



3º BOLETIM SOCIOEPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 NAS FAVELAS

**Análise da distribuição e incidência
da Síndrome Gripal em favelas cariocas**

Número 3 - Fev/2021



DESTAQUES

DESTE 3º BOLETIM

SOCIOEPIDEMOLÓGICO

- ▶ Houve um pico no número de casos de Síndrome Gripal no município do Rio de Janeiro em abril de 2020 e queda posterior até por volta de junho do mesmo ano. Desde então, parece ter havido um aumento constante na detecção de casos de SG entre junho e outubro de 2020, embora em níveis baixos.
- ▶ A SG volta a crescer rapidamente a partir de outubro e, em novembro, o número de casos já ultrapassa o mês de abril. A ocorrência dos casos confirmados de Covid-19 possui uma distribuição semelhante, mas bem abaixo daquela de SG, possivelmente indicando uma subnotificação da Covid-19 no município em decorrência da baixa testagem nos casos leves e moderados, representados pela SG.
- ▶ Os bairros de tipologia urbana 'Sem Favelas' apresentaram a maior taxa geral de incidência de SG, seguida pelas categorias de Concentração Baixa e Mediana, dados similares aos de Covid-19 apresentados nos boletins 1 e 2.
- ▶ Os bairros com Altíssima Concentração de favelas apresentaram taxas de incidência mensais semelhantes aos bairros classificados como Sem Favela e de Baixa Concentração, indicando que o vírus também estava circulando por estes territórios.
- ▶ Dados até julho de 2020 indicavam que apenas 33% dos registros do banco de SG continham a informação com o resultado do teste. A maioria dos casos (67%) não apresentou informação sobre a testagem ou ainda aguardavam os resultados.
- ▶ O acesso ao teste para Covid-19 no município do Rio de Janeiro reflete o processo de segregação social da cidade e bairros classificados como Alta e Altíssima Concentração de favelas têm mais dificuldade para realizar os testes confirmatórios da Covid-19.
- ▶ As tipologias urbanas Alta e Altíssima Concentração de favelas contêm a maior parte dos bairros com mais de 80% de dados sem informação para a testagem da Covid-19, o que evidencia uma baixa testagem nestes bairros.
- ▶ Bairros com Altíssima Concentração de favelas como Rocinha e Barros Filho apresentavam, no pico da pandemia da cidade em abril de 2020, altas taxas, similares aos bairros classificados como Sem Favela.
- ▶ Exceto para o bairro do Vidigal, todos os outros bairros de Altíssima Concentração de favelas apresentaram uma expressiva redução da taxa entre os meses de abril e maio de 2020.
- ▶ Apesar da baixa testagem, bairros como Costa Barros, Barros Filho, Vidigal e Rocinha apresentaram taxas de incidência de SG próximas às médias dos bairros classificados como Sem Favelas e de Baixa e Mediana Concentração de favelas.
- ▶ Os dados apresentados neste boletim evidenciam situações desiguais e injustas no que tange aos cuidados dos/as usuários/as com sinais/sintomas de SG. Em tempos de pandemia, não é incorreto afirmar que a maioria dos casos de SG, atendidos principalmente na Atenção Básica, está relacionado ao SARS-CoV2.

O QUE EU ENCONTRO NESTE BOLETIM?

1. O QUE É ESSE BOLETIM SOCIOEPIDEMIOLÓGICO? _____ (02)

2. ATUALIZAÇÃO DOS DADOS DE SG SEM INFORMAÇÕES
SOBRE CEP E BAIRRO _____ (08)

3. SÍNDROME GRIPAL NAS FAVELAS: RESULTADOS _____ (12)

A - Descrição geral do banco de SG no Rio de Janeiro _____ (12)

B - Ocorrência, distribuição e incidência _____ (12)

C - Síndrome Gripal por tipologia urbana _____ (15)

D - Casos de SG e testagem para o Sars-CoV2 _____ (18)

4. ALGUMAS ANÁLISES DETALHADAS EM BAIRROS
DE ALTÍSSIMA CONCENTRAÇÃO DE FAVELAS _____ (27)

5. ALGUMAS REFLEXÕES _____ (31)

O QUE É ESSE BOLETIM SOCIOEPIDEMOLÓGICO?

ESTE É O TERCEIRO BOLETIM produzido pela Sala de Situação de Saúde Covid-19 nas favelas, a qual está vinculada ao Observatório Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) cujo principal objetivo é produzir informação para apoiar o monitoramento epidemiológico e social da Covid-19 nas favelas do município do Rio de Janeiro (MRJ).

Diferente das outras duas edições do Boletim Socioepidemiológico, nesta edição vamos apresentar informações sobre a Síndrome Gripal (SG) nos bairros do MRJ, ou seja, dados de pessoas com sintomas de gripe antes de fazerem a testagem e confirmarem, ou não, o diagnóstico final de Covid-19. Analisamos os dados oficiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde a partir das informações coletadas nas unidades de saúde do MRJ por um sistema chamado e-SUS VE Notifica, em vigor desde março de 2020 ([openDataSUS](#), banco de Notificações de Síndrome Gripal).

FORAM CONSOLIDADOS os dados disponíveis até 01 de agosto de 2020 porque, a partir de agosto de 2020, o banco de dados passou a ser disponibilizado sem as informações de BAIRRO e CEP o que impossibilitou as análises mais detalhadas por Síndrome Gripal para os bairros. Entretanto, apesar de se referir a um período passado, o seu uso e entendimento torna-se estratégico para a compreensão da pandemia nas distintas realidades no município do Rio de Janeiro, possibilitando, também, a confirmação de

hipóteses apontadas nos dois boletins anteriores. Além disso, no intuito de qualificar a informação, os resultados preliminares foram discutidos com articuladores de territórios de favelas, profissionais de saúde que atuam em territórios de favelas e pesquisadores da Fiocruz em uma reunião “online” realizada no dia 16 de dezembro de 2020.

DE QUALQUER FORMA, é importante ressaltar que o acesso aos serviços de saúde é diferenciado pelo gradiente social inverso, ou seja, quanto maior a necessidade, menor o acesso àqueles serviços. Os sem acesso não “geram informações”. E, entre os que têm acesso, há uma negligência no preenchimento de certos campos na ficha de notificação, e esta negligência também é diferenciada pelo mesmo gradiente social. Acresce a barreira imposta oficialmente para acessar o BAIRRO e o CEP e temos um verdadeiro APAGÃO ESTATÍSTICO que piora à medida que se aproxima das periferias.

POR QUE ANALISAR DADOS DE SÍNDROME GRIPAL? QUAL A RELAÇÃO DISSO COM A COVID-19?

A SG É A INFORMAÇÃO notificada mais rapidamente. Basta um indivíduo apresentar determinado conjunto de sintomas que o profissional de saúde realiza o processo de notificação. Em decorrência da baixa realização de testes pelo serviço público de saúde, muitas pessoas com sintomas leve ou moderado de Covid-19 não realizam o teste para confirmar a Covid-19 e, por esta razão, são notificadas no sistema de informação em saúde como um caso de Síndrome Gripal. Assim, analisar a ocorrência e a evolução da Síndrome Gripal, identificando tendências de aumento ou diminuição da doença, é uma forma de estimar a magnitude da Covid-19 em um contexto de baixa testagem e demora para o conhecimento do número real de infectados por Covid-19.

É IMPORTANTE SABER QUE grande parte das notificações de SG

provém da **Atenção Básica** sendo, por isso, um dado, na maioria das vezes, produzido no nível local. Vale lembrar também, que em algumas favelas a **Atenção Básica**, em especial a **Estratégia Saúde da Família**, é o principal serviço de saúde existente. Logo, há necessidade de valorizar e compreender melhor os dados que vêm deste serviço, uma vez que estes serviços produzem dados mais próximos à realidade das favelas.



Eu acho que essa discussão tem uma importância muito grande no manejo social, da militância, porque isso é importante neste momento que a gente vai enfrentar inclusive o processo da vacinação (...) Esses dados são importantes, mas o que eles ajudam a incidir e a mudar para que a gente no campo, cada um no seu território, tenha algum elemento para pressionar de alguma forma os entes públicos que tem o seu papel.

ITAMAR SILVA, Grupo Eco Santa Marta



É IMPORTANTE SINALIZAR que os dados de testagem que temos, em sua grande maioria, ainda refletem os casos mais graves da Covid-19, uma vez que a política prioritária para confirmação era a necessidade de internação ou gravidade.



NO QUADRO 1 reunimos algumas definições que vão nos ajudar a entender os resultados das nossas análises.

DEFINIÇÃO	EXPLICAÇÃO
<p>CASO DE SÍNDROME GRIPAL (SG)</p>	<p>Pessoa que apresenta um quadro respiratório agudo com pelo menos dois dos seguintes sintomas: febre (mesmo que referida), tosse, dor de garganta, coriza, calafrios, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos (e especificidades para crianças, com obstrução nasal e idosos, como confusão mental).</p>
<p>SISTEMA DE VIGILÂNCIA DA SG</p>	<p>Implementado pelo Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) devido à pandemia, serve para notificar casos leves a moderados suspeitos de Covid-19. Essas pessoas são notificadas pelos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, geralmente no nível da atenção básica como ambulatórios e clínicas de saúde da família onde as pessoas com sintomas leves e moderados procuram atendimento.</p>
<p>COMO UM CASO DE SG É INVESTIGADO E CONFIRMADO OU NÃO COMO COVID-19?</p>	<p>As pessoas com SG, ou seja, que tem sintomas que se encaixam na definição indicada acima, são testadas para o vírus (SARS-CoV2) e, caso positivas, elas são orientadas quanto às medidas de isolamento físico e prevenção da disseminação do vírus e passam a ser identificadas como casos confirmados para Covid-19. Essa era a situação dos bancos de dados analisados nos boletins 1 e 2: pessoas identificadas como casos confirmados para Covid-19.</p>
<p>COMO CALCULAMOS A TAXA DE INCIDÊNCIA DE SG?</p>	<p>Casos novos de um determinado lugar e período (tempo), divididos pela população, sendo o resultado multiplicado por 10.000. Por exemplo: se no banco de dados foram registrados 50 casos de SG e esse bairro tem uma população de 25.000 habitantes o cálculo seria:</p> <p>=20 casos de SG a cada 10.000 habitantes.</p>

AINDA TRATANDO-SE de definições e conceitos importantes, vale destacar que uma informação de “**caso confirmado por Covid-19**” não é necessariamente um caso que fez teste laboratorial. Há outras formas, oficiais, de se chegar a este resultado. Duas destas formas são os **critérios “clínico-epidemiológico”** ou “**clínico**”, que são as pessoas já notificadas como caso de Síndrome Gripal e que tiveram contato próximo com alguém confirmado para Covid-19 ou pessoas notificadas como Síndrome Gripal e que estejam com disfunção olfativa (“perda de cheiro”) ou disfunção gustatória (“falta de paladar”) sem nenhuma explicação prévia.

