Dados de atendimento e monitoramento de casos suspeitos e confirmados por COVID-19 realizados pela Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, o que não representa todo o território do o território do Jacarezinho que possui mais uma clínica da família.
<a href="https://datastudio.google.com/reporting/2eecd9ab-c0df-4f73-9570-ade92e9c7660/page/NXXQB">https://datastudio.google.com/reporting/2eecd9ab-c0df-4f73-9570-ade92e9c7660/page/NXXQB</a>	Rocinha	Dados de casos de pessoas com indicação de internação hospitalar. Não estão incluídos nesta contagem os casos leves (com indicação apenas de isolamento domiciliar), que são a maioria dos atendimentos realizados nas clínicas da família. Reúne dados de todas as unidades de atenção primária à saúde no território, a saber: Clínica da Família Maria Do Socorro Silva e Souza, Clínica da Família Rinaldo de Lamare e Centro Municipal de Saúde Albert Sabin.

(\*) Apesar dessas unidades de saúde da família cobrirem grande parte do território das respectivas favelas, em sua lógica de territorialidade também atendem áreas de não favela, por isso, optamos pelo termo "favela de referência".



# DADOS E ANÁLISES SOBRE COVID-19 EM FAVELAS CARIOCAS

## O CONTEXTO SOCIAL DAS FAVELAS CARIOCAS: UMA BREVE ANÁLISE



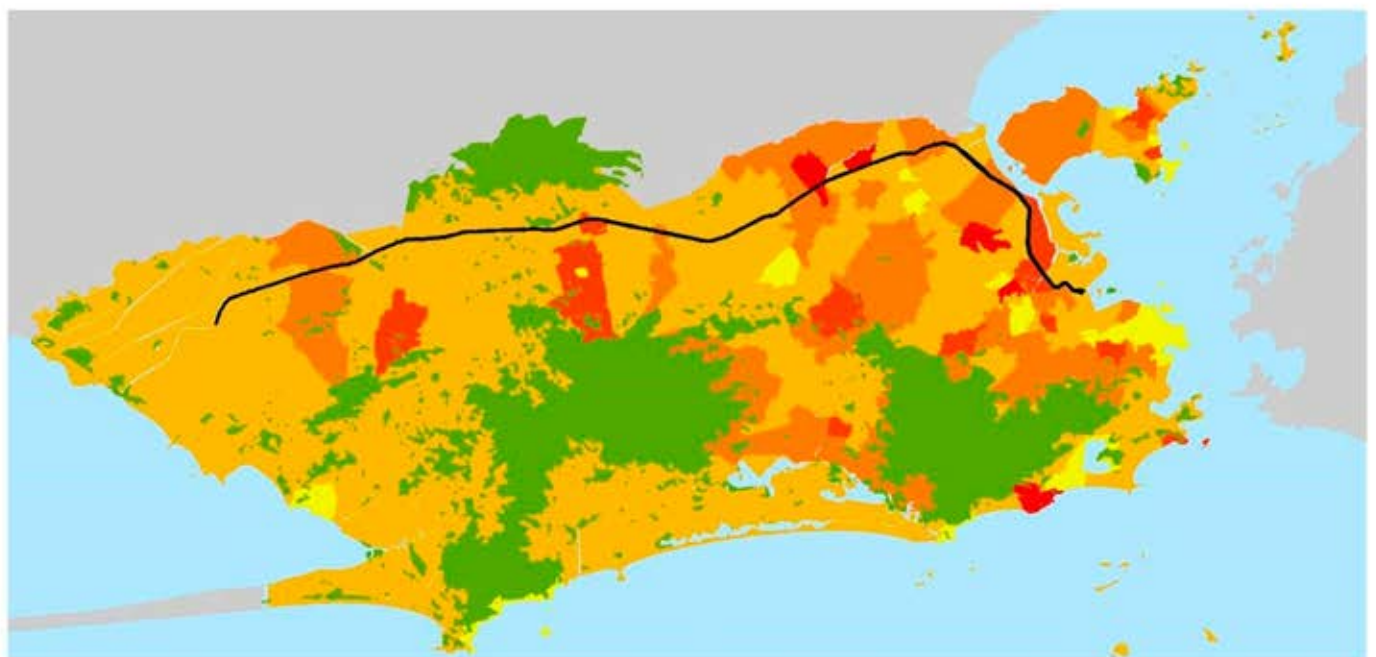
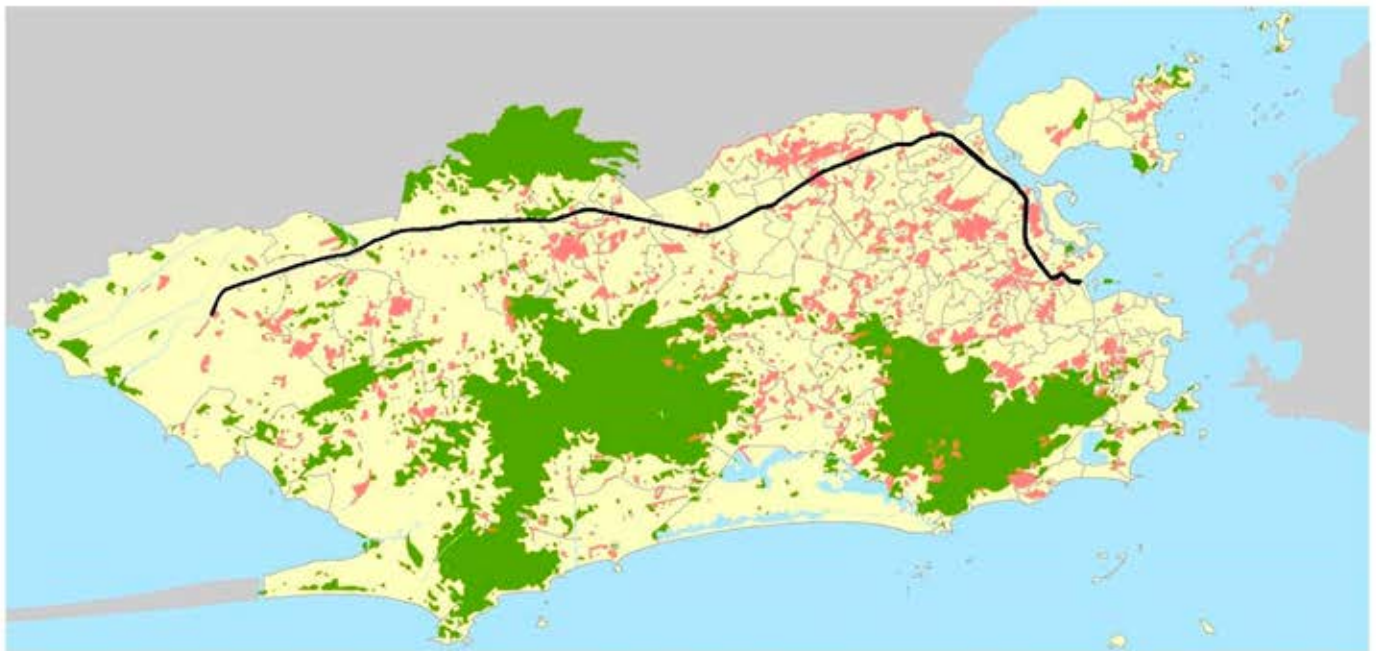
*Eu fico sempre impressionado que já temos 125 anos de favela e a gente vive o drama de origem: Quantos somos? Onde estamos? É impressionante porque mesmo com os avanços com os dados do IPP e do IBGE a gente vive um conflito de números que é impossível, até hoje, alguém bater o martelo e dizer: 'favela tal mora tantas pessoas, é dessa forma'. Então essa é uma oportunidade que estamos tendo e a Fiocruz é uma instituição competente, temos que colocar isso em uma bandeira. (...) O que estamos chamando de favela? Temos que rediscutir esse conceito, porque se não a gente fala dos grandes complexos, que em algumas situações é importante pois dá densidade e potencial político, mas em outras, nos fragiliza e a gente passa a falar somente das grandes favelas*

**ITAMAR, Grupo ECO Santa Marta**



**COM BASE NOS DADOS DO CENSO DE 2010**, estima-se que 22% dos habitantes do município do Rio de Janeiro moram em áreas de favela (Figura 2). As favelas cariocas possuem particularidades próprias relacionadas ao seu processo histórico de formação. O maior contingente de população morando em favela (43,6%) encontra-se na área de planejamento de Ramos que é formada pelos bairros de Olaria, Maré, Ramos, Bonsucesso e Manguinhos. As favelas da Zona Sul, mais próximas das regiões de maior renda e oportunidades de trabalho, apresentam maior densidade populacional. Em relação à distribuição geográfica, a maior parte das favelas do Rio está em áreas planas da Zona Norte e Zona Oeste, e não nos morros (IPP, 2013).

**Figura 2.** Distribuição das favelas na cidade do Rio de Janeiro e por área residencial.

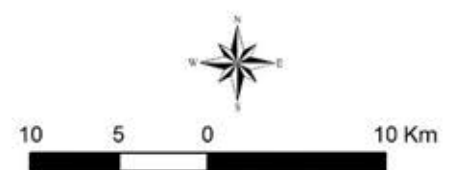


**Legenda**

-  Av. Brasil
-  Favelas IPP 2008
-  Corpo hídrico
-  Áreas verdes
-  Bairros IPP
-  Região Metropolitana

**% de favela por bairro**

 0,00	 Av Brasil
 0,01 - 9,53	 Região Metropolitana
 9,53 - 19,60	 Áreas verdes
 19,61 - 49,00	 Corpo hídrico
 49,01 - 91,43	



Fonte de dados: IPP e IBGE  
 Digitalização das bases: IPP  
 Estruturação: Núcleo de Geoprocessamento/LIS/ICICT/Fiocruz

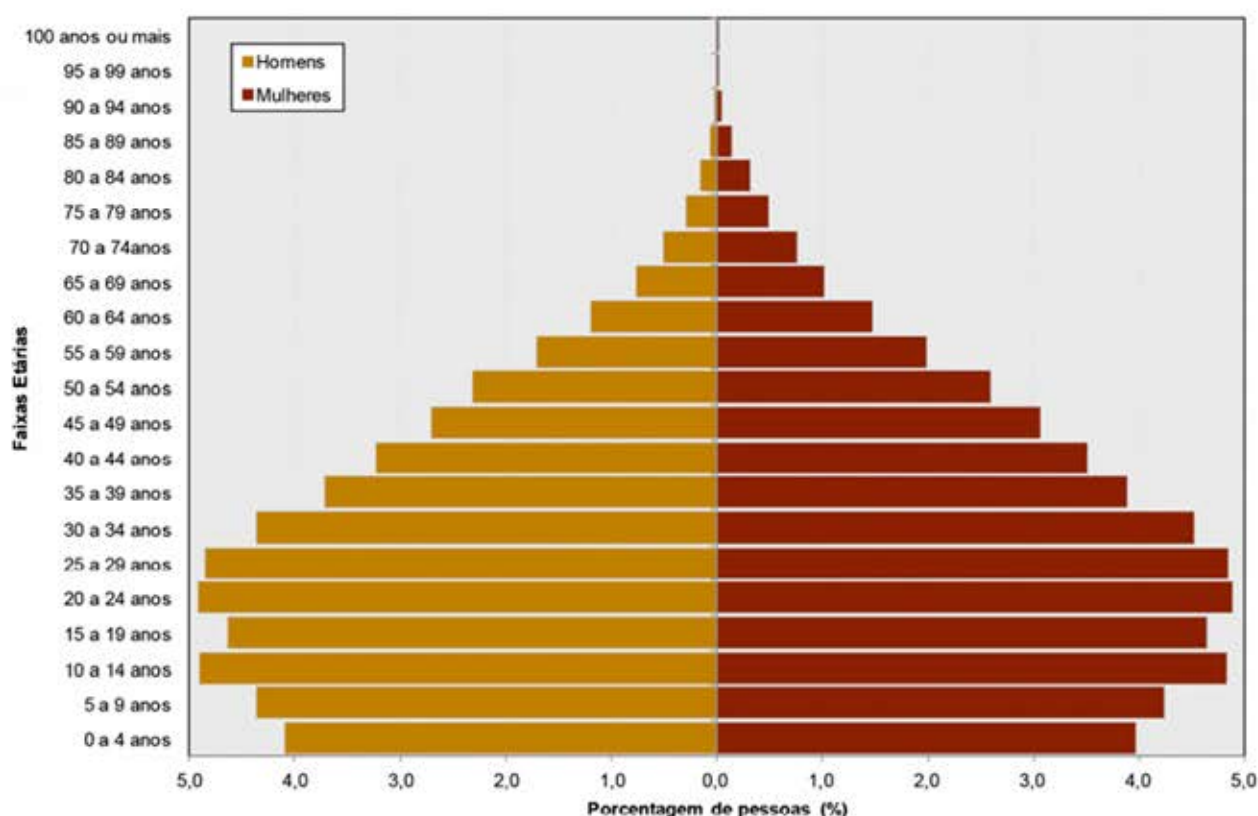
**EM RELAÇÃO À EDUCAÇÃO**, 12% das crianças entre 8 e 9 anos moradoras de áreas de favelas são analfabetas, nos bairros formais esse índice é de 5%, indicando condições educacionais mais precárias nas favelas. Em relação à raça/cor, há uma enorme concentração de negros (pretos e pardos autodeclarados ao recenseador) nas áreas de favelas, em nenhuma das áreas de favela das Regiões de Planejamento, o percentual de negros é menor que 50%. A média de renda nominal nos bairros formais é três vezes maior que a renda média nas favelas, no processo de ocupação do espaço urbano a favela foi a opção de moradia da baixa renda e, em muitos casos, próxima aos locais de trabalho para a diminuição dos custos de vida. (IPP, 2013)

**DE ACORDO COM O IPP (2013)**, o acesso limitado ao saneamento básico (água, esgotamento sanitário e energia elétrica) concentra-se nos territórios da zona oeste. Apesar disso, o cotidiano das favelas de toda a cidade é marcado pelo acesso precário a esses serviços, com a intermitência ou falta d'água. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2019, existem 18,3 milhões de brasileiros que não recebem água encanada todos os dias em suas casas. Nas favelas e periferias essa realidade se acentua.