POR QUE SABER ISSO É IMPORTANTE?

ISSO SIGNIFICA DIZER que com uma rede de serviço organizada e qualificada, se o profissional de saúde não tiver disponível o teste naquele momento, ele pode fazer uso do diagnóstico clínico para fazer a confirmação do caso de Covid-19.



1º BOLETIM SOCIOEPIDEMOLÓGICO

No primeiro boletim você encontra uma breve análise sobre o contexto social das favelas cariocas como também a explicação da metodologia elaborada para a divisão dos bairros da cidade no Rio de Janeiro no intuito de se aproximar das favelas:

https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf



2º BOLETIM SOCIOEPIDEMIOLÓGICO

No segundo boletim você encontra uma reflexão importante sobre o desafio de se analisar os dados para os territórios de favelas: <https://portal.fiocruz.br/documento/2o-boletim-socioepidemiologico-covid-19-nas-favelas>



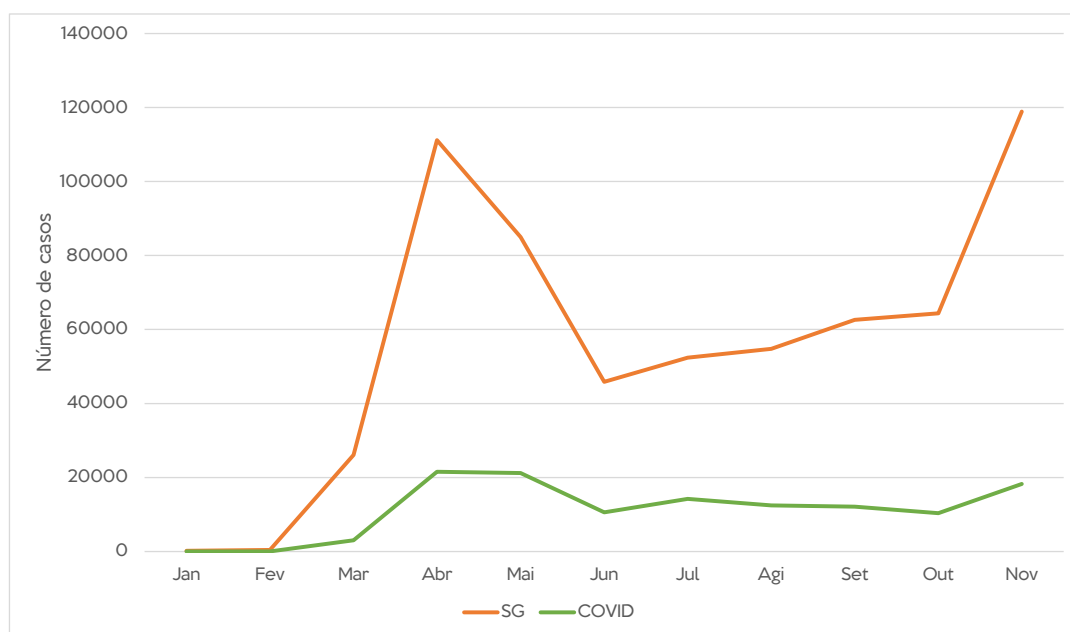
ATUALIZAÇÃO DOS DADOS DE SG SEM INFORMAÇÕES SOBRE CEP E BAIRRO

COMO MENCIONADO, os dados por SG contendo a informação bairro estavam disponíveis apenas até agosto de 2020. Portanto, nossas análises por bairro e tipologia urbana, ficaram restritas a esse período. Contudo, para conseguirmos observar a tendência da SG no município como um todo, ou seja, saber se os casos estão aumentando ou reduzindo, fizemos uma primeira análise com o banco de dados mais atualizado. Os dados apresentados abaixo foram notificados até 14/12/2020 e foram extraídos do site do Ministério da Saúde OpenDataSUS em 27/01/2021.

A FIGURA 1 APRESENTA o número de casos de SG e de casos de Covid-19, por mês, para o município do Rio de Janeiro. Em relação à SG, o que podemos observar é que houve um pico no número de casos no município do Rio de Janeiro em abril de 2020 e queda posterior até por volta de junho do mesmo ano. Desde então, parece ter havido um aumento constante na detecção de casos de SG entre junho e outubro de 2020, embora em níveis baixos. O mês de novembro de 2020 marca o início de um novo aumento rápido do número de casos, sendo que os dados disponíveis não permitem uma análise a partir do mês de dezembro de 2020. A ocorrência dos casos

confirmados de Covid-19 possui uma distribuição semelhante, mas bem abaixo daquela de SG, possivelmente indicando uma subnotificação da Covid-19 no MRJ em decorrência da baixa testagem nos casos leves e moderados, representados pela SG. Outros estudos têm mostrado que mais de 80% dos casos de SG são na verdade Covid-19 mas sem o diagnóstico preciso. A maior parte dos casos de SG seguem sem confirmação por falta de testes.

Figura 1. Representação gráfica do número de casos de Síndrome Gripal e casos confirmados para a Covid-19, por mês, para o município do Rio de Janeiro entre janeiro e novembro de 2020.



A situação está muito crítica aqui em Vila Kennedy também, as demandas que eu ouço e percebo está em uma crescente. Aqui no Centro Comunitário também aparece muitos casos de pessoas necessitando de auxílio por conta do Covid-19, por conta da debilitação na família (...) Também é importante lembrar que a maioria das pessoas que residem em Vila Kennedy se reportam muito como sendo de Bangu, até por costume, mas nós observamos um alto índice de Covid-19 aqui em Vila Kennedy reportado pela Clínica da Família, os Postos de Saúde... é uma frequência bastante expressiva, mas deve ter uma 'controvérsia' do território.

LUCIENE FRANÇA, Centro Comunitário Irmãos Kennedy



A TABELA 1 APRESENTA os dados de SG no MRJ por mês de início dos sintomas, confirmando que os meses de abril (111.161 casos) e novembro (118.929 casos) foram os meses, em 2020, que mais notificaram casos de SG no MRJ (o banco não disponibilizava o mês de dezembro completo). Para se ter uma ideia da **magnitude do retorno da pandemia no final de 2020, o mês de novembro apresentou um aumento de cerca de 85% no número de casos de SG em relação a outubro.** Importante lembrar que no mês de outubro já havia relatos oriundos de profissionais de saúde apontando um aumento expressivo do número de pessoas procurando os serviços de saúde.

Tabela 1. Número de casos notificados de Síndrome Gripal a partir da data dos primeiros sintomas e casos confirmados para a Covid-19, por mês, para o município do Rio de Janeiro entre janeiro e novembro de 2020.

Mês/2020	Primeiros sintomas	
	Síndrome Gripal	Confirmação para Covid-19
Janeiro	169	16
Fevereiro	384	23
Março	26.109	3.037
Abril	111.161	21.528
Maio	84.969	21.201
Junho	45.880	10.596
Julho	52.360	14.199
Agosto	54.800	12.445
Setembro	62.628	12.123
Outubro	64.364	10.362
Novembro	118.929	18.217
Total	621.753	123.747

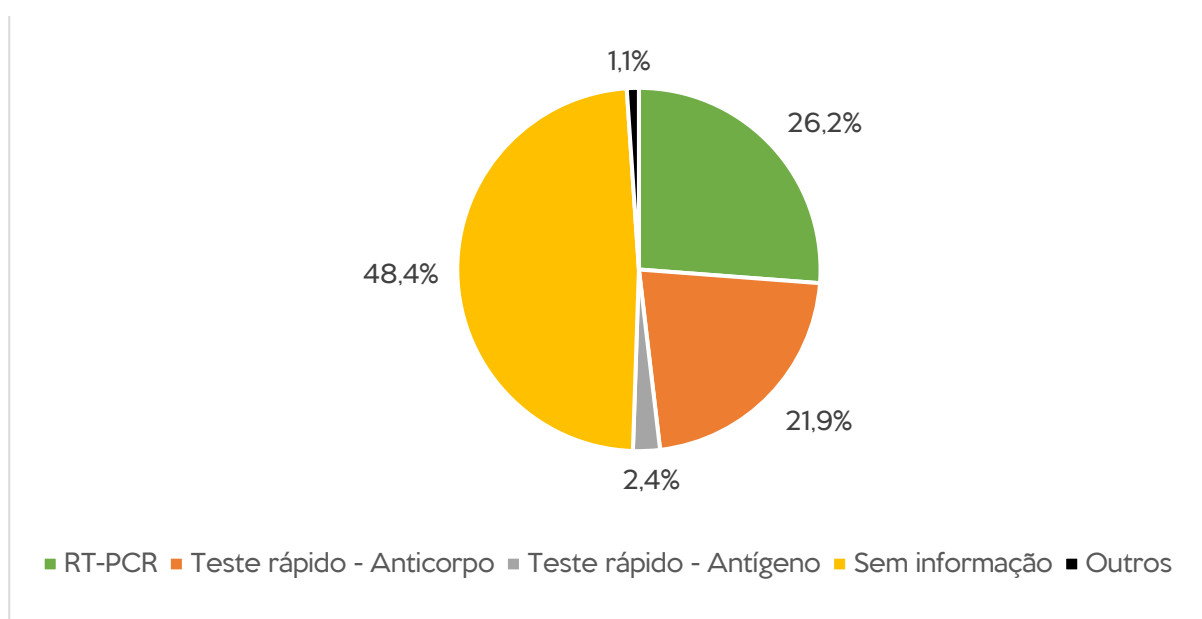
E O QUE ESTES DADOS APONTAM EM RELAÇÃO À REALIZAÇÃO DE TESTES?