**O ACESSO À ÁGUA** é um aspecto essencial para a garantia da realização das medidas mínimas de higiene e prevenção individual no enfrentamento ao novo coronavírus.

**Figura 3.** Distribuição dos moradores de favelas da cidade do Rio de Janeiro segundo idade e sexo, Censo 2010 (IPP, 2013)



Fonte: estimativas produzidas através da base de dados dos Dados Agregados do Censo 2010 por setor censitário, extraída em 25/07/2012.  
Nota: Foram consideradas pessoas residentes em domicílios particulares e coletivos.

**ALÉM DOS DESAFIOS HISTÓRICOS** relacionados às moradias com baixa ventilação, iluminação e espaço, a deficiência no acesso aos serviços públicos, a situação das favelas é agravada devido ao contexto de violência estrutural. O Brasil ocupa o primeiro lugar no mundo como o país com mais anos de vida perdidos pela violência (Sawaya et al, 2018).



*Estamos vendo o aumento terrível, absurdo, da ação da polícia dentro das comunidades, ação de matar como nunca, nesse período de pandemia. Então a gente vê a agressão dos direitos, a morte da população, principalmente, a população preta que é a população mais pobre, que está presente em maior número nas periferias, nas favelas.*

**CLÁUDIA, CEASM e Museu da Maré**



# COVID-19 EM FAVELAS CARIOCAS: INCIDÊNCIA, LETALIDADE E MORTALIDADE

## PARA COMPREENDER A SITUAÇÃO DA COVID-19

nos espaços periféricos do município do Rio de Janeiro, particularmente as favelas cariocas, foi realizada uma análise dos indicadores de incidência, mortalidade e letalidade por uma tipologia urbana que considerou o percentual de área dos bairros coberta por favelas.



## DE ONDE FORAM RETIRADOS OS DADOS?

Foram utilizados os dados oficiais do município do Rio de Janeiro, disponibilizados no painel da prefeitura, coletados até o dia 21 de junho de 2020. Como o nosso último censo foi realizado em 2010, foi estimada a população por bairro para o ano de 2020<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Para estimar a população foi utilizando o método linear corrigido pelo geométrico (Swarcwald &Castilho, 1989). Para estimar a população por gênero e faixa etária utilizamos a mesma proporção da população estimada 2020, por RA, do Instituto Pereira Passos (IPP).

**Quadro 2.** Indicadores de incidência, mortalidade e letalidade e interpretação no contexto de COVID-19.

INDICADOR	CÁLCULO	INTERPRETAÇÃO	LIMITES
Taxa de Incidência	$(\text{Casos confirmados} / \text{População}) \times 10.000$	Relaciona a quantidade de casos com a população, para conhecer o risco de adoecimento e a velocidade de transmissão da doença.	Sofre influências da realização de testes para confirmação dos casos e de como a população foi estimada.
Taxa de Mortalidade	$(\text{Óbitos confirmados} / \text{População}) \times 10.000$	Relaciona a quantidade de óbitos com a população, para conhecer o risco de morte na população.	Sofre influências da realização de teste para confirmar a causa do óbito, do registro da causa básica de óbito e de como a população foi estimada.
Taxa de Letalidade	$(\text{Óbitos/casos}) \times 100$	A letalidade trata-se da relação entre óbitos e o total de casos e permite identificar populações em que ocorreram os casos mais graves, ou seja, que evoluíram, mais rápido, para o óbito.	Sofre influências do contexto de baixa testagem.

**INCIDÊNCIA, MORTALIDADE E LETALIDADE: O QUE É ISSO?**

Para um melhor entendimento da doença, na Epidemiologia construímos indicadores, alguns deles são denominados de incidência, mortalidade e letalidade, ou seja, são medidas. A diferença na forma de calcular e de interpretar está no quadro 2.

## O QUE É “SOFRER INFLUÊNCIA DO CONTEXTO DE BAIXA TESTAGEM”? POR QUE ISSO ACONTECE COM ESSES INDICADORES?

**COMO FOI MOSTRADO**, os indicadores são uma conta matemática. Para realizar essa conta precisamos dos números de casos, óbitos e população de um determinado lugar. No caso da **COVID-19**, para que se possa afirmar que um **caso é confirmado**, faz-se necessário realizar um teste laboratorial. Ou seja, no SUS não são testados todos os casos que apresentam sintomas de gripe, somente em **casos graves**, quando necessitam de **internação**. Mas, essa política também varia de município para município. No Brasil, o Estado do Rio de Janeiro é o quarto estado que menos testa em relação a sua população, apresentando uma taxa de 871 testes para cada 100.000 habitantes (<https://covid19br.wcota.me/#suspects>).

**ATÉ O DIA 24 DE JUNHO** a confirmação para COVID-19 fundamentava-se apenas no **critério laboratorial**, sendo a **maior parte** dos exames realizados pela **rede de saúde privada**. O Sistema Único de Saúde (**SUS**) do município do Rio de Janeiro tem realizado a **testagem** para confirmação dos casos de COVID-19 somente em **casos graves**, quando necessitam de **internação**. Isso traz dificuldades para se mensurar a magnitude da doença nos espaços periféricos onde a população, em sua maioria, é usuária do serviço público de saúde.

A distribuição e realização dos testes não é igual em toda a cidade. Pessoas com maior poder aquisitivo tendem a conseguir realizar mais testes do que a população com menor renda. Isso é um **contexto de baixa testagem** que influencia na identificação de casos confirmados e, logo, irá influenciar os resultados dos indicadores.



*"É muito grave a subnotificação e não ter teste para todo mundo. Os laboratórios privados fazem teste a vontade para quem pode pagar, mas no público as pessoas não fazem e, quando fazem, demora muito para saber o resultado (...) O governo quer dá um ar de normalidade com esses dados"*

**RODRIGO, MMU, Jacarezinho**



## PARA ENTENDER A DISTRIBUIÇÃO DA COVID-19 NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, DIVIDIMOS OS BAIRROS EM DIFERENTES GRUPOS.

### CONSTRUÍMOS UMA TIPOLOGIA URBANA.

O RIO DE JANEIRO POSSUI 163 BAIRROS e, de modo oficial, os dados de casos e óbitos por COVID-19 são disponibilizados por bairros. Então, o que fizemos com esses dados?

**CALCULAMOS O PERCENTUAL DA ÁREA DE CADA BAIRRO** que é coberta por favela, ou seja, o quanto que tem de favela em cada um dos bairros da cidade. Para essa divisão consideramos os territórios que o Instituto Pereira Passos (IPP) classifica como favelas.

**DIVIDIMOS OS 163 BAIRROS EM 5 (CINCO) GRUPOS**, variando desde os bairros sem favelas até aqueles com uma altíssima concentração de favelas, conforme mostra o quadro 3.

**Quadro 3.** Tipologia Urbana segundo percentual de área do bairro coberta por favela

CLASSIFICAÇÃO	% PERCENTUAL DE ÁREA DO BAIRRO COBERTA POR FAVELA
SEM FAVELAS	0%
CONCENTRAÇÃO BAIXA	MENOR QUE 10%
CONCENTRAÇÃO MEDIANA	10 A 20%
CONCENTRAÇÃO ALTA	20 A 50%
CONCENTRAÇÃO ALTÍSSIMA	MAIOR QUE 50%



## O ACOMPANHAMENTO DA TAXA DE INCIDÊNCIA AO LONGO DO TEMPO MOSTRA A PERIFERIZAÇÃO DA DOENÇA

Até 21 de junho foram registrados 50.427 casos confirmados por COVID-19 na cidade do RJ. Destes, 46.020 eram de moradores da cidade, sendo 24.096 (52,3%) mulheres e 21.924 (47,7%) homens. Havia, ainda, predomínio das faixas etárias entre 20-39 (13.770; 30%), 40-59 (17.566; 38,2%) e com 60 ou mais anos (12.896; 30%). Em relação a raça/cor 22.416 (45,10%) dos casos não tinham essa informação preenchida, 13.361 (26,8%), são brancos, 12.845 (25,8%) são negros, 1.051 (2,11%) são amarelos, 31 (0,06%) indígenas.

A figura 4 apresenta os mapas da taxa de incidência por covid-19 por mês até o dia 21 de junho mostrando o processo de periferização da doença pelo município do Rio de Janeiro.

No **início** da pandemia, mês de **março**, os bairros que apresentaram as **maiores taxas de incidência da doença** foram **Gávea** (24,72 por 10.000 habitantes), **Jardim Botânico** (22,26 por 10.000 habitantes), Lagoa (20,19 por 10.000 habitantes), **Ipanema** (18,18 por 10.000 habitantes) e **São Conrado** (18,47 por 10.000 habitantes).

Todos os bairros localizados em áreas **com boas condições materiais de vida**, onde reside a população com poder aquisitivo suficiente para viajar para o exterior e, que também tem acesso a serviços de saúde privada.



**Maiores taxas de incidência de COVID-19 em:**

**MARÇO**

- **Gávea**
- **Jardim Botânico**
- **Ipanema**
- **São Conrado**

## E O QUE ACONTECEU DEPOIS? COMO A DOENÇA PASSOU A EVOLUIR EM TERMOS DE INCIDÊNCIA?

No mês de **abril**, foi observado um **aumento** da taxa de incidência de COVID-19 em **todo o município** do Rio de Janeiro. Nesse período da disseminação do vírus, **dos sete bairros com maior taxa de incidência do município cinco são bairros periféricos**. Os bairros que apresentaram as maiores taxas de incidência da doença foram **Bonsucesso** (155,28 por 10.000 habitantes), **Gávea** (152,47 por 10.000 habitantes), **Jacaré** (133,24 por 10.000 habitantes), **Rocha** (114,91 por 10.000 habitantes), **São Cristóvão** (104,65 por 10.000 habitantes), **Humaitá** (98,19 por 10.000 habitantes) e **Camorim** (91,76 por 10.000 habitantes).

No mês de **maio** houve uma pequena redução na incidência da COVID-19 no município em relação ao mês de abril, com poucas mudanças no padrão espacial da doença. Os **bairros** que apresentaram as maiores taxas de incidência foram **Bonsucesso** (148,12 por 10.000 habitantes), **Gávea** (101,65 por 10.000 habitantes), **São Cristóvão** (96,50 por 10.000 habitantes), **Jacaré** (84,50 por 10.000 habitantes), **Cidade Universitária** (79,78 por 10.000 habitantes) e **Humaitá** (76,27 por 10.000 habitantes).



**Maiores taxas de incidência de COVID-19 em:**

### **ABRIL**

- **Bonsucesso**
- **Gávea**
- **Jacaré**
- **Rocha**
- **São Cristóvão**
- **Humaitá**
- **Camorim**

### **MAIO**

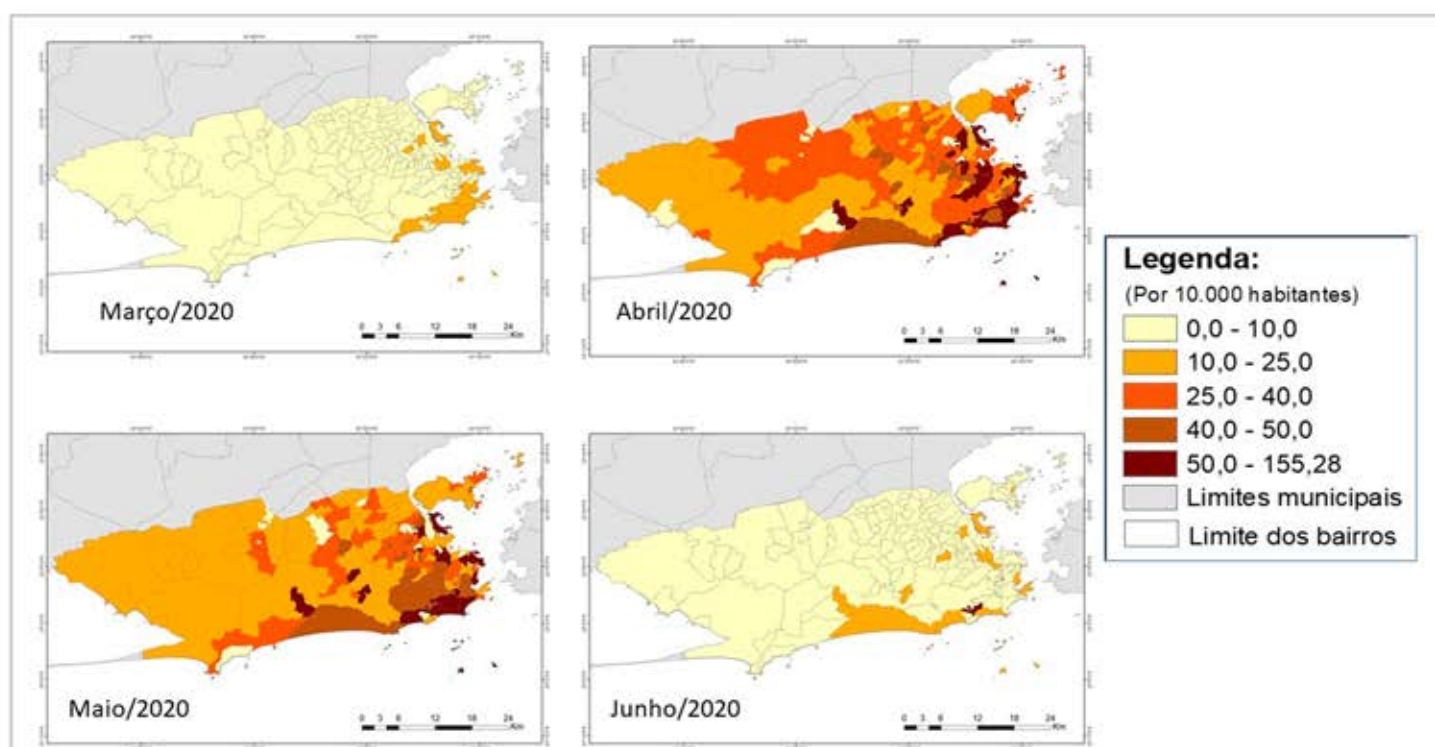
- **Bonsucesso**
- **Gávea**
- **São Cristóvão**
- **Jacaré**
- **Cidade Universitária**
- **Humaitá**

## OS DADOS DE JUNHO APONTAM PARA ONDE?

A taxa de incidência de COVID-19 no mês de **junho (até o dia 21)** apresentou **expressiva redução** quando comparada aos meses anteriores. Dos 163 bairros do município, 146 bairros apresentaram taxa de incidência abaixo de 10 por 10.000 habitantes, 16 apresentaram taxa entre 10 e 25 por 10.000 habitantes e somente a Gávea permaneceu com uma taxa de incidência acima de 50 por 10.000 habitantes. **Mas será que essa redução realmente significa uma redução?**

Os dados recentes precisam ser analisados com muito cuidado. Como a confirmação via testagem é realizada prioritariamente nos casos graves, o que se vê pode estar relacionado há uma diminuição de casos de internação, mas, não necessariamente, a uma redução no adoecimento por COVID-19.