A FIGURA 2 APRESENTA a distribuição dos testes realizados entre março e novembro de 2020 em casos de SG atendidos em unidades de saúde no MRJ. O gráfico mostra que 48,4% dos registros do banco de SG não continham informação sobre a testagem.

MAS, O QUE ESSE DADO QUER DIZER?

ESSAS INFORMAÇÕES INDICAM que, ainda em novembro de 2020, grande parte dos casos de SG não eram testados. Além disso, apontam para o **uso inadequado dos testes**, tendo em vista que foram realizados testes sorológicos em quantidade semelhante ao PCR, sendo que o PCR é o teste indicado para o diagnóstico da Covid-19 nas fases sintomáticas iniciais da doença, como a SG.

Figura 2. Distribuição da testagem para a confirmação da Covid-19, por tipo de teste realizado entre março e novembro de 2020.



SÍNDROME GRIPAL NAS FAVELAS

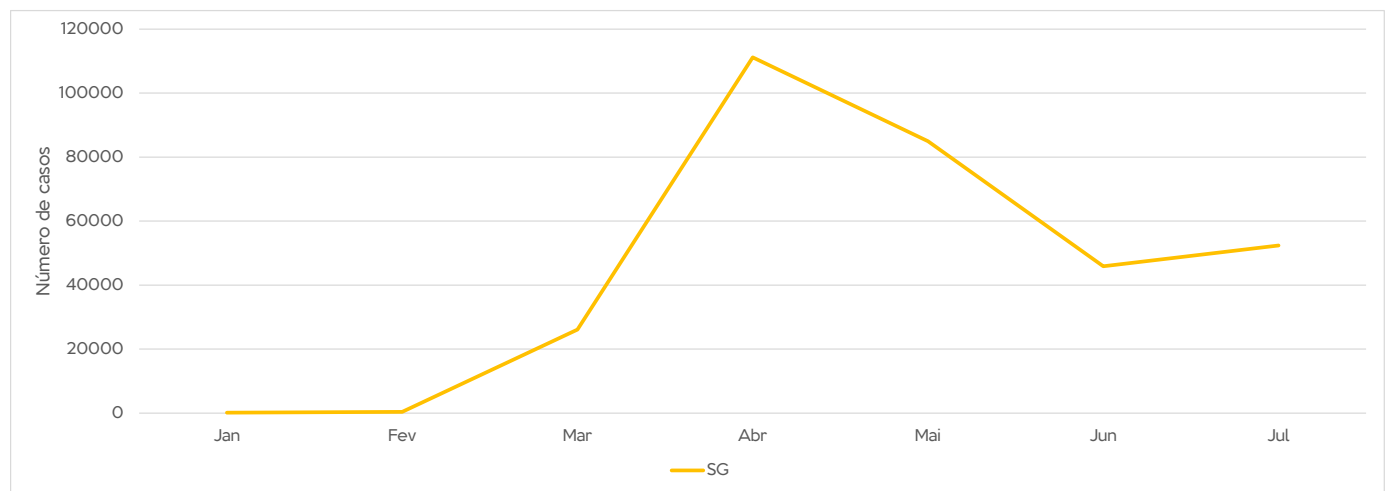
DESCRIÇÃO GERAL DO BANCO DE SG NO RIO DE JANEIRO:

1. Análises do banco de SG até 1º de agosto de 2020, última data de atualização do banco de dados disponibilizando BAIRRO e CEP.
2. Havia no banco 304.882 registros para o MRJ, com apenas 55.896 (18%) confirmações para a Covid-19. Entre os outros 82% dos casos, os resultados eram negativos (13%) ou sem informações (69%).
3. De todos os registros disponíveis, 259.861 (85%) tinham a identificação do bairro e puderam ser usados na análise.

OCORRÊNCIA, DISTRIBUIÇÃO E INCIDÊNCIA:

A FIGURA 3 APRESENTA a distribuição, entre janeiro e julho de 2020, dos casos notificados de SG a partir da data inicial dos sintomas, ou seja, nas datas indicadas pelas pessoas atendidas nas unidades de saúde como sendo o primeiro dia de sintomas. O gráfico mostra que o pico dos atendimentos de SG ocorreu no mês de abril, havendo um grande recuo dos casos até por volta do início de junho e estabilização, em patamares altos, até o meio de julho.

Figura 3. Número de casos notificados de Síndrome Gripal a partir da data dos primeiros sintomas, por mês, para o município do Rio de Janeiro entre janeiro e julho de 2020.



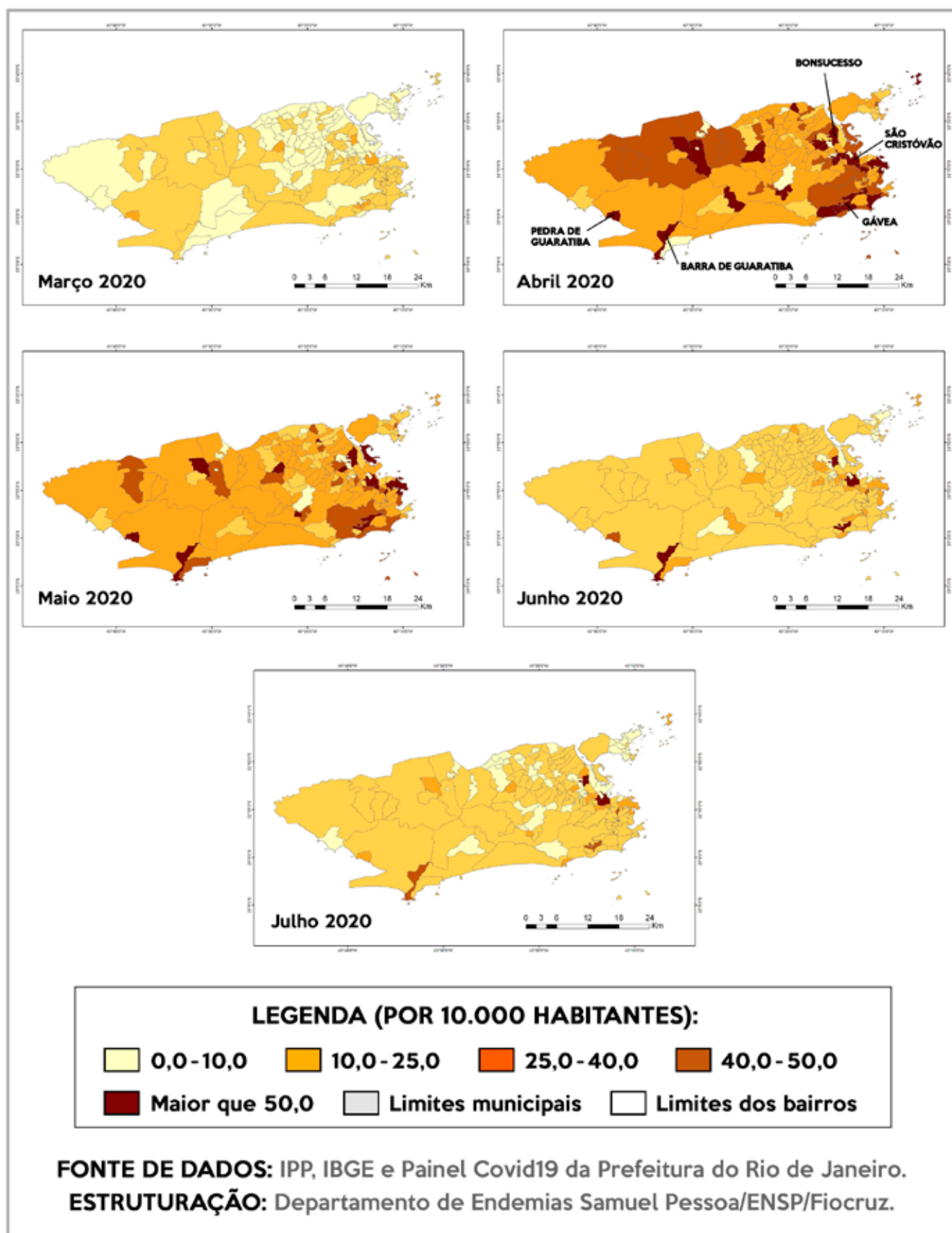
Você pode ir à unidade de saúde em um dia, ser notificado como Síndrome Gripal nesse dia. Mas, o importante não é só a data de notificação, mas a data de início dos sintomas, inclusive isso para a Atenção Básica é fundamental, para isolar as pessoas, ir atrás dos contatos.

ANDRÉ PÉRISSÉ, ENSP/Fiocruz



A FIGURA 4 APRESENTA a distribuição espacial, por bairro, da taxa de incidência de SG entre os meses de março e julho de 2020. Pode-se observar que os meses de abril e maio foram aqueles com as maiores taxas nos bairros da cidade. No entanto, **chama a atenção alguns bairros específicos como Pedra e Barra de Guaratiba, Bonsucesso, São Cristóvão e Gávea, onde as taxas foram altas ao longo de todo o período.** É importante apontar que os bairros Bonsucesso, São Cristóvão e Gávea apareceram também nos boletins 1 e 2 com as maiores taxas de incidência de Covid-19. Esse resultado, juntamente com a baixa testagem observada para casos de SG apresentada anteriormente, pode indicar um alto grau de subnotificação para a Covid-19, pelo menos até agosto de 2020.

Figura 4. Mapas com a distribuição espacial da taxa de incidência de SG no MRJ entre março e julho de 2020.