**FIGURA 4.** Taxa de incidência de COVID-19 por mês no município do Rio de Janeiro



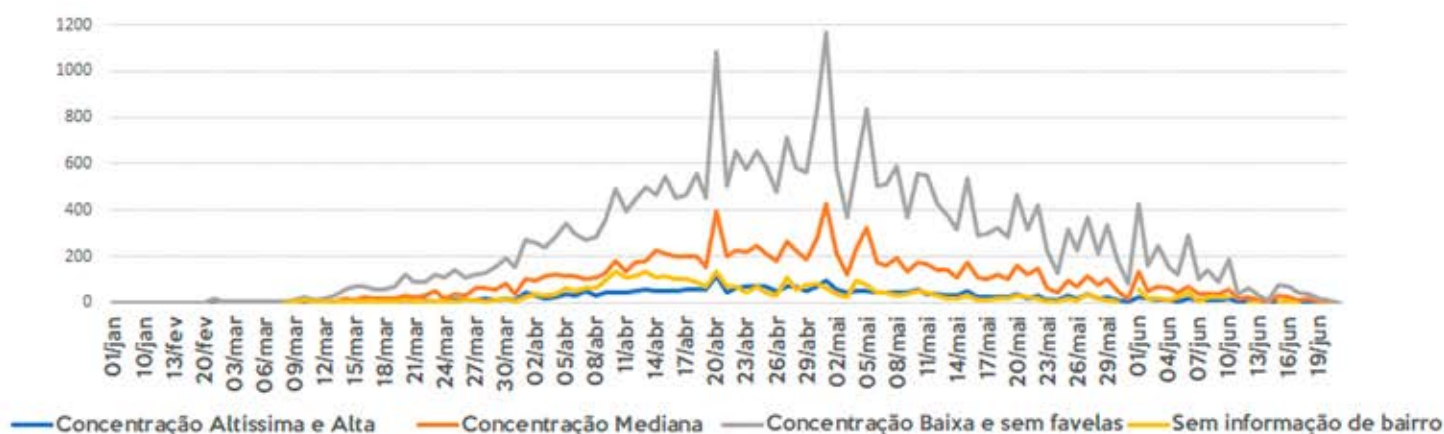
**FONTE DE DADOS:** IPP, IBGE e Painel Covid19 da Prefeitura do Rio de Janeiro.  
**ESTRUTURAÇÃO:** Departamento de Endemias Samuel Pessoa/ENSP/Fiocruz.

## ANÁLISE DA COVID-19 POR TIPOLOGIAS URBANAS

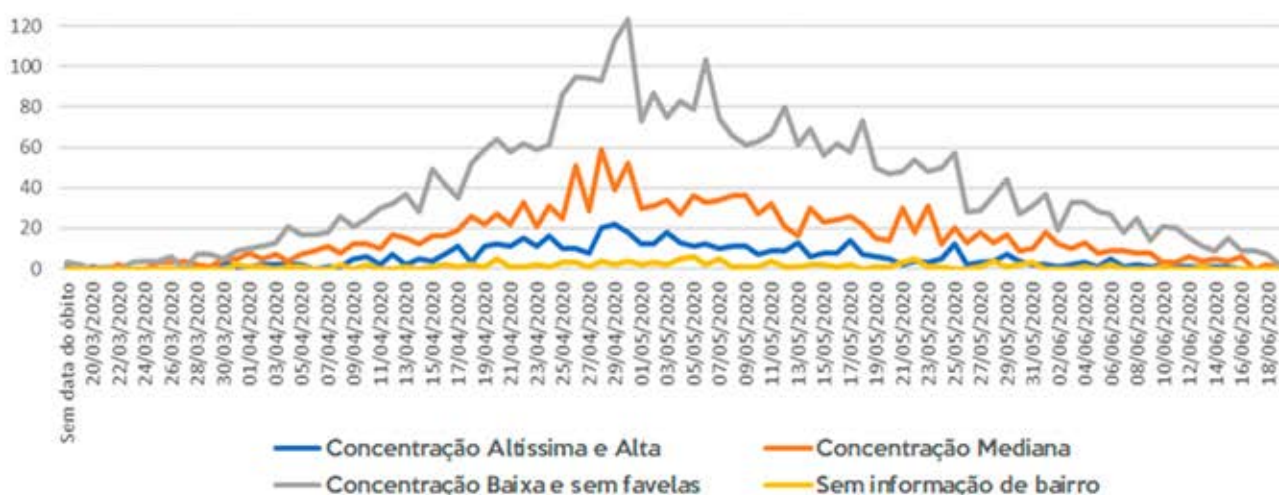
Quando olhamos para os dados de casos e óbitos por COVID-19 de acordo com essas tipologias notamos que a maior quantidade de casos confirmados está nos bairros classificados como “Concentração baixa e sem favelas” desde o início da pandemia. Enquanto os bairros classificados como “Concentração Altíssima e Alta” de favelas apresentam o menor número de casos e óbitos por COVID-19 no município do Rio de Janeiro (Figuras 5 e 6).

Novamente aqui deve-se ser destacado que temos muito mais bairros com baixa concentração e sem favelas (total de 100 bairros) quando comparado com as demais categorias, por isso, esperam-se mais casos onde há mais bairros.

**FIGURA 5.** Casos confirmados por COVID-19, por dia, segundo tipologia urbana de área coberta por favelas nos bairros do município do Rio de Janeiro



**FIGURA 6.** Óbitos por COVID-19, por dia, segundo tipologia urbana de área coberta por favelas nos bairros do município do Rio de Janeiro

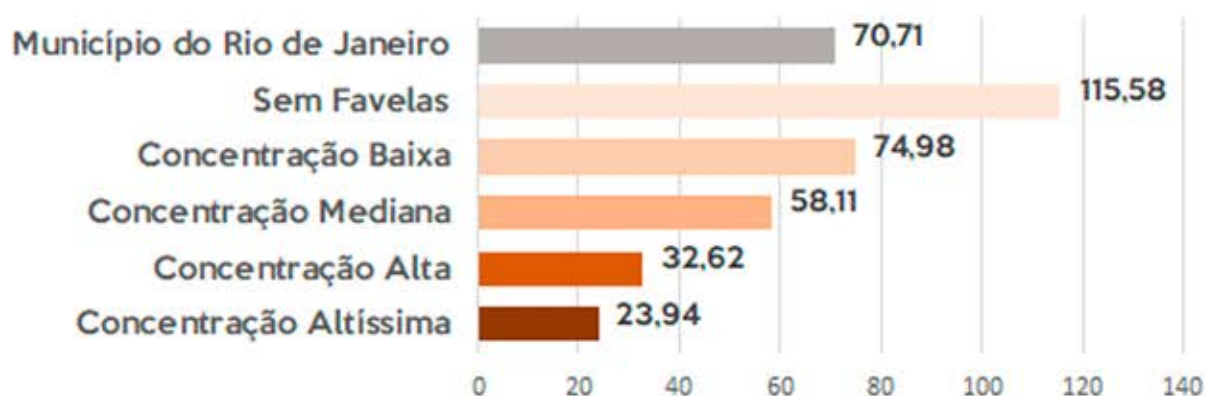


## E COMO A TAXA DE INCIDÊNCIA SE COMPORTA EM RELAÇÃO ÀS TIPOLOGIAS DE BAIRROS?

A **TAXA DE INCIDÊNCIA POR COVID-19** segundo a tipologia urbana (Figura 7) mostrou que as áreas classificadas como **“sem favelas”** e **“baixa concentração de favelas”** são as que apresentaram as **maiores taxas de incidência da doença**, respectivamente 115,58 por 10.000 habitantes e 74,98 por 10.000 habitantes, ambas acima da média do município do Rio de Janeiro (70,71 por 10.000 habitantes). Enquanto, os bairros classificados como **“concentração altíssima”** de favela apresentaram uma taxa de 23,94 por 10.000 habitantes.

**COMO ESTE INDICADOR** é influenciado pela testagem, nos locais onde há melhor oferta desse tipo de serviço, espera-se ter mais confirmação de casos. Sendo assim, **as menores taxas de incidência nos bairros com alta e altíssima concentração de favelas podem estar diretamente relacionadas a baixa realização de testes laboratoriais nesses locais.**

**FIGURA 7.** Taxa de incidência por COVID-19 por 10 mil habitantes de acordo com os bairros do Rio de Janeiro distribuídos por concentração de áreas de favelas



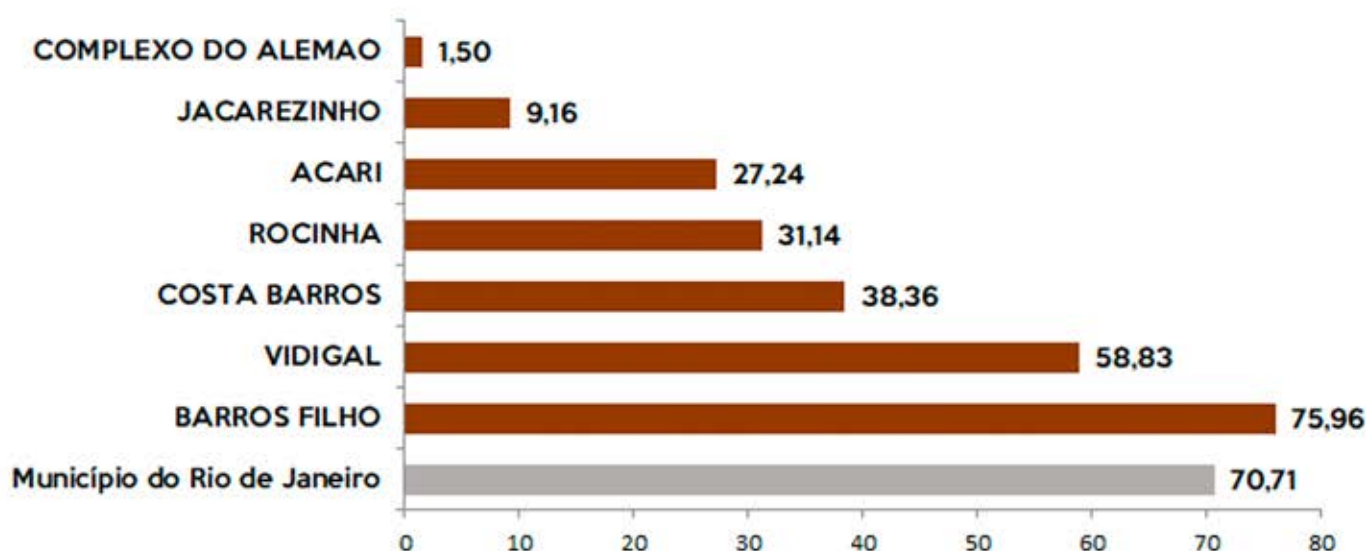
**O QUE SIGNIFICA DIZER QUE UMA TAXA DE INCIDÊNCIA É 70,71 POR 10 MIL NO RIO DE JANEIRO?** Significa que nos últimos 3 meses observou-se que a cada 10.000 pessoas da cidade do Rio de Janeiro, 70 adoecem por COVID-19.

## E QUAIS SÃO OS BAIRROS COM ALTÍSSIMA CONCENTRAÇÃO DE FAVELAS? HÁ DIFERENÇA ENTRE ELES EM RELAÇÃO À INCIDÊNCIA?

Sete bairros apresentam mais de 50% de seus territórios cobertos por favelas e, por isso, foram classificados com **concentração altíssima de favelas**, são eles: **Complexo do Alemão; Jacarezinho; Acari; Rocinha; Costas Barros; Vidigal e Barros Filhos**.

E entre eles, como se pode observar na Figura 8 há acentuadas diferenças no padrão da taxa de incidência. Enquanto o bairro Barros Filho apresenta uma taxa de incidência de 75,96 por 10.000 habitantes, próximo à média municipal (70,71 por 10.000 habitantes) o Complexo do Alemão e Jacarezinho apresentam as mais baixas taxas de incidência por COVID-19, respectivamente 1,50 e 9,16 por 10.000 habitantes. **Novamente aqui deve-se trazer para refletir a oferta de realização de testes pelos serviços de saúde em cada uma dessas localidades.**

**FIGURA 8.** Taxa de incidência por COVID-19 por 10.000 habitantes nos bairros com altíssima concentração de favelas (>50% do território com favelas) - Rio de Janeiro/RJ



## E QUAL FOI O COMPORTAMENTO DA TAXA DE MORTALIDADE?

A taxa de mortalidade por COVID-19 por tipologia urbana (Figura 9) apresentou o mesmo padrão da taxa de incidência por tipologia. Foi observado uma taxa de mortalidade maior nos bairros classificados como “sem favelas” e de “concentração baixa” de favelas, respectivamente 10,67 e 8,90 por 10.000 habitantes.

Esse resultado também sofre variações com a testagem e definição da causa de óbito, apesar do esforço do serviço de saúde no processo de vigilância de óbitos suspeitos por COVID-19, muitas pessoas morrem sem a realização do teste e, outras, tem a causa de óbito indefinida.

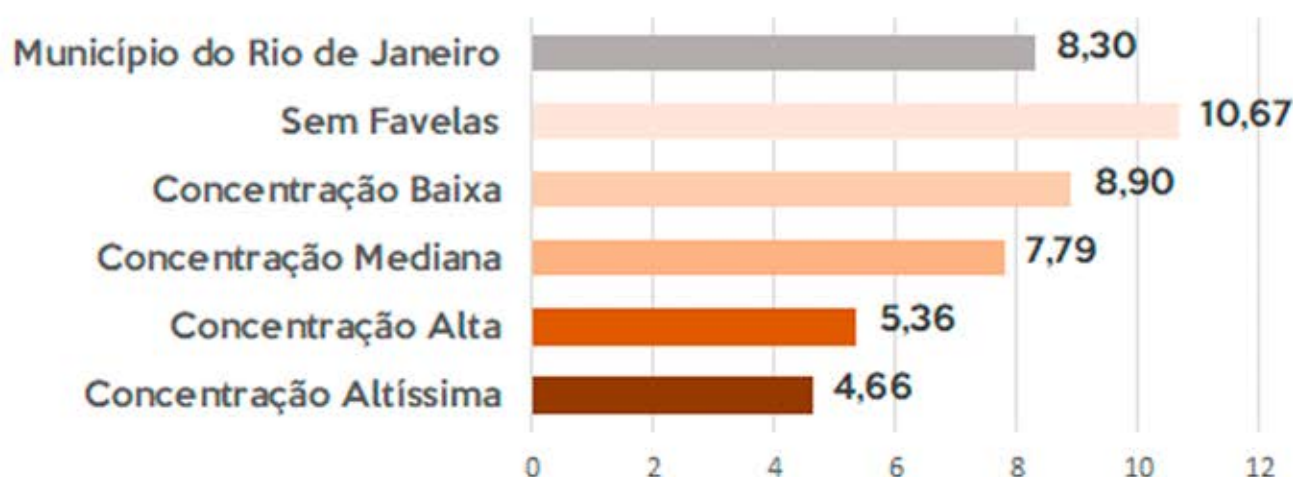


*Estou muito impactada, e seria muito importante destacar que tem mais de um membro de família morrendo. Na Rocinha tem relatos de pai e filho morrendo, mãe e filha. É mais complicado ainda para quem está sobrevivendo e resistindo à COVID-19, perdendo 2, 3 familiares. Famílias inteiras vítimas da desigualdade estrutural. São obrigadas a conviver em cômodos apertados que mal tem um quarto separado da sala.*

**SIMONE RODRIGUES**, Coletivo Rocinha Sem Fronteira e do Conselho Popular em Defesa da Moradia Digna



**FIGURA 9.** Taxa de mortalidade por COVID-19 por 10.000 habitantes de acordo com os bairros do município do Rio de Janeiro distribuídos por concentração de áreas de favelas



## QUANDO SE OLHA PARA OS BAIRROS COM ALTÍSSIMA CONCENTRAÇÃO DE FAVELAS, O QUE ACONTECE COM A TAXA DE MORTALIDADE?

O risco de morrer por COVID-19 (Figura 10) entre os bairros classificados como altíssima concentração de favelas é muito heterogêneo. Os bairros Costa Barros e Vidigal apresentaram as maiores taxas de mortalidade, 8,70 por 10.000 habitantes e 9,24 por 10.000 habitantes, respectivamente, ambos apresentam taxa superior à média municipal, 8,30 por 10.000 habitantes. Os bairros Jacarezinho (2,04 por 10.000 habitantes) e Complexo do Alemão (0,68 por 10.000 habitantes) apresentaram as menores taxas de mortalidade por COVID-19. Apesar de taxas de mortalidade próximas, Costa Barro (zona norte) e Vidigal (zona sul) estão localizados em realidades bem distintas da cidade.

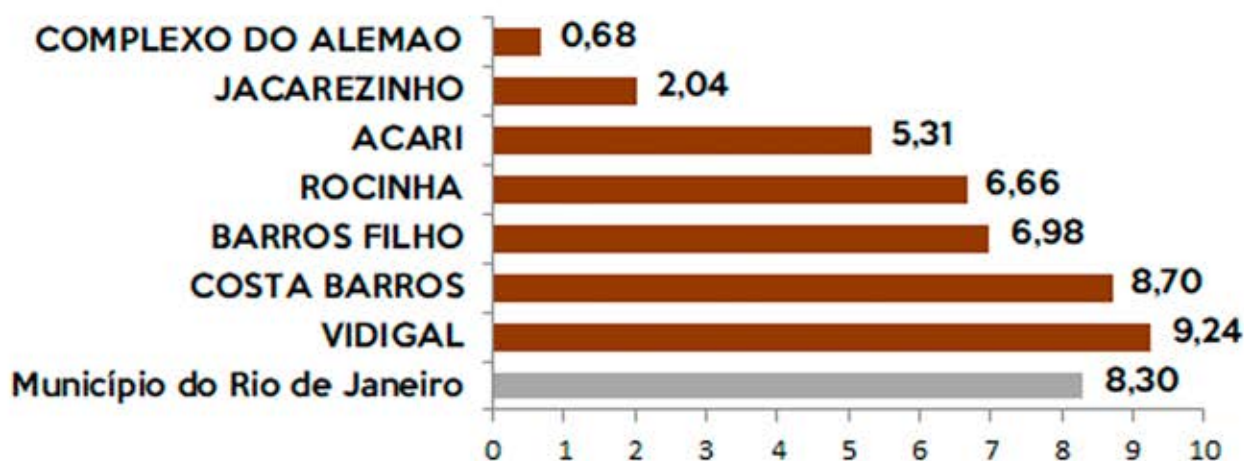


*Sobre essa questão dos números, temos que lembrar que no início da pandemia as pessoas não iam para a unidade de saúde. E houve um boom de agravamento da doença e que não foram nem notificados e nem contabilizados como Síndrome Gripal e aí, esses números não aparecem. Por isso precisamos contar com outros instrumentos e parceria além da Saúde da Família (...) Temos pessoas que nem saíram de casa com medo de ir à unidade e, o agravamento da coisa levou ao óbito, sem ter sido notificada ou sem receber o primeiro socorro. Tivemos muitos óbitos domiciliares.*

**PATRÍCIA**, Articuladora da Saúde da Família em Manguinhos



**FIGURA 10.** Taxa de mortalidade por COVID-19 por 10 mil habitantes de acordo com os bairros classificados como concentração altíssima de favelas no município do Rio de Janeiro





## E SOBRE A LETALIDADE, O QUE OS DADOS MOSTRAM?

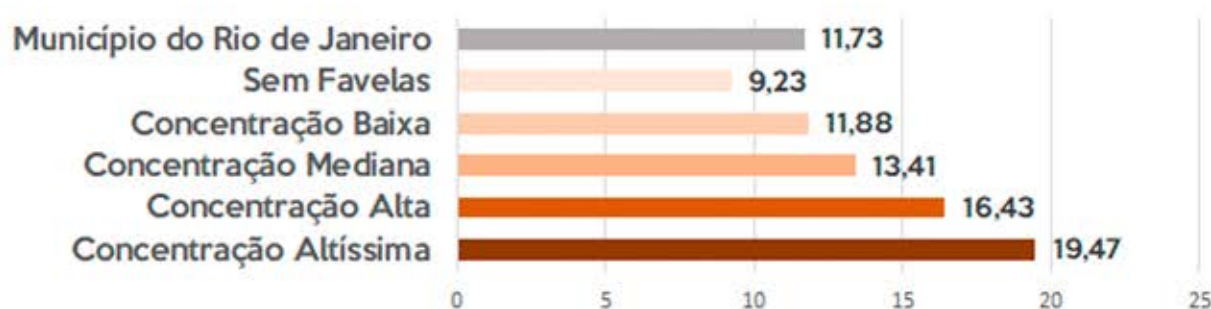
**APESAR DOS ASPECTOS BIOLÓGICOS** de doenças pré-existentes, como hipertensão, ou fatores de risco, como tabagismo (ato de fumar), pode agravar um caso e levar ao óbito, a letalidade também está relacionada com a oferta de leitos, o acesso a insumos e medicamentos, como também a assistência médica e social (redes de suporte) em tempo oportuno para que um caso não agrave.

**MESMO COM O CONTEXTO** de acesso desigual à confirmação laboratorial é possível observar uma grande diferença na taxa de letalidade entre os bairros das tipologias urbanas. A Figura 11 indica que nos bairros de alta e altíssimas concentração de favelas a letalidade é maior que nas demais áreas e, inclusive, maior que a do município. Nos bairros classificados com concentração altíssima de favelas o resultado foi de 19,5% e, no município, 13% (Figura 11).

**Nos bairros com alta e altíssima concentração de áreas de favelas a letalidade é o dobro da letalidade dos bairros que não tem favelas.**

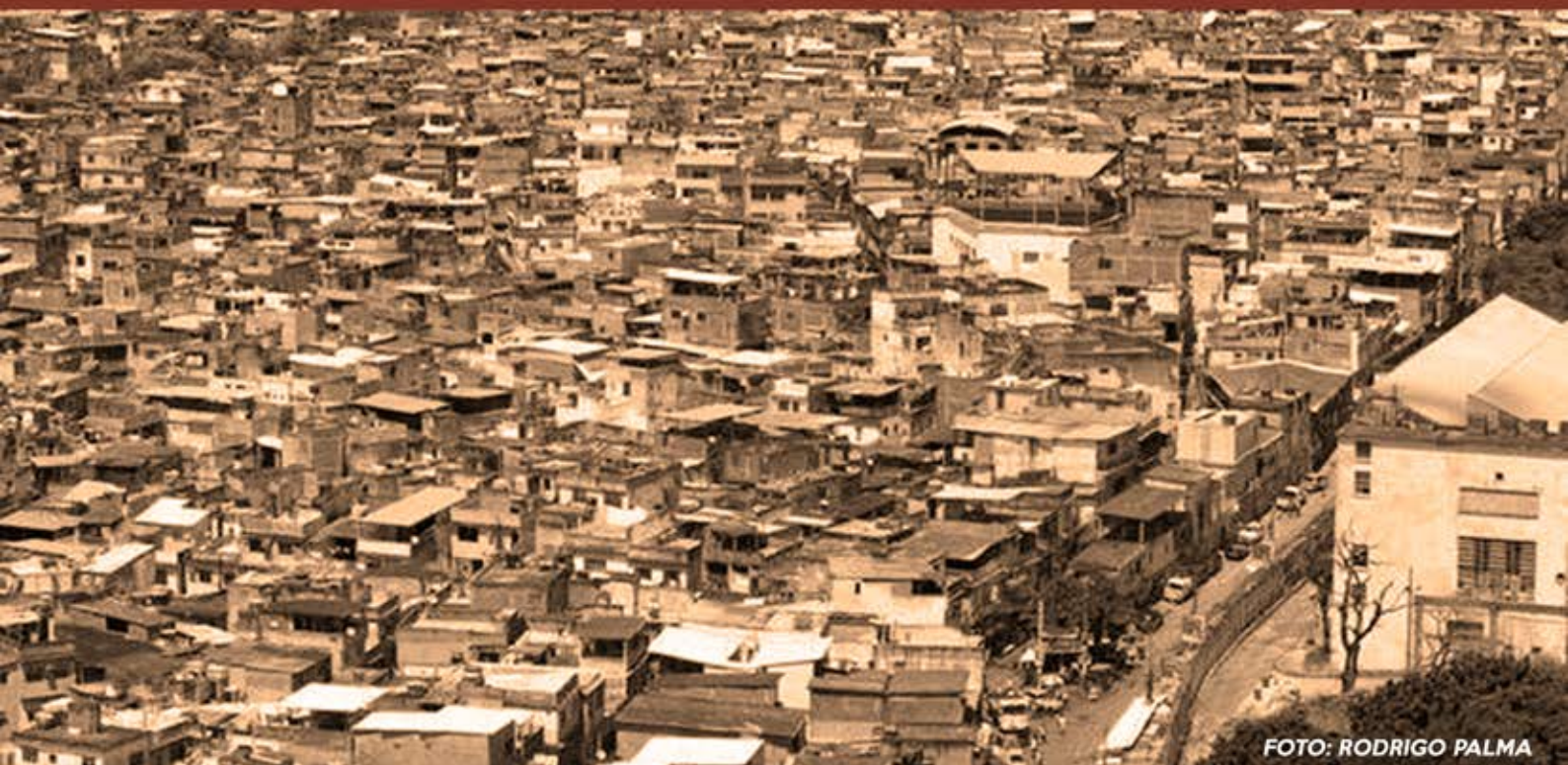
**A LETALIDADE ALTA** nos bairros com alta e altíssima concentração de favelas aponta o comportamento desigual dessa doença na cidade.

**FIGURA 11.** Taxa de letalidade por COVID-19 segundo a tipologia urbana



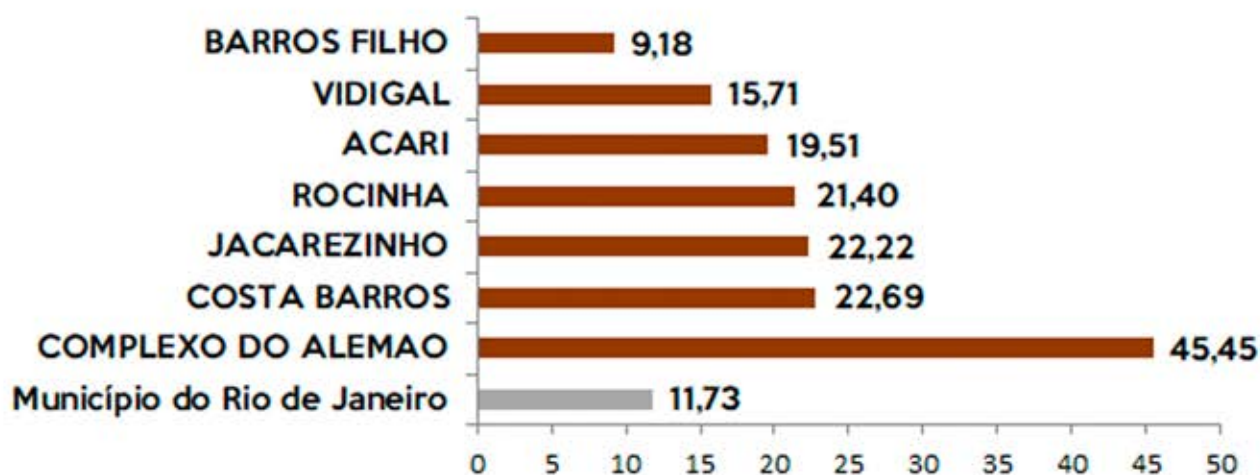
**O QUE SIGNIFICA UMA LETALIDADE DE 19,5% NOS BAIROS COM ALTÍSSIMA CONCENTRAÇÃO DE FAVELAS? ?** Significa que nesses bairros a cada 100 pessoas que adoecem por COVID-19, quase 20 morrem por conta dessa doença.