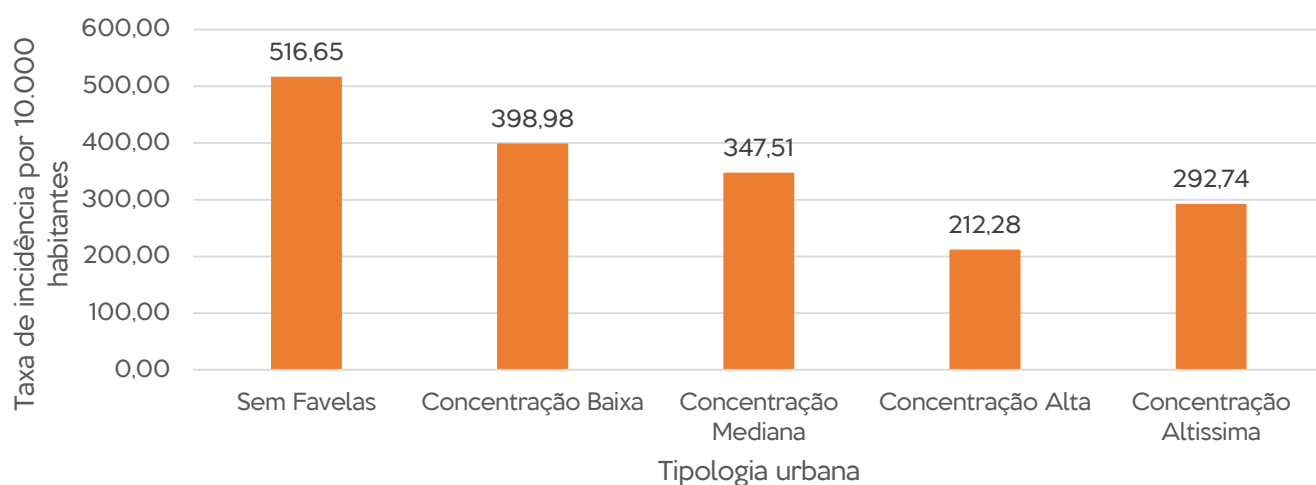


A explicação da tipologia urbana utilizada está descrita no [1º Boletim](#)

NO TOTAL FORAM NOTIFICADOS 12.863 casos de SG entre os 20 bairros da tipologia Sem Favelas, 153.307 casos para os 78 bairros de Concentração Baixa, 67.584 casos para os 42 de Concentração Mediana, **14.897 para os 12 de Concentração Alta e 8.229 para os 07 de Concentração Altíssima.**

A FIGURA 5 APRESENTA a taxa de incidência geral de SG em cada tipologia no MRJ entre março e julho de 2020 e, como pode ser observado, a categoria Sem Favelas apresentou a maior taxa geral, seguida pelas categorias de Concentração Baixa e Mediana. Embora com grande número de bairros, a categoria de Concentração Baixa de favelas pode estar sendo influenciada por bairros como **Bangu, Barra da Tijuca, Campo Grande e Santa Cruz que estão entre os 10 bairros que mais notificam a doença no MRJ.** Além disso, conforme discutido no [Boletim 2](#), é possível que moradores de favelas como Rocinha, Complexo do Alemão e Complexo da Maré reportem seus endereços como pertencentes aos bairros da Gávea e de Bonsucesso, bairros classificados como Concentração Baixa de favelas, contribuindo para o alto número de casos nesta categoria. **Caso essa hipótese seja verdadeira, as reais taxas de SG nas categorias Concentração Alta e Altíssima de favelas poderão ser maiores do que indicado na Figura 5.**

Figura 5. Taxa de incidência de SG (por 10.000 habitantes) por tipologia urbana no município do Rio de Janeiro, entre março e julho de 2020.

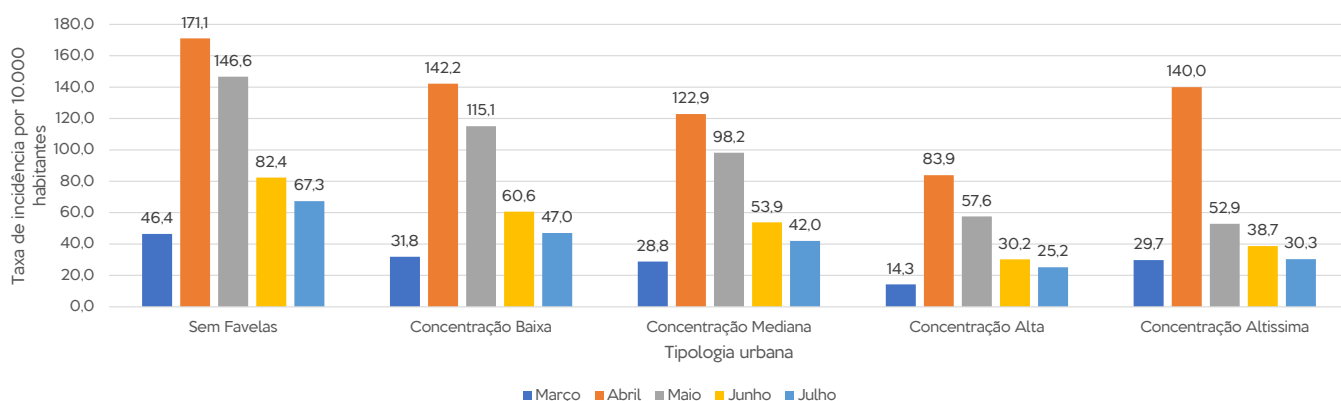


A FIGURA 6 APRESENTA a distribuição dos casos entre março e julho de 2020 e confirma que os meses de abril e maio de 2020 foram aqueles com maiores taxas de incidência de SG no MRJ. A figura mostra que, nos meses de março e abril, os bairros com **Altíssima Concentração de favelas apresentavam taxas de incidência semelhantes aos bairros classificados como Sem Favela e de Baixa Concentração**. Observa-se a expressiva redução da taxa de incidência entre abril e maio na categoria Concentração Altíssima. Cabe lembrar que, na ocasião, havia uma indicação da Secretaria de Saúde do MRJ que casos leves não procurassem as unidades de saúde e permanecessem em isolamento nas próprias residências, o que pode explicar tal discrepância entre os meses.

POR FIM, é necessário lembrar que estamos analisando dados de SG e não de casos confirmados da Covid-19. Entretanto, na ausência de outra explicação para um número de casos tão elevado de SG em relação aos anos anteriores, **parece razoável assumir que a maioria dos casos de SG sejam resultado da circulação do vírus SARS-CoV2 em um contexto de baixa**

testagem.

Figura 6. Taxa de incidência de SG (por 10.000 habitantes) por tipologia urbana, no município no Rio de Janeiro, entre março e julho de 2020.



A FIGURA 7 APRESENTA os cinco bairros com maiores taxas de incidência de SG entre março e julho de 2020. Observa-se que os bairros de Bonsucesso, São Cristóvão e da Gávea apresentam em todos os meses e, na maioria das vezes, as maiores taxas de incidências. São bairros que indicam, de uma certa forma, uma permanência no adoecimento por Síndrome Gripal. Além disso, é possível visualizar a diferença das tipologias. Os bairros Gardênia Azul (na zona oeste da cidade) e Catumbi (no centro da cidade) são os bairros classificados como Alta e Altíssima concentração de favelas que apresentaram as maiores taxas de incidência de SG.

Figura 7. Cinco bairros com maiores taxas de incidência (por 10.000 habitantes) entre março e julho de 2020.

Março		Abril		Maio		Junho		Julho	
Bairro	Incidência	Bairro	Incidência	Bairro	Incidência	Bairro	Incidência	Bairro	Incidência
Gávea	94,1	Gardênia Azul	322,9	Barra de Guaratiba	277	Catumbi	177,5	Catumbi	145,6
Pedra de Guaratiba	96,8	Glória	340,8	Pedra de Guaratiba	295,6	Gávea	204	Barra de Guaratiba	151,1
São Cristovão	99,9	Gávea	405,2	Gávea	313,9	São Cristovão	207,3	Gávea	153,2
Bonsucesso	112,3	São Cristóvão	532,1	São Cristovão	426,8	Barra de Guaratiba	208,7	Bonsucesso	192,2
Campo dos Afonsos	115	Bonsucesso	577,1	Bonsucesso	429,5	Bonsucesso	262,1	São Cristovão	199,8

	Sem Favelas
	Concentração Baixa
	Concentração Mediana
	Concentração Alta
	Concentração Altíssima

CASOS DE SG E TESTAGEM PARA O SARS-CoV2:

O BANCO DE DADOS de SG permite uma análise mais específica do processo de testagem, uma vez que disponibiliza a informação se o teste foi realizado e qual o tipo de teste usado. Assim, é possível avançar na análise técnica na discussão sobre a baixa testagem.

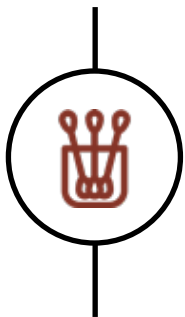
A FIGURA 8 APRESENTA a distribuição dos testes realizados entre março e julho de 2020 em casos de SG atendidos em unidades de saúde no MRJ. O gráfico mostra que **apenas 33% dos registros do banco de SG continham a informação com o resultado do teste. A maioria dos casos (67%) não apresentou**

informação sobre a testagem ou ainda aguardavam os resultados. Essas informações ajudam a confirmar que a maioria dos casos de SG não foram testados. Além disso, apontam para o uso inadequado dos testes, tendo em vista que foram realizados testes sorológicos em maior quantidade que o PCR, sendo que o PCR é o teste indicado para o diagnóstico da COVID-19 nas fases sintomáticas da doença (ou seja, quando as pessoas estão apresentando sintomas).

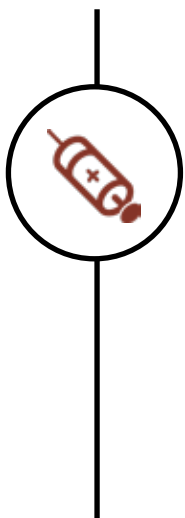


QUAL A DIFERENÇA ENTRE O TESTE PCR E O SOROLÓGICO?