**QUANDO OLHAMOS, DE MODO ESPECÍFICO,  
PARA OS BAIRROS COM ALTÍSSIMA CONCENTRAÇÃO DE FAVELAS,  
O CENÁRIO É BEM DISTINTO.**



**COMPLEXO DO ALEMÃO, COSTA BARROS E JACAREZINHO** apresentam as maiores taxas de letalidade, respectivamente 45%, 22,69% e 22,22%. Vale destacar o comportamento de Barros Filho, apesar de uma alta taxa de incidência quando comparado com o município, sua letalidade de 9,8% é menor que a de todos os bairros com altíssima concentração de favelas.

**FIGURA 12.** Taxa de letalidade (%) por COVID-19 nos bairros classificados como concentração altíssima de favelas.



## QUAL A COR DOS CASOS CONFIRMADOS POR COVID-19?

O conhecimento da raça/cor das pessoas para a compreensão do processo saúde-doença é muito importante. Afinal, no Brasil dado histórico escravagista, as desigualdades raciais contribuem fortemente na precariedade do acesso à renda e aos serviços de saúde.

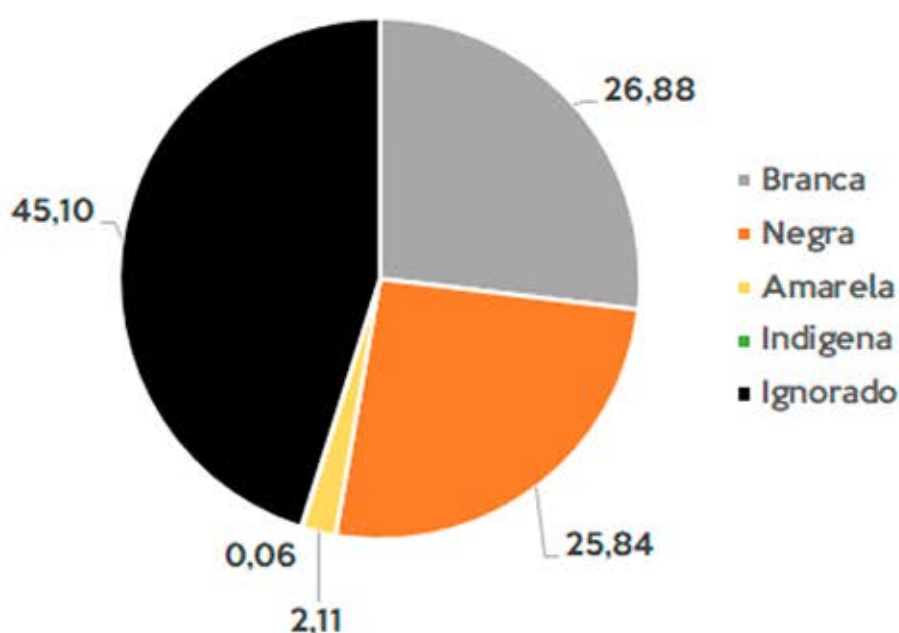
Por isso, o primeiro resultado relevante de se apontar quando olhamos para a raça/cor dos casos de COVID19: 45% não tem esse dado preenchido (22.416 pessoas).

O alto percentual de “ignorado” dificulta dimensionar o padrão de adoecimento por raça/cor.

### E DOS 55% QUE TEM O DADO RAÇA/COR PREENCHIDO, O QUE PODE SER DITO?

Dos casos confirmados, 26,9% são brancos, 25,8% são negros (pretos ou pardos), 2,1% são amarelos e 0,06% são indígenas. O valor similar entre percentual de casos confirmados em pessoas brancos (26,9%) e negras (25,8%) alerta para a tendência da população negra ser a que mais tem adoecido. (Figura 13).

**FIGURA 13** Percentual de casos por COVID-19 segundo raça/cor no município do Rio de Janeiro.





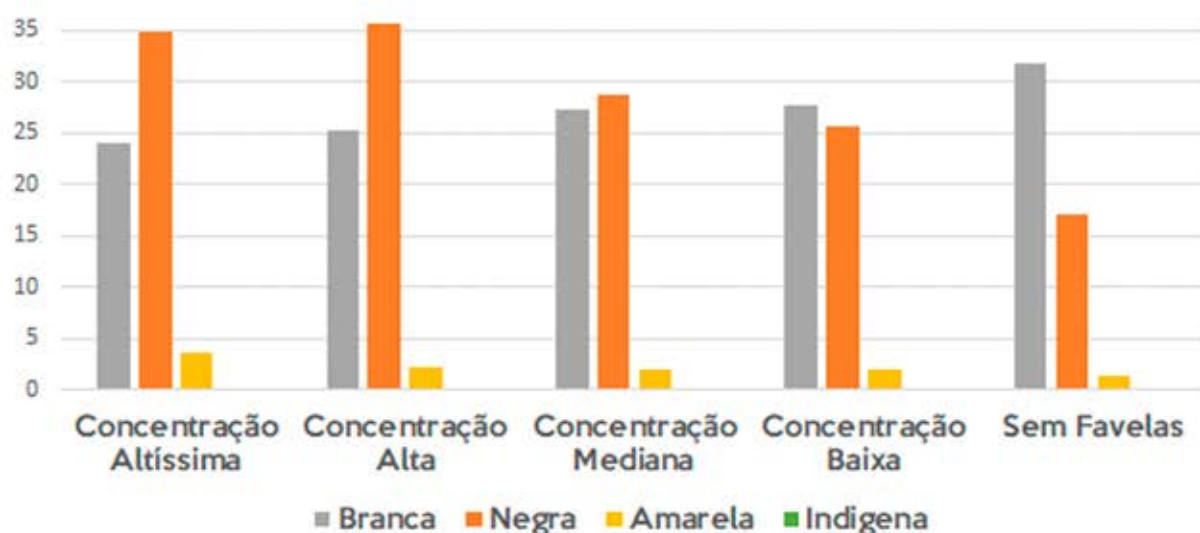
## O PERCENTUAL DE ÓBITOS É MAIOR NA POPULAÇÃO NEGRA.

Na análise do percentual de casos confirmados por COVID-19 por tipologia (Figura 14) é observado que **a ocorrência da COVID-19 é maior na população negra nos bairros classificados como na “Concentração altíssima”, “Concentração Alta” e “Concentração Mediana”** de áreas cobertas por favelas.

Já nos bairros classificados como “Concentração baixa” de favelas, o percentual da população negra (25,6%) é muito próximo a ocorrência na população branca (27,6%).

Esse resultado é relevante quando se considera que mesmo em bairros que compõem a classe “Concentração baixa” de favelas onde há, em geral, uma predominância da população branca, a população negra aparece com percentual semelhante de adoecimento. Entretanto, é sempre importante lembrar que 45% dos dados da variável raça/cor não foram preenchidos e que isso pode influenciar as análises caso haja, por exemplo, um predomínio de negros entre os não relatados.

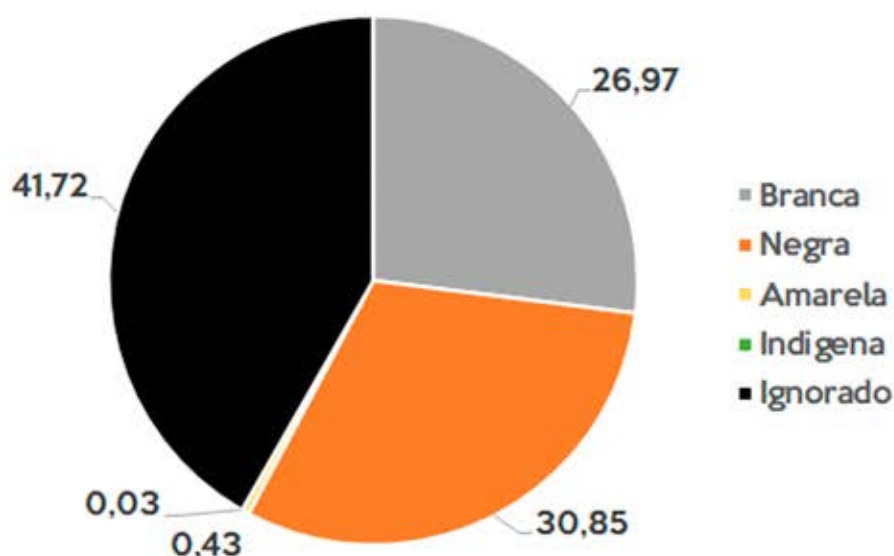
**FIGURA 14.** Percentual de casos por COVID-19 segundo raça/cor por tipologia no município do Rio de Janeiro.



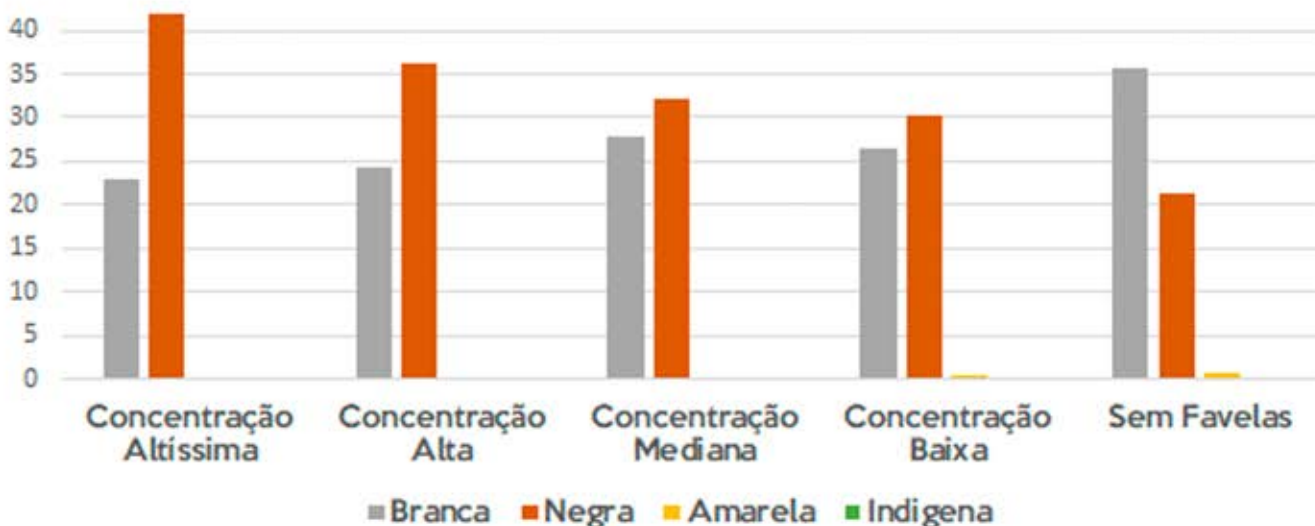
O percentual de óbitos por COVID-19 segundo raça/cor (Figura 15) mostra que em 41,7% das notificações essa informação foi ignorada, 30,8% são negros e 26,9% brancos.

A figura 16 mostra que em áreas de "Altíssima", "Alta", "Mediana" e de "Baixa" concentração de favelas o percentual de óbitos na população negra foi maior. Apenas nas áreas "Sem favela" o percentual de óbitos é maior na população branca. É importante lembrar que o baixo preenchimento dessa informação dificulta dimensionar a ocorrência da COVID-19 por raça/cor no município do Rio de Janeiro.

**FIGURA 15.** Percentual de óbitos por COVID-19 segundo raça/cor no município do Rio de Janeiro.



**FIGURA 16.** Percentual de óbitos por COVID-19 segundo raça/cor por tipologia no município do Rio de Janeiro.



## EM RELAÇÃO AO SEXO, QUEM ADOECE E MORRE MAIS? HOMENS OU MULHERES?

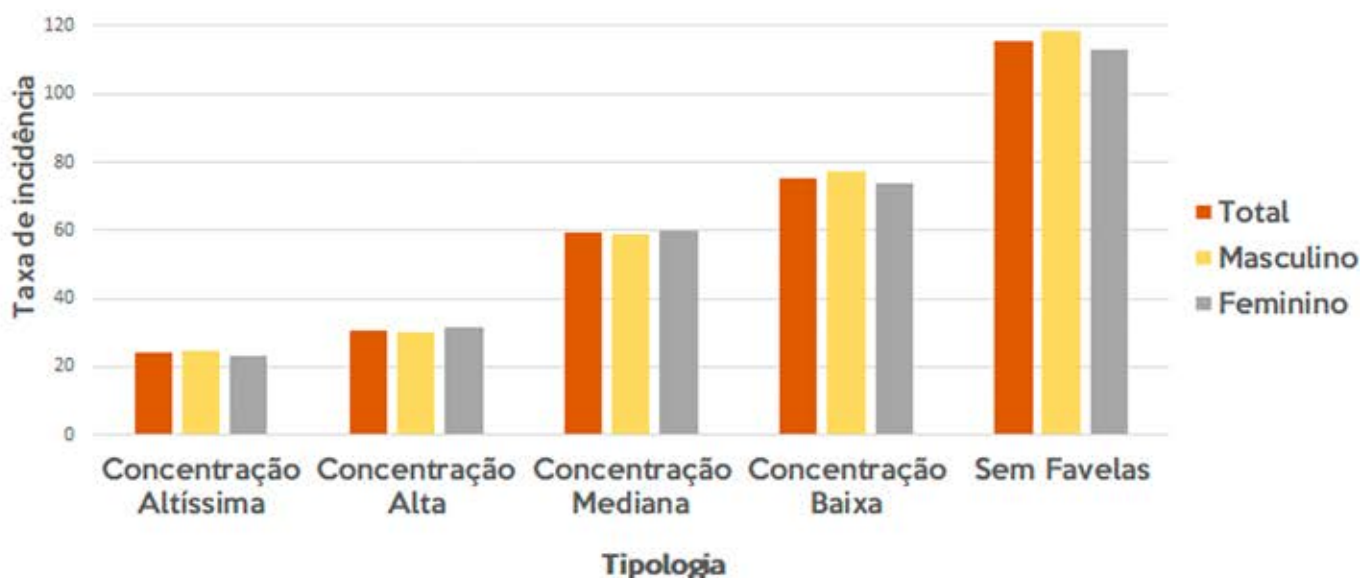
Até 21 de junho foram registrados **49.704 casos confirmados por COVID-19** na cidade do Rio de Janeiro. Desses, 26.209 (52,7%) são **mulheres** e 23.495 (47,3%) são **homens**.