Testes laboratoriais para a Covid-19:



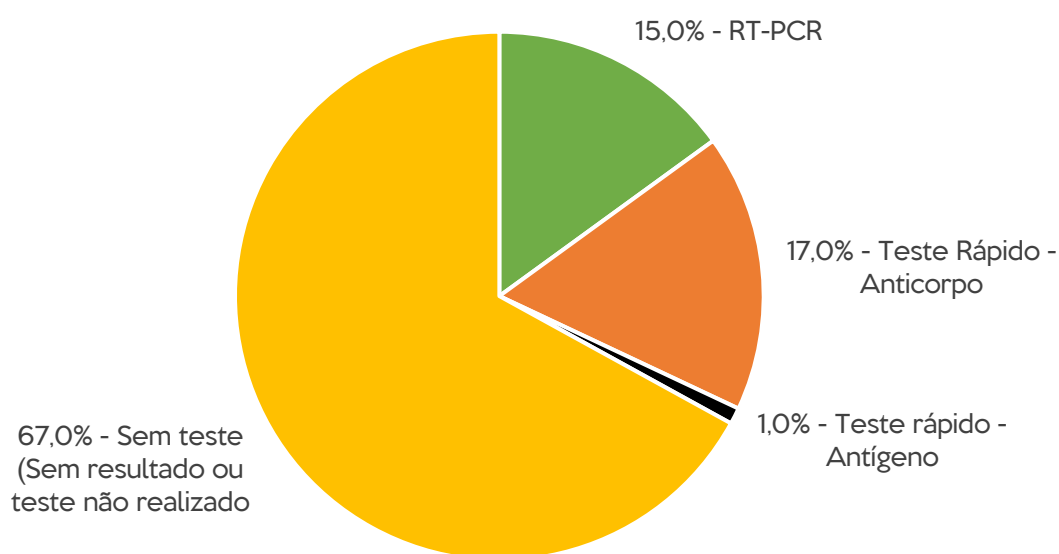
PCR: diagnóstico feito com uma espécie de cotonete que coleta material do nariz e da garganta. É o teste que detecta o vírus no organismo de uma pessoa e, por isso, é indicado para o diagnóstico da Covid-19. Ele deve ser realizado a partir do 3º dia de sintomas até por volta do 8º dia após o início dos sintomas. Teste indicado para o momento agudo da doença.



Teste sorológico: o mais conhecido é o teste rápido. É uma espécie de cassete (caixinha retangular) onde uma gota de sangue é depositada e o resultado liberado em até 20-30 minutos. Não é um teste para diagnosticar a doença. Testes sorológicos detectam anticorpos, ou seja, proteínas que são formadas pelo organismo para combater o vírus. Portanto, não são capazes de detectar o vírus no nosso organismo. Por isso, eles são usados para saber se uma pessoa já teve a doença em algum momento passado e devem ser realizados a partir do 8º dia de doença, quando começa a produção desses anticorpos no organismo.



Figura 8. Distribuição da testagem para a confirmação da Covid-19, por tipo de teste realizado entre março e julho de 2020.



Há grande demanda, voltamos a receber um grande número de pacientes sintomáticos respiratórios. A gente acredita que foi um ganho as unidades básicas receberem os testes

PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ESF



Como o número de testes rápidos que recebemos foi pouco, nós tínhamos critérios, o paciente passava por uma avaliação médica criteriosa para realizar o teste.

PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ESF



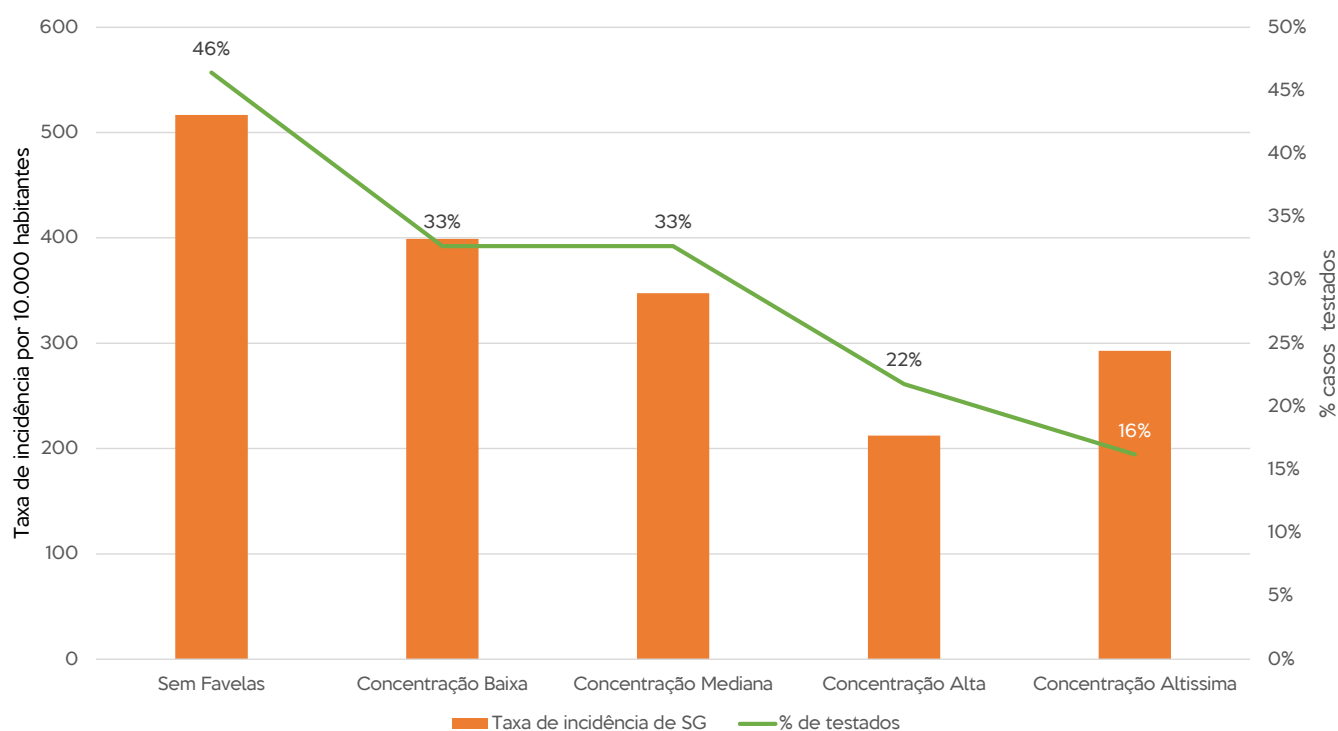
EM RELAÇÃO ÀS TIPOLOGIAS URBANAS, HOUE DIFERENÇA NO ACESSO AOS TESTES?

DESDE A PRIMEIRA EDIÇÃO do boletim socioepidemiológico da Covid-19 nas favelas, temos apontado que a baixa taxa de incidência da doença nos bairros classificados como Alta e Altíssima Concentração de favelas deveria ser analisado com um olhar crítico, pois poderia estar relacionado ao acesso desigual dos testes pelo município do Rio de Janeiro. Contudo, levantamos essa hipótese baseada no contexto social e ouvindo moradores e trabalhadores das favelas que relataram as dificuldades para realização dos testes nas unidades públicas de saúde.

NESTA 3ª EDIÇÃO DO BOLETIM, vamos apresentar dados que indicam fortemente que o acesso ao teste para Covid-19 no município do Rio de Janeiro reflete o processo de segregação social da cidade e que os moradores dos bairros classificados como Alta e Altíssima Concentração de favelas têm mais dificuldade para realizar os testes confirmatórios da Covid-19. Mas, antes disso, é importante compreender como se faz a leitura de um gráfico que apresenta mais de dois dados.

A Figura 9 apresenta a taxa de incidência por síndrome gripal e o percentual de casos que foram testados por tipologia urbana. No eixo x (horizontal/deitado) temos as tipologias urbanas e no eixo y (vertical/em pé) da esquerda temos as taxas de incidência de SG que estão representadas pelas colunas. No eixo y (vertical/em pé) da direita temos o percentual de testes realizados representados pela linha.

Figura 9. Taxa de incidência de SG (por 10.000 habitantes) e percentual de casos testados por tipologia urbana no município do Rio de Janeiro.



NA FIGURA 9 analisamos simultaneamente os dados de incidência de SG e o percentual de testes realizados e observamos que a tipologia **Sem favelas** é a que apresenta a **mais alta taxa de incidência de síndrome gripal** e também aquela que **mais tem acesso aos testes para diagnosticar a Covid-19 (46%)**. Já para os bairros classificados como **Altíssima Concentração de favelas**, esse percentual de testagem é de apenas de 16%.

COMO ESTAMOS ANALISANDO síndrome gripal, essa alta taxa de incidência nos bairros **Sem favelas** também pode indicar um maior acesso ao serviço de saúde de forma geral e não somente o acesso ao teste. Além disso, não podemos esquecer que os moradores dos bairros **Sem favelas** têm mais condições de se ausentarem do trabalho e procurar assistência à saúde do que os moradores dos bairros com **Alta e Altíssima Concentração de favelas**. Isto porque, **em sua maioria, os trabalhadores das favelas**

estão precariamente inseridos na economia e postergam a ida ao serviço de saúde, buscando assistência somente quando o quadro de saúde se agrava.

Há, entre todos os bairros do MRJ, aqueles que apresentaram mais de 80% de casos notificados de SG sem dados sobre testagem e quando dividimos os bairros em categorias de acordo com o percentual de exames realizados conforme a **figura 10**, podemos observar **que as categorias Alta (41,7%) e Altíssima (57,1%) Concentração contêm a maior parte dos bairros com mais de 80% de dados sem informação, o que evidencia uma baixa testagem nestes bairros.**



O boletim vem confirmar a hipótese que já vinha sendo apresentada no boletim 1 e 2 que há uma desigualdade na testagem e a gente vem desde o início falando isso, como o tratamento é desigual, então o resultado também vai ser desigual e as políticas de cuidado também serão desiguais

ITAMAR SILVA, Grupo Eco Santa Marta



ESSA DESIGUALDADE no acesso aos testes para confirmação dos casos de Covid-19 impacta diretamente a possibilidade de monitorar as taxas reais nos bairros. Quando calculamos as taxas apenas em cima dos casos com alguma informação sobre a realização de testes, observamos que os bairros com alto percentual de falta de informação sobre os resultados dos exames possuem taxas menores se comparados com os bairros com maior percentual de informação (**Figura 11**).

E SE ANALISARMOS OS DADOS APENAS DAS PESSOAS QUE CONSEQUIRAM REALIZAR O TESTE?

SE OBSERVARMOS o percentual de positivos entre os exames efetivamente realizados por bairro (**Figura 12**), não parece haver uma diferença visual entre os bairros dos dois grupos,

o que sugere que haveria um aumento do número de casos se houvesse uma testagem melhor e mais uniforme pela cidade.

Figura 10. Distribuição percentual de bairros com exames sem informação por tipologia urbana no município do Rio de Janeiro

	Até 50%	50-80%	>80%	Total
Sem Favelas	18,2	72,7	9,1	100%
Concentração Baixa	19,0	64,6	16,5	100%
Concentração Mediana	2,4	90,4	7,1	100%
Concentração Alta	0	58,3	41,7	100%
Concentração Altíssima	0	42,9	57,1	100%

- **Até 50%:** bairros com até 50% de exames sem informação
- **50-80%:** bairros com 50 a 80% de exames sem informação
- **>80%:** bairros onde mais de 80% de exames sem informação

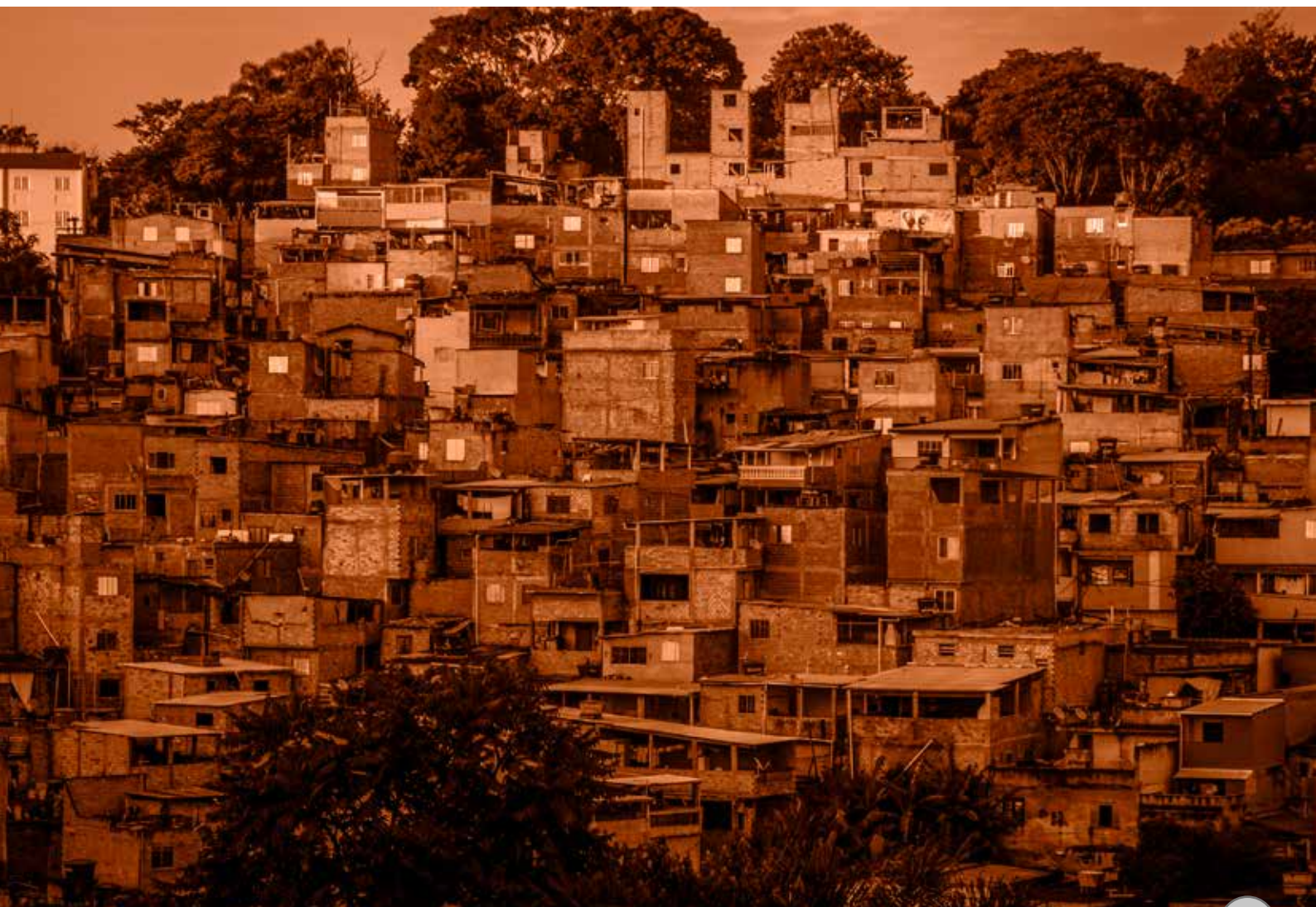
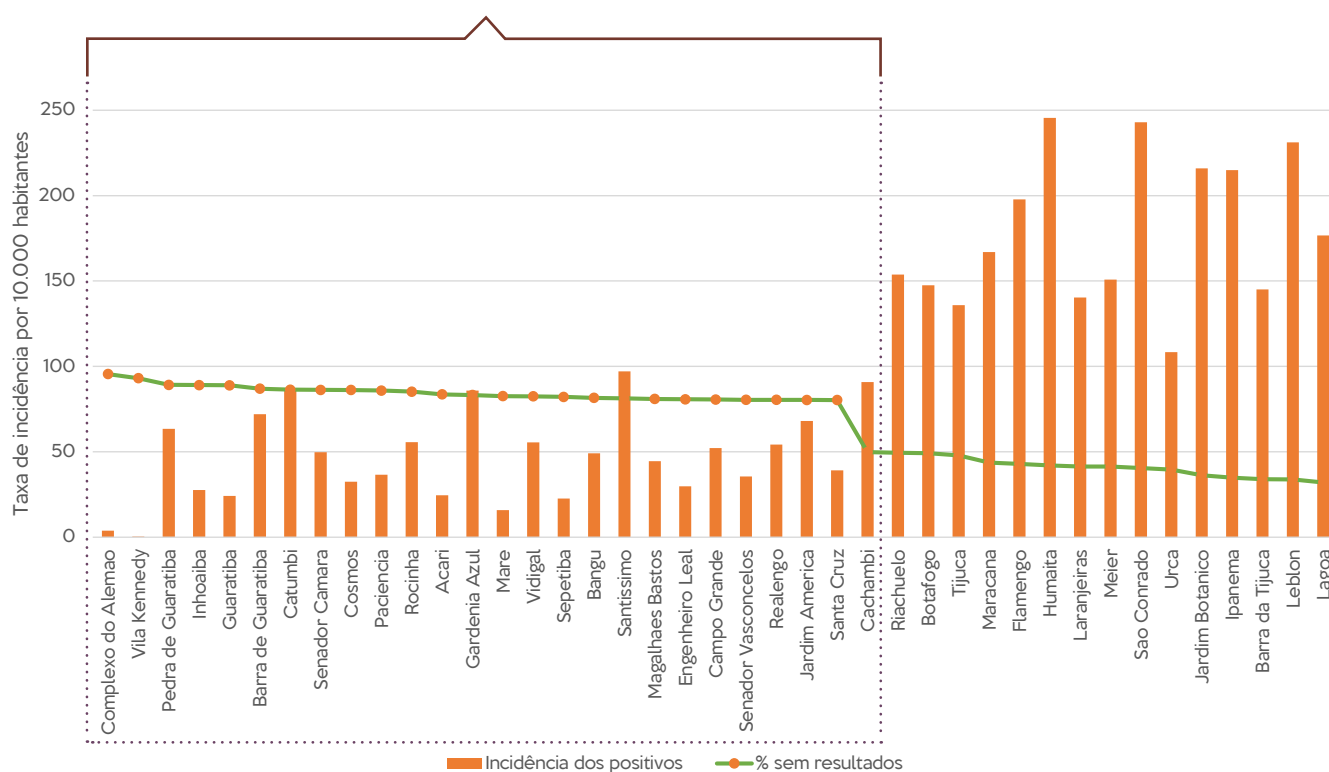


Figura 11. Distribuição da incidência (por 10.000 habitantes) de casos de SG confirmados para Covid-19 para bairros com até 50% de exames com informação (direita do gráfico) e bairros com 80% ou mais (esquerda do gráfico) de exames sem informações.