Apesar de uma distribuição aparentemente igual, tendo um pouco **mais de mulheres adoecidas**, as taxas de incidência, mortalidade e letalidade são diferentes nas tipologias urbanas que foram construídas.

**A taxa de incidência**, ou seja, a velocidade de surgimento de novos casos **entre homens e mulheres** foi **parecida em todas as tipologias**. **As maiores taxas estão concentradas nos bairros sem favelas**, sendo, aproximadamente, 120 casos por 100.000 habitantes. Nos bairros com alta e altíssima concentração de favelas esse valor fica em torno de 20 casos por 100.000 habitantes para ambos os sexos (Figura 17).

Nesse caso, as diferenças das taxas entre as tipologias deve ser contextualizada com o **cenário de baixa testagem para a confirmação laboratorial para as populações que residem nos bairros com alta e altíssimas concentração de favelas**.

**FIGURA 17.** Taxa de incidência por COVID-19 por 10 mil habitantes, segundo sexo e de acordo com os bairros do Rio de Janeiro distribuídos por concentração de áreas de favelas.



## EM RELAÇÃO AO RISCO DE MORTE, HÁ DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES?

Os dados da figura 18 indicam que em **todas as tipologias urbanas** as **maiores taxas de mortalidade** são do **sexo masculino**. Ou seja, **o risco de morte dos homens é maior que o das mulheres**. Nos bairros com altíssima concentração de favelas o valor da taxa de mortalidade entre os homens é de, aproximadamente, 6 a cada 10.000 habitantes do sexo masculino e, nos bairros sem favelas, chega a quase 14 por 10.000 habitantes.

A taxa de letalidade segundo sexo apresenta padrão similar ao comportamento da taxa de mortalidade (Figura 18) como mostra a Figura 19. **A letalidade do sexo masculino é maior que a do sexo feminino em todas as tipologias urbanas**. Ou seja, o agravamento do caso levando à morte é maior nos homens do que nas mulheres. E, em especial, **a letalidade masculina e feminina aumenta nos bairros com maior concentração de favelas**.

Nas áreas sem favelas a taxa de letalidade entre mulheres foi de aproximadamente 7%, enquanto nos bairros com altíssima concentração de favelas foi de 16%. Seguindo a mesma tendência, homens residentes em bairros sem favelas apresentaram uma taxa de letalidade de 12%, enquanto homens residentes em bairros classificados com alta concentração de favelas foi de 22%.

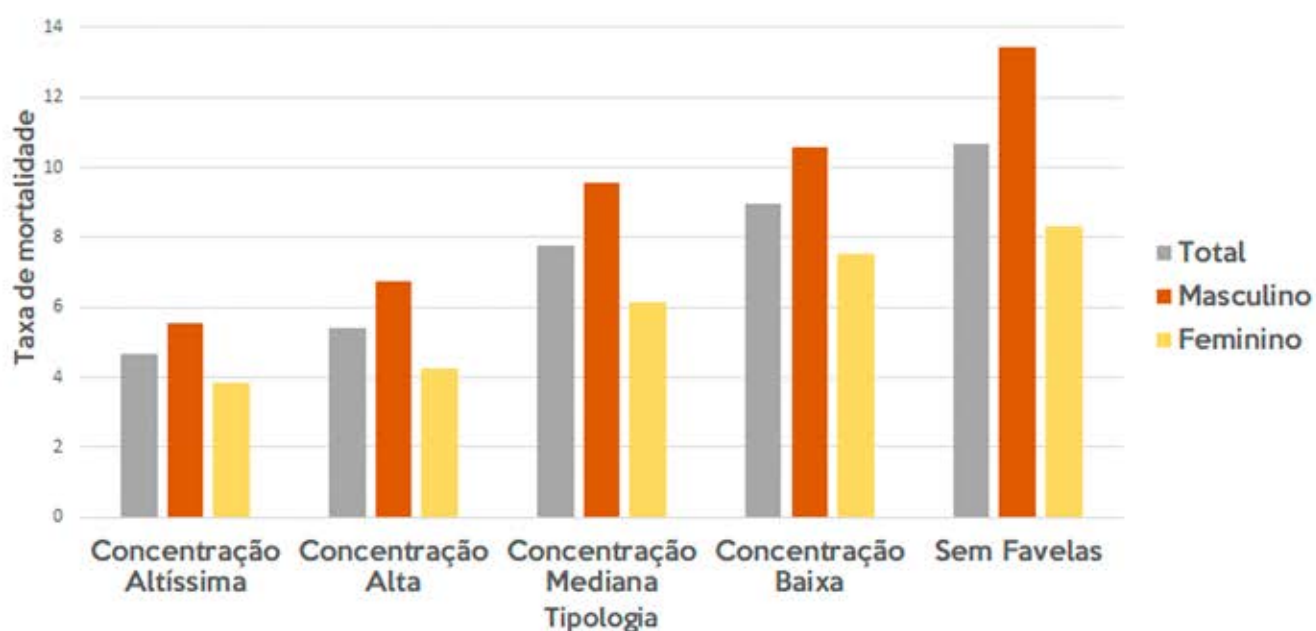
### E, POR QUE ISSO ACONTECE?

Além do fator 'realizar testagem' já bastante discutido neste boletim, o diferencial entre homens e mulheres pode ocorrer devido a maior vulnerabilidade dos homens, busca tardia dos serviços de saúde e outros quadros de comorbidades. Além disso, é preciso deixar claro que quando se fala de homens e mulheres em favelas, são contingentes populacionais que têm mais impedimentos e limitações para realizar as medidas de distanciamento social.

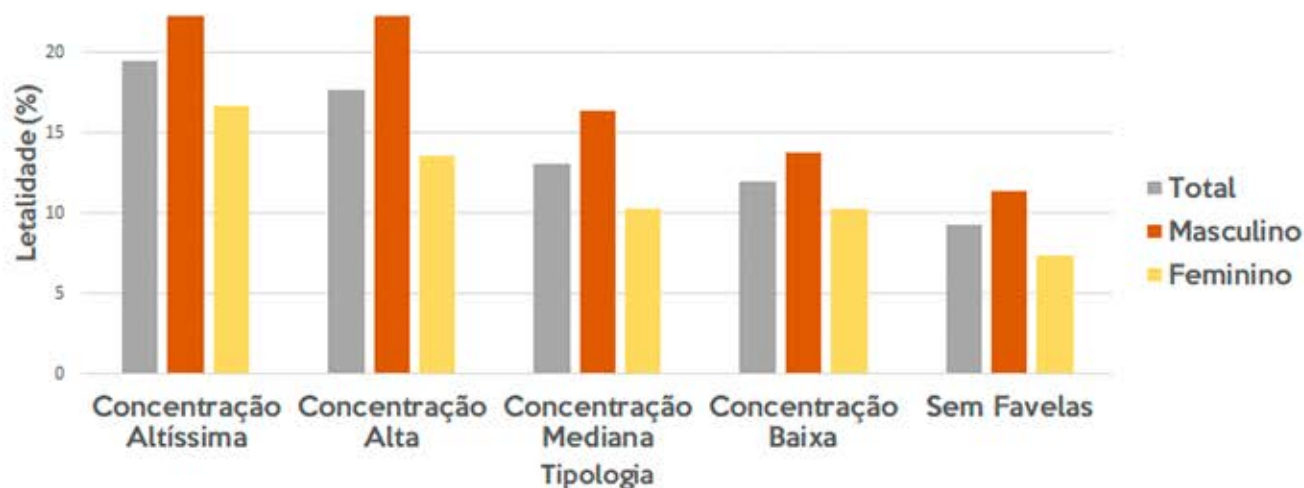


FOTO: RODRIGO PALMA

**FIGURA 18.** Taxa de mortalidade por COVID-19 por 10 mil habitantes, segundo sexo e bairros do Rio de Janeiro distribuídos por concentração de áreas de favelas.



**FIGURA 19.** Taxa de letalidade (%) por COVID-19 de acordo com os bairros do Rio de Janeiro distribuídos por concentração de áreas de favelas

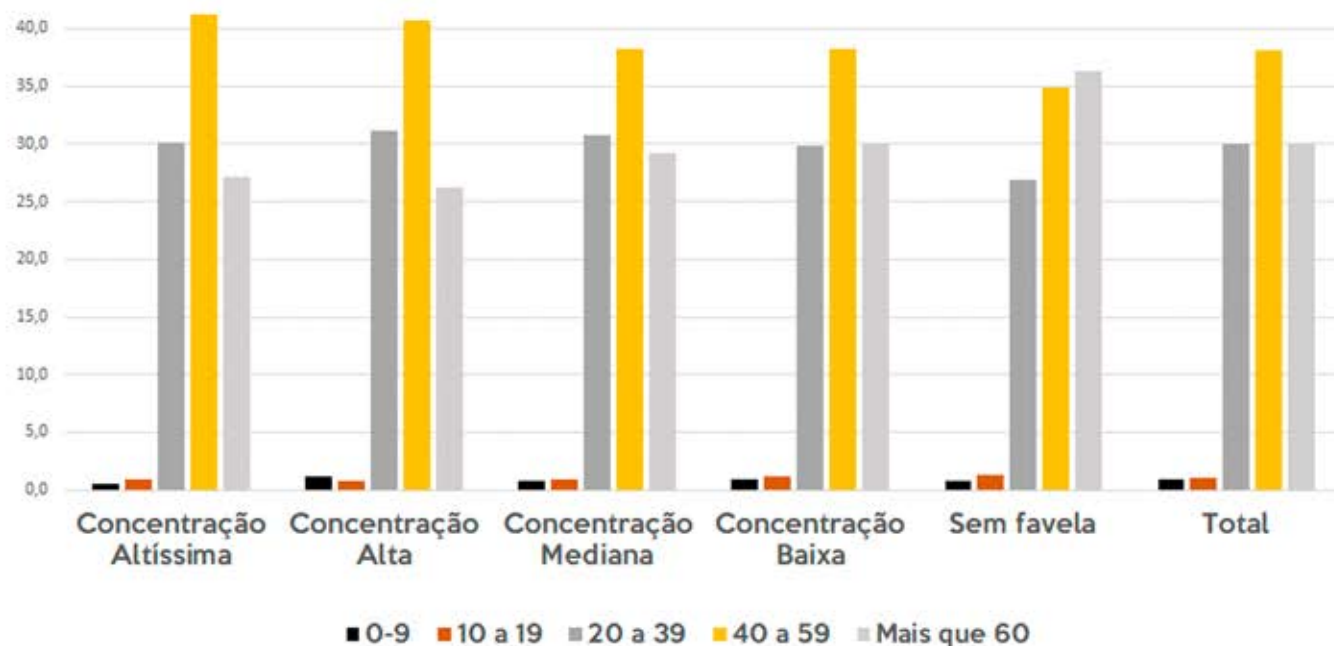




## QUAL FAIXA ETÁRIA ESTÁ MAIS VULNERÁVEL?

A faixa etária entre 40 a 59 anos é a faixa etária que concentra os casos de COVID-19 no município do Rio de Janeiro, representando cerca de 40% de todos os casos confirmados. Somente nos bairros classificados “Sem favelas” a faixa etária acima de 60 anos foi superior a faixa etária de 40 a 59 anos de idade (Figura 20).

**FIGURA 20.** Percentual de casos por COVID-19 segundo faixa etária no município do Rio de Janeiro.



## INCIDÊNCIA ENTRE ADULTOS E IDOSOS

Em todas as tipologias urbanas a taxa de incidência por COVID-19 (Figura 21) foi maior entre adultos e idosos.

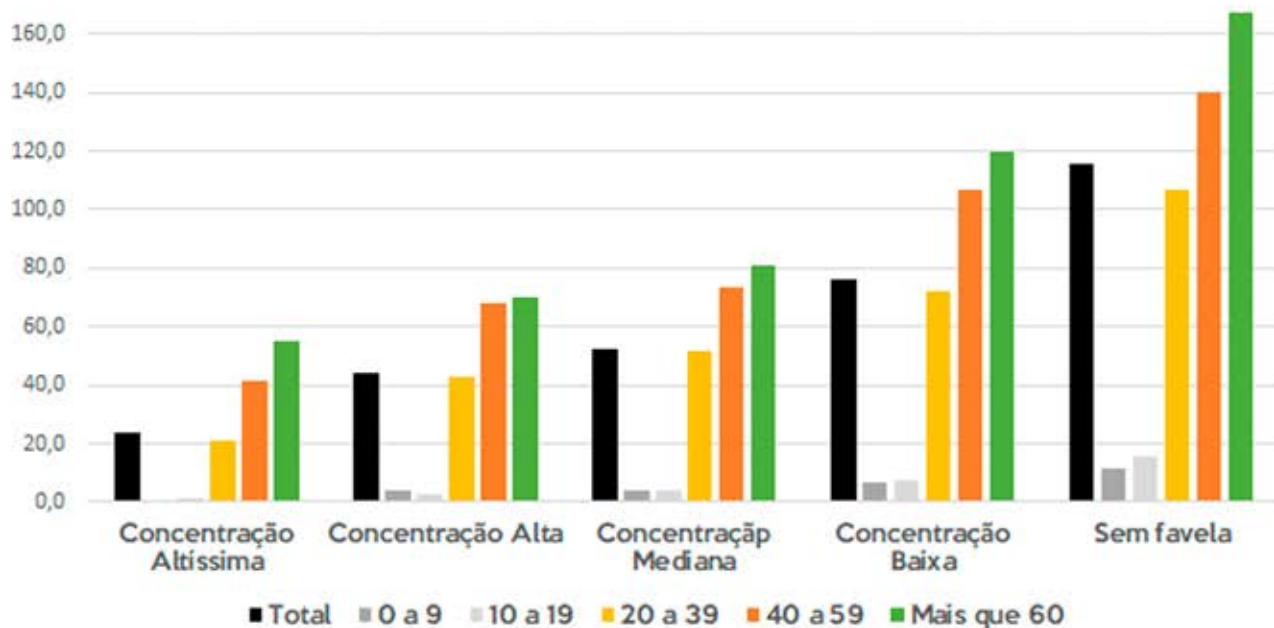
### E, POR QUE ISSO ACONTECE?

A maior ocorrência da doença nos adultos pode estar associada a maior circulação e contato social desse grupo que, trabalha em atividades essenciais e, por esta razão, não estão em distanciamento social.

Já a alta incidência entre idosos pode estar relacionada a maior realização de exames dos casos suspeitos dessa faixa etária, por serem considerados grupos de risco e por apresentarem maior chance de comorbidades (outras doenças, como hipertensão e diabetes) que levam ao agravamento do estado de saúde do paciente.

Importante lembrar que o indicador de incidência por COVID-19 sofre influência da baixa testagem na população, o que pode explicar a grande diferença nos valores entre as áreas “sem favelas” e com “concentração altíssima” de favelas.

**FIGURA 21.** Taxa de incidência por COVID-19 por 10.000 habitantes segundo faixa etária no município do Rio de Janeiro.



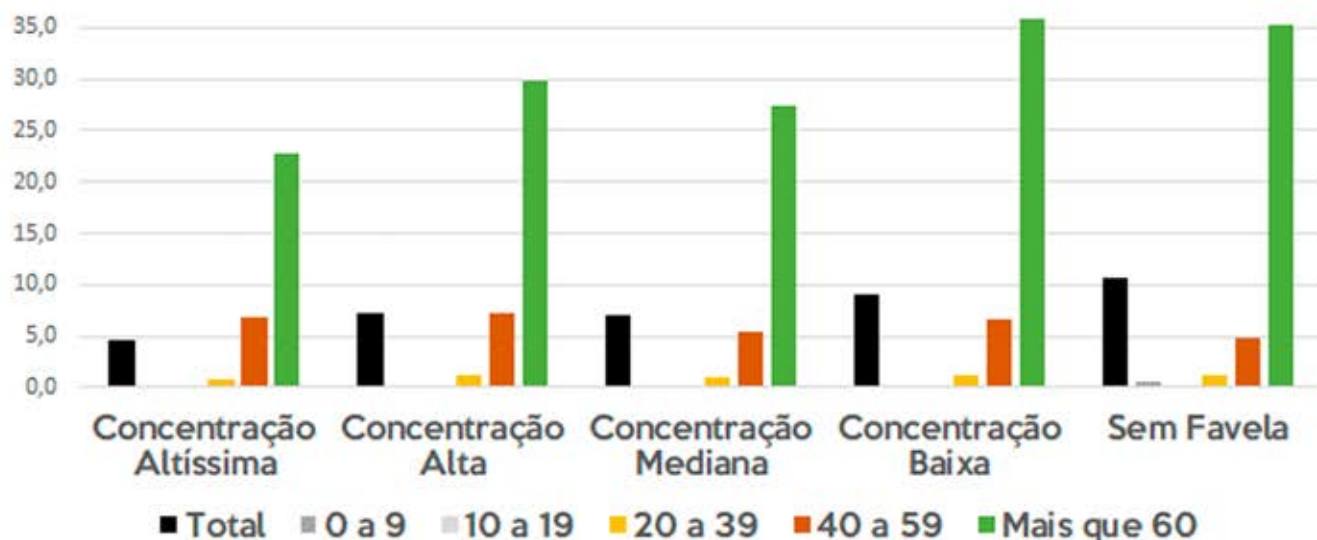
## A MORTALIDADE POR COVID-19 TEM DIFERENÇA EM RELAÇÃO À IDADE?



Como esse indicador também sofre influência da baixa testagem, por esta razão, observe que o risco dessa faixa etária morrer por COVID-19 entre as tipologias é bem diferente. A taxa de mortalidade por COVID-19 nos bairros classificados como “Concentração Altíssima” de favelas é quatro vezes mais alta entre idosos e, cerca de três vezes mais alta entre bairros classificados como “sem favela” em relação à média “total” por tipologia urbana.

A figura 22 mostra que o risco de morrer por COVID-19 nas demais faixas etárias foram muito similares entre as tipologias. Apenas, na faixa entre 40 a 59 casos os bairros classificados como “concentração altíssima” e “concentração alta” de favelas apresentaram taxas de mortalidade um pouco mais elevadas nessa faixa etária, 6,9 por 10.000 habitantes e 7,2 por 10.000 habitantes, respectivamente.

**FIGURA 22.** Taxa de mortalidade por COVID-19 por 10 mil habitantes, segundo faixa etária, de acordo com os bairros do Rio de Janeiro distribuídos por concentração de áreas de favelas.

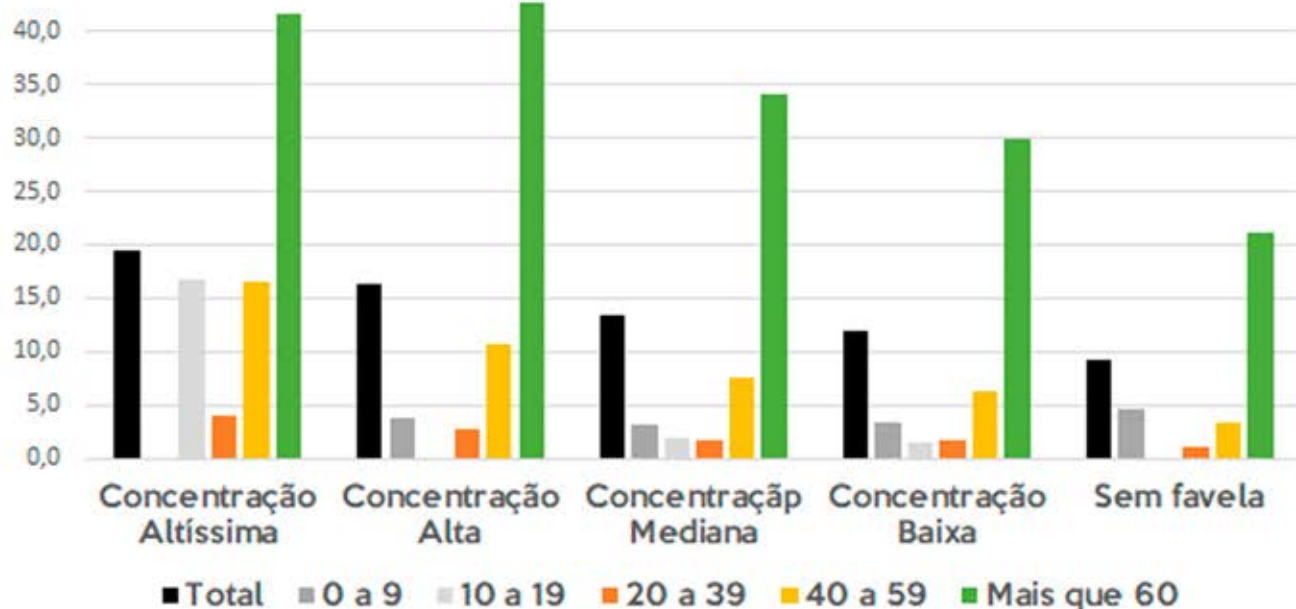




A taxa de letalidade é mais alta nas áreas “Concentração alta” e “Concentração altíssima” de favelas entre os idosos, apresentando taxa de letalidade 2 vezes maior nessa faixa etária (cerca de 40%) do que a taxa “Total” para estas tipologias urbanas (Figura 23).

A alta taxa de letalidade na faixa etária de 10 a 19 anos, entre os bairros classificados como “Concentração Altíssima” de favelas é uma limitação do cálculo do indicador, quando os números são muito baixos. Nesta tipologia foram registrados apenas um óbito e seis casos confirmados.

**FIGURA 23.** Taxa de letalidade (%) por COVID-19, segundo faixa etária, de acordo com os bairros do Rio de Janeiro distribuídos por concentração de áreas de favelas



# VIGILÂNCIA CIVIL DA SAÚDE:

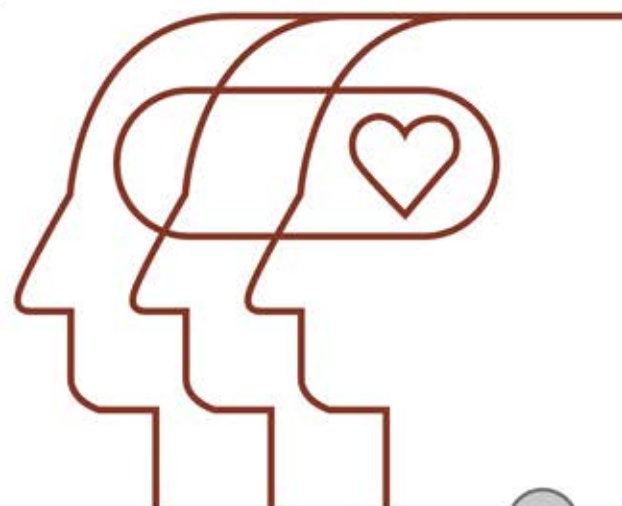
## VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM PARTICIPAÇÃO POPULAR

Como dissemos no início desse boletim, várias têm sido as estratégias dos moradores, articuladores sociais e movimentos em contabilizar e dar visibilidade a epidemia de COVID-19 nas comunidades periféricas. As comunidades têm se organizado e estão construindo estratégias para o enfrentamento da COVID-19, seja para dar visibilidade a ocorrência da doença, ou para buscar soluções alternativas ou exigir políticas de saúde efetivas junto aos governantes.

Lembra que falamos no início do boletim sobre o painel do Voz das Comunidades e das unidades de saúde da família?

Essas são uma das muitas iniciativas de Vigilância em Saúde que tem surgido pelas favelas do Rio de Janeiro. Esse é um tipo de vigilância em saúde chamada de Vigilância Civil, que se baseia no conhecimento produzido pela experiência de quem trabalha e vive no território.

Esse é um tipo de Vigilância que foge aos moldes tradicionais da Vigilância Epidemiológica mas, que é tão rica e importante para produção de conhecimento em saúde quanto a Epidemiologia tradicional, sobretudo nos espaços periféricos, que geralmente são invisibilizados.



A tabela 1 apresenta os resultados dos indicadores de incidência, mortalidade e letalidade das Comunidades do Alemão (Clínica da Família Zilda Arns), Pavão-Pavãozinho-Cantagalo, Cidade de Deus (Centro Municipal de Saúde Hamilton Land e Clínica da Família José Neves), Jacarezinho (Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira), Manguinhos (painel próprio do território) e Rocinha (painel próprio do território).

<b>TABELA 1 - TAXA DE INCIDÊNCIA, MORTALIDADE E LETALIDADE EM FAVELAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO</b>			
	<b>TAXA INCIDÊNCIA (POR 10.000 HAB.)</b>	<b>TAXA DE MORTALIDADE (POR 10.000 HAB.)</b>	<b>TAXA DE LETALIDADE (%)</b>
<b>Alemão<sup>1</sup></b>	<b>14,7</b>	<b>4,7</b>	<b>32,3</b>
<b>Cidade de Deus<sup>2</sup></b>	<b>224,7</b>	<b>43,1</b>	<b>19,2</b>
<b>Pavão-Pavãozinho Cantagalo<sup>2</sup></b>	<b>23,7</b>	<b>9,3</b>	<b>39,1</b>
<b>Manguinhos<sup>1</sup></b>	<b>49,3</b>	<b>11,4</b>	<b>23,2</b>
<b>Jacarezinho<sup>2</sup></b>	<b>41,9</b>	<b>4,9</b>	<b>11,8</b>
<b>Rocinha<sup>2</sup></b>	<b>37,6</b>	<b>7,4</b>	<b>19,8</b>

**Fonte:** Painel Voz das Comunidades e demais painéis das unidades de saúde acessados no dia 05/07/2020.

<sup>1</sup> Foi utilizado a população cadastrada das Clínicas da Saúde da Família.

<sup>2</sup> Foi feita a estimativa populacional usando Informações sobre Favelas e Loteamento - SABREN do Instituto Pereira Passos.

Os dados indicam que as áreas cobertas pelo Centro Municipal de Saúde Hamilton Land e Clínica da Família José Neves localizados na Cidade de Deus tiveram as maiores taxas de incidência e de mortalidade por COVID-19 entre as seis favelas analisadas.

**NA ÁREA DE COBERTURA** dessas unidades na Cidade de Deus estão as favelas **Inácio do Amaral, Quintanilha, Pantanal I, Pantanal, Travessa Efraim, Santa Efigênia, Conjunto Vila Nova Cruzada, Associação Belfast São Geraldo e Vila da Conquista**. A taxa de mortalidade para esta área foi de 43,1 por 10.000 habitantes, a mais alta entre as favelas analisadas. Importante lembrar que esse indicador sofre interferência de como a população foi estimada, se a população estiver subestimada o valor da taxa de incidência pode ficar mais elevado.

**DO MESMO MODO** que na análise dos dados oficiais do painel da prefeitura do Rio de Janeiro, a análise dos indicadores da tabela 1 deve ser feita criticamente, considerando o contexto de baixa testagem para os casos suspeitos, sobretudo, na periferia da cidade.

**A TAXA DE INCIDÊNCIA** no Morro do Alemão e no Pavão-Pavãozinho-Cantagalo foram as mais baixas, respectivamente 14,7 por 10.000 e 23,7 por 10.000 habitantes. Em relação a taxa de mortalidade Alemão e Jacarezinho apresentaram as menores taxas, 4,7 e 4,9 por 10.000 habitantes. Por outro lado, Pavão-Pavãozinho-Cantagalo e Alemão apresentaram as maiores taxas de letalidade, respectivamente 39,1% e 32,3%.