**Estes bairros têm uma testagem muito baixa.
Desigualdade na testagem.**

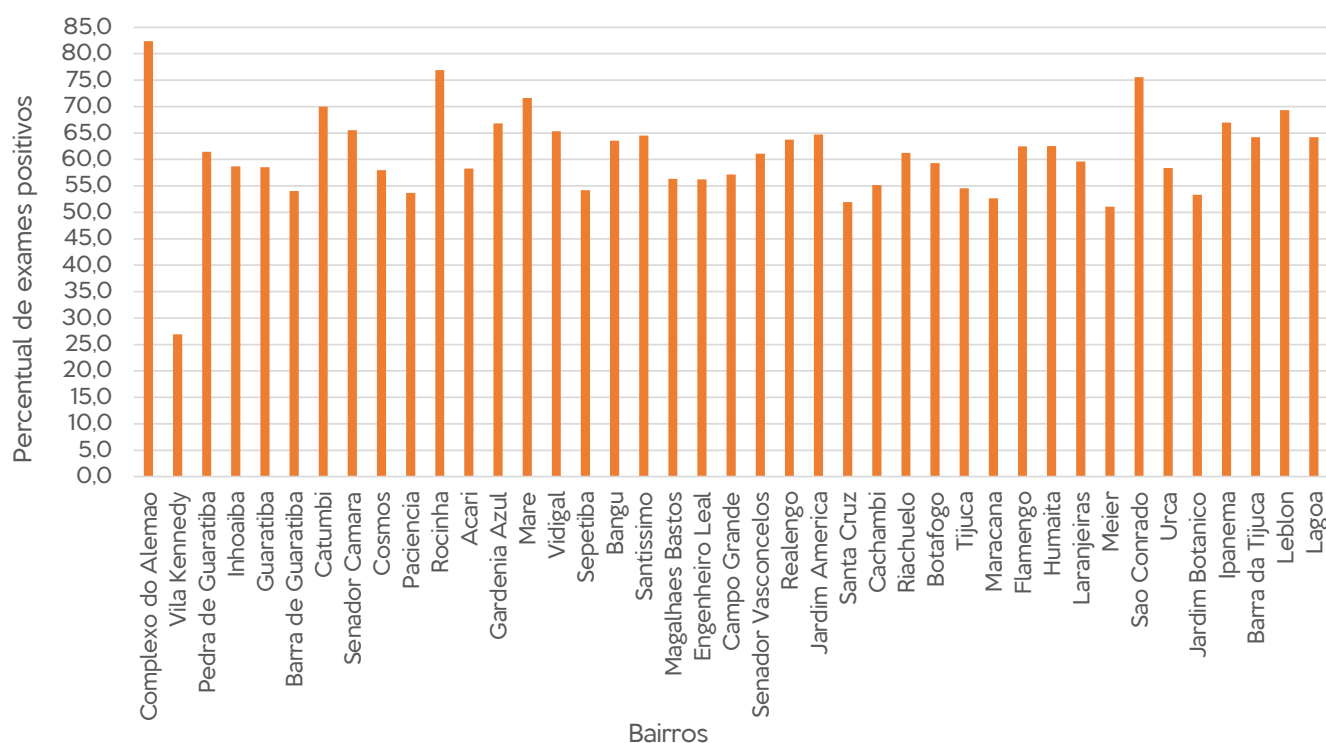


Aqui no Alemão nós tivemos a presença do “Dados do Bem que ficou quase um mês na quadra da estrada do Itararé. E, como veículo de comunicação local, eu digo que foi muito difícil da gente ‘convencer os moradores’ a realizarem o teste. Eu não sei dizer exatamente o que pode ter acontecido para muitos deles não terem interesse (...) Eu queria também encontrar uma resposta para isso: por que as pessoas não realizaram os testes?”

MELISSA CANNABRAVA, Voz das Comunidades



FIGURA 12. Percentual de exames positivos entre aqueles usuários com informação de testagem, de acordo com os bairros da figura 11.



Quando se observa o total de casos positivos em relação a todos que fizeram teste, há uma pequena diferença entre os bairros. Ou seja, se testar, vai encontrar.



Apesar dos dados não tão recentes, este boletim é muito importante porque ele confirma hipóteses e isso não é pouca coisa. Acho que no primeiro e segundo boletim por várias vezes a gente se surpreendeu com algumas informações e uma delas era que não seria possível que em bairros com concentração alta e altíssima de favelas se tivesse uma incidência tão baixa, tem algo aí estranho e os primeiros boletins levantaram como hipótese a subnotificação. Então um terceiro boletim, na minha leitura, não só confirma como ele complementa os anteriores (...) As pessoas moradoras de bairros de alta e altíssima concentração de favelas só eram detectadas em casos graves, ou seja, elas não apareciam na incidência, só na letalidade e mortalidade

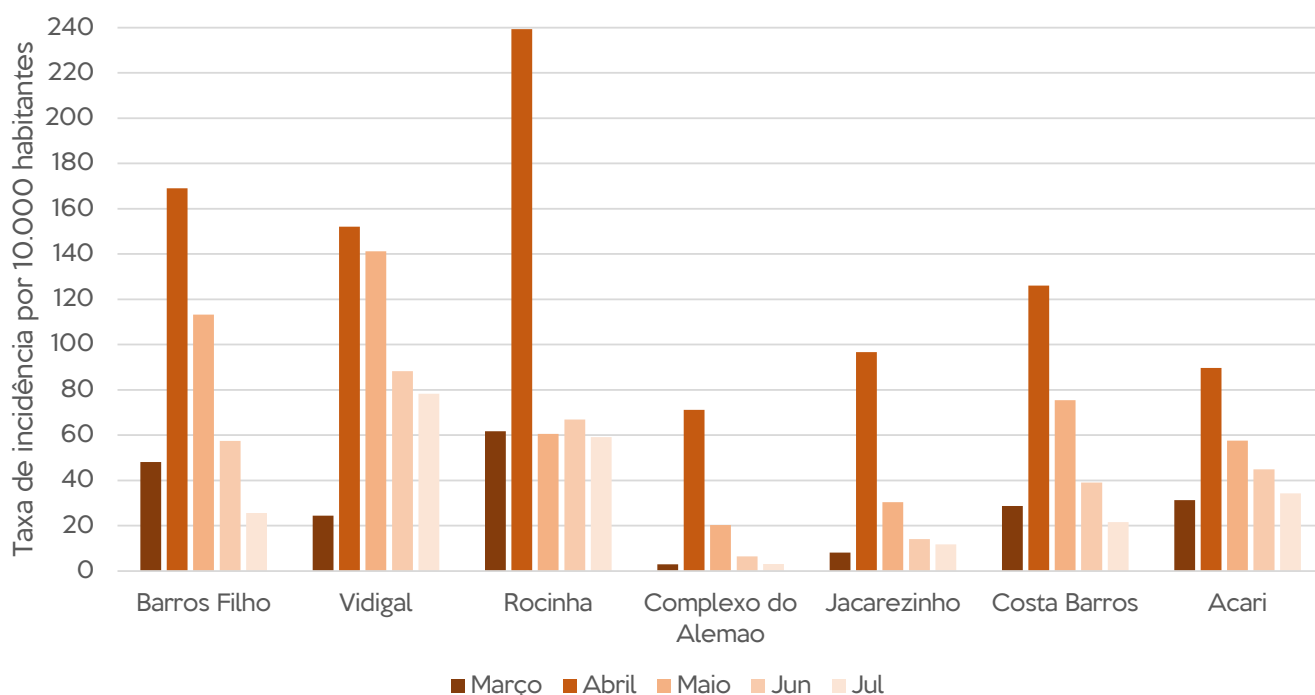
CARLOS BATISTELLA, EPSJV/Fiocruz



ALGUMAS ANÁLISES DETALHADAS EM BAIRROS DE ALTÍSSIMA CONCENTRAÇÃO DE FAVELAS

A FIGURA 13 APRESENTA os dados de incidência de SG para os sete bairros classificados como de Altíssima Concentração de favelas e mostra que bairros como **Rocinha e Barros Filho** apresentavam no pico da pandemia da cidade, em abril de 2020, taxas similares aos bairros classificados como Sem Favelas (**Figura 6**). É interessante notar também que, exceto para o bairro do Vidigal, todos os outros bairros apresentaram uma expressiva redução da taxa entre os meses de abril e maio de 2020.

Figura 13. Taxa de incidência de SG (por 10.000 habitantes) entre março e julho de 2020 em bairros de Altíssima Concentração de favelas.





Quando a gente olha para esses dados da Rocinha e lembra da orientação 'fique em casa' será que foi essa orientação que fez com que recuasse essa população?! Que não buscassem os ambulatorios, UPA, clínica da família etc?! Talvez a aceitação dessa marca 'fique em casa' tenha a ver também com o não atendimento, eu vou falar daqui do Santa Marta, não tinha condição e estrutura de atender essa população. Parecia que os profissionais tinham 'medo' da população. Se evitava que as pessoas fossem lá. Essa dinâmica também estava acontecendo.

ITAMAR SILVA, Grupo Eco Santa Marta



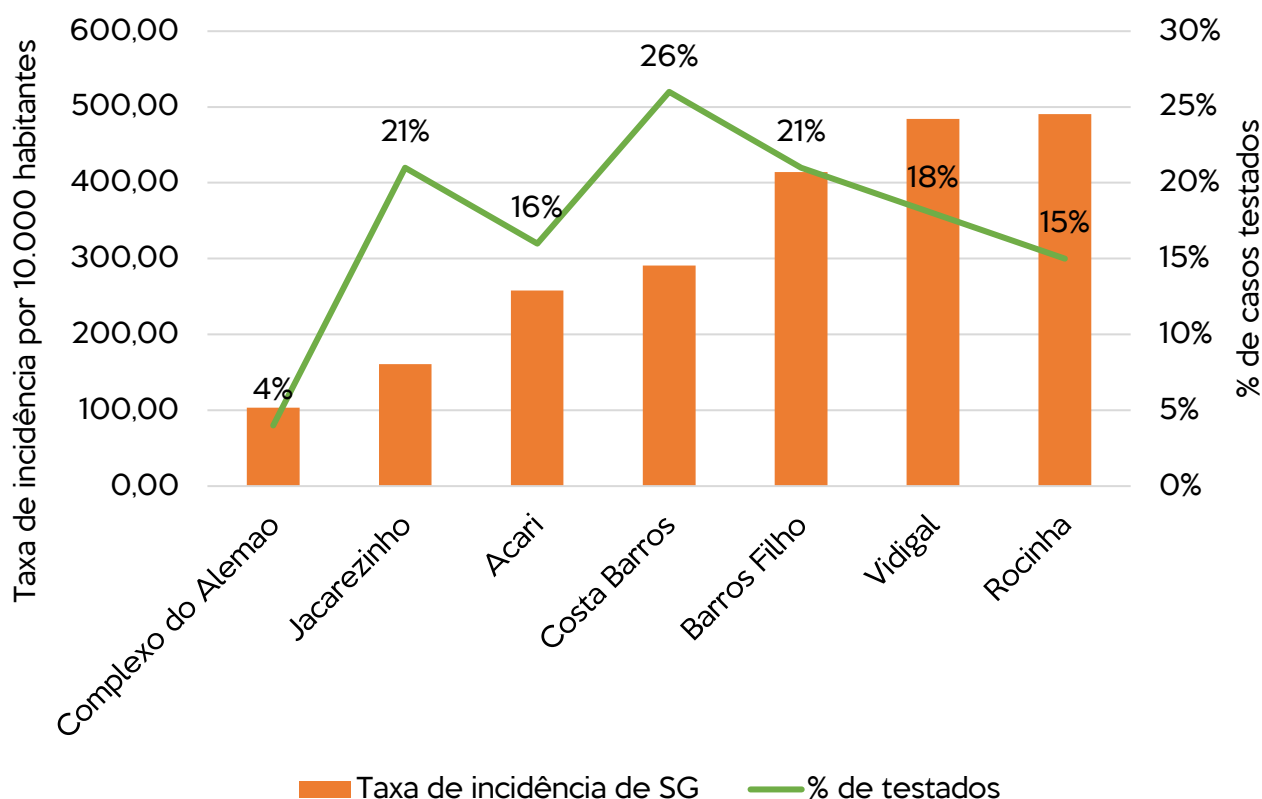
Sobre essa diminuição abrupta que acontece nas notificações de abril para maio de 2020, eu tentei pensar o que estava acontecendo na cidade neste momento e me lembrei dos 'toques de recolher' que foram implantados em muitas comunidades nesse período, talvez tenha desencorajado a população a procurar o serviço de saúde. Na Rocinha tenho quase certeza que ocorreu pois saiu matéria nos jornais.