**APESAR DA COMPLEXIDADE** para calcular os indicadores com os dados dos painéis das unidades devido a incompatibilidade de bases territoriais, os painéis das unidades de saúde tem sido uma fonte adequada de dados para dar visibilidade a situação do COVID-19 nas favelas do Rio de Janeiro. Isto porque além dos casos confirmados o serviço de saúde também registra os casos de síndrome gripal e síndrome respiratória aguda grave, que não foram analisados neste boletim, mas, que farão parte das próximas edições.

## OLHANDO PARA ALÉM DOS NÚMEROS: NARRATIVAS LOCAIS SOBRE COVID-19 NAS FAVELAS



**TENDO EM VISTA** a ausência de ações promovidas pelo Estado de um modo mais específico para as realidades das favelas, observa-se que elas estão se auto-organizando, em um momento de “nós-por-nós”. Sendo assim, identificar essas estratégias e trazer narrativas locais sobre as vivências e enfrentamento da COVID-19 em favelas torna-se essencial.

**A REDES DA MARÉ** estruturou o “De Olho no Corona!”. Esse projeto acompanha famílias das favelas do Complexo da Maré e, em seu sétimo boletim, indicaram que “das famílias com casos de coronavírus atendidas pela Redes da Maré, 70% delas vivem com, no máximo, um salário mínimo.” Essa condição socioeconômica endossa a necessidade de se buscar ações que garantam condições mínimas para as famílias que já convivem com o vírus.

**POR MEIO DESSE PROJETO** vem sendo desenvolvido um canal direto com os moradores da Maré. Até o dia 15 de junho, essa equipe tinha registrado 921 casos de pessoas confirmadas ou suspeitas pelo novo coronavírus. Desse total, 258 casos foram confirmados pelo Painel Rio Covid-19 da prefeitura. O Maré Online também tem dado visibilidade a casos de pessoas que perderam renda na favela e foram acometidas por COVID-19.



**A CADA BOLETIM**  
serão apresentadas  
iniciativas de  
monitoramento  
de casos e óbitos  
por COVID-19.





*JOÃO LOPES, pai do fotógrafo do Maré de Notícias Douglas Lopes, está em tratamento da Covid-19 há cerca de um mês e só uma das receitas com remédios indicados somou o total de R\$249,47. Nenhum dos sete remédios prescritos para o tratamento estavam disponíveis na farmácia popular, hospital ou clínica da família. Além dos gastos com medicamentos, a alimentação adequada e materiais de higiene e limpeza necessários também pesam no orçamento dos pacientes sem recursos.”*

**MARÉ ONLINE, 18/06/2020**



*Muitas dessas pessoas ainda não conseguiram também acessar o auxílio emergencial do Governo Federal. Tanto por dificuldade no entendimento do cadastro, quanto por atraso e confusão por parte do governo. Só agora, depois de 3 meses de pandemia, a **CRISTINA MAIA**, moradora do Parque União, teve o pedido de auxílio emergencial aprovado. Ela está desempregada e a família composta por mais duas adolescentes e uma criança, e no momento conta apenas com a renda do marido. ‘Quase não acreditei quando vi o ‘aprovado’, já não sabia mais o que fazer, vendo que só a renda do meu marido não estava dando mal para aluguel e compras e eu não tinha como procurar um emprego agora’, relatou..”*

**MARÉ ONLINE, 18/06/2020**



**ESSES DOIS RELATOS** representam a situação de muitos moradores de favelas que são identificados como ‘casos confirmados’ ou ‘casos suspeitos’, a realidade de redução da renda, a dificuldade de acesso às políticas de renda mínima, como também a deficiência da rede da assistência farmacêutica deixa claro a necessidade de articulação entre os setores governamentais. Desse modo, tão importante quanto saber do que as pessoas morrem ou adoecem, é entender como seus perfis de saúde e doença se relacionam com suas condições de vida, seus projetos pessoais, sua interação com o coletivo e o espaço em que habitam, compreendendo que as pessoas existem além dos números.

**ESSES RELATOS** estão em consonância com o que distintos interlocutores locais pontuam para as favelas do Rio de Janeiro quando se trata da COVID-19 e seus impactos sociais.



*Quando eu desço o morro para ir na 28 de setembro, na farmácia ou no mercado, todo mundo está de máscara, mas na comunidade as pessoas não estão. Além de denunciar, precisamos buscar ações que tragam políticas públicas de saúde pública para dentro das favelas. É uma coisa que me preocupa muito. É muito importante estarmos com esses dados. A única política pública que temos de saúde é a Clínica da Família que faz um atendimento e está sobrecarregada. Não temos contabilização de casos e mortes na nossa comunidade.*

**VANDERLEIA, Rede Emancipa, Morro dos Macacos**



*Hoje a gente tem famílias de 11, 12 pessoas dividindo uma casa popular. Tendo uma aglomeração de pessoas em um ambiente que vai ficar não saudável a partir do momento que você tem tanta gente morando em uma casa. Como que se quer que a gente faça essa quarentena?! Querendo que as pessoas fiquem na sua casa. Como eu peço para a pessoa ficar em casa e lavar a mão toda hora se ela não tem água nem para beber?! Não tem água para fazer comida. Além disso, o desemprego trás a aglomeração das pessoas na mesma casa, trás o aumento das despesas (o fogão que cozinava para 3,4, agora, cozinha para 10), traz as brigas. Há várias denúncias de agressões. Precisamos somar forças.*

**JUREMA, União por Moradia Popular**



## **POR FIM, ALGUNS APONTAMENTOS E DESDOBRAMENTOS NECESSÁRIOS**

**OS DADOS** mostraram o processo de periferização da COVID-19 no município do Rio de Janeiro. No início da pandemia, os casos estavam concentrados nos bairros de classe média e classe média alta da cidade. Porém, em decorrência da intensa circulação de pessoas, da elevada taxa de contato social e das características de transmissão da doença, um mês após os primeiros casos, diversos bairros periféricos já apresentaram elevada taxa de incidência para a COVID-19.

**GRANDE PARTE** da população da favela é trabalhadores inseridos em serviços essenciais e, por isso apresentam menos possibilidades de fazer distanciamento social. A dinâmica social do cotidiano da favela, o sair de madrugada para trabalhar, usar os transportes públicos lotados, como ônibus e trens, o 'se virar nos 30' para se manter, são processos que determinam e explicam os diferentes padrões de adoecimento dessas populações.

**A ALTA TAXA** de incidência e mortalidade por COVID-19 nos bairros classificados como "sem favela" ou de "concentração baixa de favelas" e a alta letalidade por COVID-19 nos bairros de "concentração alta" e "concentração altíssima" de favelas são influenciados pelo baixo número de testes que tem sido realizado no município do Rio de Janeiro. A alta letalidade, também pode indicar uma maior gravidade por COVID-19 nesses territórios.

**A BAIXA TESTAGEM** para COVID-19 dificulta dimensionar a magnitude da doença nos espaços periféricos. Por esta razão, a realização de testagem em massa pelo serviço de saúde público é uma estratégia essencial para reduzir as desigualdades de acesso à realização do exame e possibilitar compreender o padrão de adoecimento nos grupos socialmente mais vulneráveis.

**OS BAIRROS** com altíssima concentração de favelas apresentam padrões de adoecimento e morte bastante distintos, em decorrência das particularidades de suas dinâmicas sociais. Por isso, toda análise e acompanhamento da COVID-19 em favelas deve ser feita de modo a se olhar a cidade como um todo, pois as favelas apresentam singularidades.

**SABEMOS QUE** há o desafio de se obter dados para as favelas menores. Como pontuou Auricélia do Museu Casa Bumba Meu Boi em Movimento: “nós comunidades pequenas, como o Catiri em Bangu, a gente não se vê nas estatísticas, não se percebe nesse contexto. A gente sente essa ausência e não consegue se enxergar”.

**A CRIAÇÃO** dos painéis COVID-19 pelas unidades de saúde tem se mostrado como um instrumento de Vigilância em Saúde importante para os serviços de saúde e para a população. Além da publicização dos dados, possibilitam o desenvolvimento estratégias de enfrentamento à pandemia e uma forma de se tentar dar visibilidade às comunidades menores.

**O USO DE DADOS** oficiais, deve ser feito em conjunto com informações qualitativas, na perspectiva de se valorizar e validar a experiência de vida e trabalho de moradores, lideranças e grupos que também produzem conhecimento.



*Sobre novos olhares, eu acho que é importante incluir esses outros olhares para falar dessas áreas empobrecidas, periféricas, mas de luta e de organização popular que acabam com pouca visibilidade sobre o que fazem e também com pouca visibilidade sobre uma total ausência do Estado.*

**MARINA, Coletiva Popular de Mulheres da Zona Oeste**



*Temos que ser ousados em propor uma nova cartografia que tenha esse objetivo se aproximar da realidade com todas as inconsistências e incertezas que nós temos. E eu acho que essa é a tarefa, é a missão que temos: ousar mesmo na imprecisão, mesmo na incerteza. Eu acho que vale a pena errar, mas vale a pena apontar pra necessidade e mostrar possibilidade de novos arranjos técnicos que sejam capazes de nos aproximar dessas realidades*

**ITAMAR, Grupo ECO Santa Marta**



# EXPEDIENTE

## ELABORAÇÃO:

Jussara Rafael Angelo (ENSP/Fiocruz)  
jussara.angelo@ensp.fiocruz.br  
Bianca Borges da Silva Leandro (EPSJV/Fiocruz)  
bianca.leandro@fiocruz.br  
André Reynaldo Santos Perissé (ENSP/Fiocruz)  
aperisse@ensp.fiocruz.br

## COLABORAÇÃO:

Auricélia Padilha Mercês (Museu Casa Bumba Meu Boi em Movimento - Catiri/Bangu)  
André Lima (CCS/Fiocruz)  
Carlos Eduardo Coupo Batistella (EPSJV/Fiocruz)  
Christovam Barcellos (ICICT/Fiocruz)  
Cláudia Rose (CEASM e Museu da Maré)  
Gustavo Matta (ENSP/Fiocruz)  
Itamar Silva (Grupo ECO Santa Marta)  
Jefferson Pereira dos Santos (Farmanguinhos/Fiocruz)  
Jota Marques (Cidade de Deus)  
José Leonídio Madureira (CCS/ Fiocruz)  
Jurema Constâncio (União por Moradia Popular - Jacarepaguá/ RJ)  
Luciano Medeiros de Toledo (ENSP/Fiocruz)  
Magda Gomes (Articuladora Social da Rocinha)  
Marcelo Soor (Heróis do Complexo - Penha/RJ)  
Marina Ribeiro (Articulação Teia de Solidariedade Zona Oeste, Campo Grande/RJ)  
Marize Bastos da Cunha (ENSP/Fiocruz)  
Melissa Cannabrava (Voz das Comunidades)  
Patrícia Evangelista (Articuladora da Saúde em Manguinhos/RJ)  
Paulo Chagastelles Sabroza  
Renata Gracie (ICICT/Fiocruz)  
Roberta Gondim (ENSP/Fiocruz)  
Rodrigo Mendonça dos Santos (Movimento Negro Unificado/Jacarezinho)  
Simone Rodrigues (Coletivo Rocinha Sem Fronteira e do Conselho Popular em Defesa da Moradia Digna)  
Vanderlea Aguiar (Rede Emancipa)

## PROJETO GRÁFICO:

Paulo Alan Deslandes Fragoso (Designer)



**PERIODICIDADE  
MENSAL**



**PUBLICAÇÃO  
DIGITAL**

# REFERÊNCIAS

Dados consolidados de COVID-19.  
<https://covid19br.wcota.me/#suspects>

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Aglomerados Subnormais 2019: Classificação Preliminar e Informações de Saúde - <https://socecodem-ibgedgc.hub.arcgis.com/app/ac337eeee5164c0daa9c99f8689ad3f8>. Acesso 10 de junho de 2020.

IPP. Instituto Pereira Passos. Favelas X Não Favelas. CADERNOS DO RIO © 2013. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/ipp>

Linder, Larissa. Desigualdade eleva letalidade da covid na favela, diz estudo. Portal DW. 28/05/2020. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/desigualdade-eleva-letalidade-da-covid-na-favela-diz-estudo/a-53586352>. Acesso em 01 jul 2020.

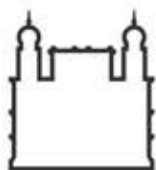
Maré Online. Vírus atinge famílias mais vulneráveis na Maré. 18/06/2020 Disponível em: <https://mareonline.com.br/coronavirus/virus-atinge-familias-mais-vulneraveis-na-mare/>. Acesso em 19 jun 2020.

Painel Rio COVID-19.  
<https://experience.arcgis.com/experience/38efc69787a346959c931568bd9e2cc4>

Sawaya, Ana Lydia, Albuquerque, Maria Paula de, & Domene, Semiramis Martins Álvares. (2018). Violência em favelas e saúde. *Estudos Avançados*, 32(93), 243-250.  
<https://doi.org/10.5935/0103-4014.20180041>

SZWARCWALD, C. L. & CASTILHO, E. A. Proposta de um modelo para desagregar projeções demográficas de grandes áreas em seus componentes geográficos. *Rev. Saúde Pública*, v.23, n. 4, p.269-276, 1989.

## Realização:

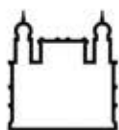


Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**  
Coordenação de Cooperação Social



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE  
JOAQUIM VENÂNCIO



**MUSEU**  
**DA MARÉ**



**ceasm**



Instituto de Comunicação e Informação  
Científica e Tecnológica em Saúde



GRUPO DE SOLIDARIEDADE  
ZONA OESTE



GRUPO  
**ECO**  
Santa Marta



**VOZ**  
DAS COMUNIDADES



**HC**  
**HERÓIS DO**  
**COMPLEXO**



**UNIÃO**  
POR MORADIA  
POPULAR  
RIO DE JANEIRO



**Raízes**  
**AGericinó**