GABRIEL SILVEIRA, ENSP/Fiocruz



A FIGURA 14 APRESENTA os dados do percentual de casos de SG que foram testados e podemos observar que, em todos os sete bairros, os percentuais ficaram abaixo das médias para bairros Sem Favela e aqueles com Baixa e Mediana Concentração de favelas (**Figura 9**). Apesar da baixa testagem, bairros como Costa Barros, Barros Filho, Vidigal e Rocinha apresentaram taxas de incidência de SG próximas às médias dos bairros classificados como Sem Favelas e de Baixa e Mediana Concentração (**Figura 5**).

FIGURA 14. Taxa de incidência e SG (por 10.000 habitantes) em bairros de Altíssima Concentração de favelas e percentual de casos testados.



Quando analisamos o percentual de testes realizados pelos sete bairros que compõe a categoria Altíssima Concentração de favelas (**Tabela 2**), verificamos uma baixa capacidade de detecção dos casos de Covid-19 naqueles que buscaram atendimento nas unidades de saúde, ou seja, há uma subnotificação porque a unidade de saúde testa um número insuficiente de casos de SG. Há, ainda, a possibilidade de haver subnotificação de SG pela não procura pelos serviços de saúde (**Figura 13**).

Tabela 2. Distribuição percentual de casos de SG positivos para o SARS-CoV2 e casos de SG sem informação sobre a testagem entre os sete bairros classificados com Altíssima Concentração de favelas.

BAIRRO	Número de casos de SG	Número de casos com teste realizado e resultado positivo	Número de casos sem informação sobre a testagem	Percentual de casos positivos entre aqueles testados para o SARS-CoV2	Percentual de casos de SG sem informação sobre a realização ou resultado dos testes para o SARS-CoV2
BARROS FILHO	534	85	424	77,3	79,0
VIDIGAL	576	66	475	65,4	82,0
ROCINHA	4.048	459	3.451	76,9	85,0
COMPLEXO DO ALEMÃO	760	28	726	82,3	96,0
JACAREZINHO	632	96	498	71,6	79,0
COSTA BARROS	903	117	672	50,6	74,0
ACARI	776	74	649	58,3	84,0

ALGUMAS REFLEXÕES

DA MESMA FORMA QUE NOS [Boletins 1](#) e [2](#), os dados apresentados neste boletim evidenciam situações desiguais e injustas no que tange aos cuidados dos/as usuários/as com sinais/sintomas de SG. Em tempos de pandemia, não é incorreto afirmar que a maioria dos casos de SG, atendidos principalmente na Atenção Básica, está relacionado ao SARS-CoV2. Ao contrário dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), testados na sua maioria por conta de normas e rotinas que priorizavam a testagem de pessoas graves, o monitoramento da SG permite acompanhar os casos leves e moderados da Covid-19, que são maioria na evolução da doença.

AQUI TAMBÉM vemos possibilidades de subnotificação e baixa testagem de uma forma desigual, onde os bairros com maior concentração de favelas foram também aqueles que, aparentemente, seguiram as orientações de não procurar as unidades básicas de saúde a não ser em casos graves (subnotificação diferenciada) e aqueles com maior percentual de ausência de informação sobre testagem (testagem diferenciada).

A POUCA TESTAGEM IDENTIFICADA entre os casos de SG faz com que as medidas de prevenção da disseminação do vírus tenham que ser empregadas baseadas em casos suspeitos de acordo com o diagnóstico clínico, o que dificulta a implementação das medidas preventivas, principalmente em áreas de grande aglomeração e áreas onde haja uma concentração de pessoas em empregos

precários que necessitem da confirmação diagnóstica para o afastamento temporário do trabalho. Cabe lembrar que no final de 2020 a prefeitura do Rio de Janeiro iniciou um processo de testagem ampla de SG com PCR nas unidades de atenção básica, o que deve melhorar a qualidade da informação de SG. Entretanto, os dados de SG atualizados com CEP e bairros não estão disponíveis para análise.

É MUITO DIFÍCIL ANALISAR OS DADOS ESPECIFICAMENTE PARA AS FAVELAS e para que tal informação se torne disponível, será preciso um esforço das autoridades para a melhora na qualidade dos dados e estratégias de disponibilização dos dados. Há vários fatores que podem influenciar a alocação dos casos em determinados territórios, entre eles a inexistência de uma ordenação detalhada dos CEP dentro de favelas, a dificuldade com os endereços nesses espaços urbanos e erros de informação na hora de identificar o local de moradia. Há ainda um grave problema para se obter a população atualizada do território, informação fundamental para que se possa estudar as taxas de incidência e mortalidade nessas áreas. A última informação disponível vem do Censo do IBGE de 2010 e ainda não há previsão de atualização. Há outras fontes menos confiáveis de onde podemos coletar informações sobre a população, mas a grande divergência entre elas faz com que tenhamos que lançar mão de estimativas que estão longe de serem perfeitas e podem gerar distorções nos dados. Como exemplo, podemos citar bairros da Região Administrativa de Guaratiba que vem apresentando [grande crescimento demográfico](#) desde 2000. Precisamos ter uma boa atualização dos dados populacionais com um olhar especial para as favelas.

PARA QUE POSSAMOS GERAR APROXIMAÇÕES DAS MEDIDAS EPIDEMIOLÓGICAS EM ÁREAS DE FAVELAS, precisamos criar tipologias que possam dar visibilidade a esse

território. Entretanto, conforme discutido no [Boletim 2](#), a tipologia que utilizamos apresenta limitações. Não apenas em decorrência do uso de bases de dados desatualizadas, mas também porque consideramos o percentual do bairro coberto com favelas. Claramente, grandes bairros da zona Oeste do MRJ que apresentam quantidade expressiva de população em áreas de favelas, podem estar erroneamente classificados em decorrência das extensas áreas territoriais. Reforçamos um ponto discutido no 2º boletim: um bairro que não tem favelas ou que apresenta baixa proporção de favelas NÃO significa que seja um bairro rico e com completo acesso a equipamento urbanos essenciais à vida nas cidades. A ausência de favelas não exclui a possibilidade de presença de outras estruturas urbanas precárias, como os cortiços, ocupações e condomínios precários.

HÁ UMA DIFICULDADE DE SE CONSEGUIR DADOS CONFIÁVEIS e completos em todos os níveis das esferas públicas. Para que pudéssemos ter uma aproximação da realidade da SG e da Covid-19 em áreas de favelas, precisaríamos de, pelos menos, algumas variáveis básicas como sexo, idade/faixa etária, raça/cor, CEP e bairro. Entretanto, não há um banco de dados disponível de SG com todas estas informações. Além disso, o banco disponibilizado pelo Ministério da Saúde por meio do OpenDataSUS continha as variáveis acima citadas até por volta de agosto de 2020, exceto raça/cor que só era disponibilizada em bancos de dados do MRJ para a Covid-19. Sem nenhuma notícia ou informe sobre as razões, o Governo Federal deixou de disponibilizar as variáveis CEP e Bairro dentro do banco de SG e, por isso, limitamos nossas análises neste boletim para o último período que tínhamos disponível com essas variáveis. A ausência destes dados inviabiliza qualquer análise intramunicipal.



É muito importante a gente ter claro que o dado (como raça/cor) existe e que ele não está sendo disponibilizado pelo Ministério da Saúde e isso é muito grave. Isso dá para a gente mobilizar o Ministério Público, me parece que isso é uma invisibilização para que a Ciência e a sociedade civil possam se posicionar.

CARLOS BATISTELLA, EPSJV/Fiocruz



TENTAMOS O ACESSO À INFORMAÇÃO por meio do Serviço de Informações ao Cidadão (SIC) do Governo Federal, mas tivemos nosso pedido de acesso negado com a argumentação de que informações pessoais que possam identificar ou tornar uma pessoa identificável devem ser protegidas. Fomos informados ainda que em outubro de 2019 havia sido liberado um decreto (nº 10.046 de 09/10/2019) que incluía Bairro e CEP entre os atributos biográficos que identificariam uma pessoa não sendo, portanto, passível de cessão. É importante notar que o mesmo decreto afirma que data de nascimento e sexo são igualmente atributos biográficos. Entretanto, os bancos atualmente disponíveis no OpenDataSUS ainda contêm estas duas variáveis. É sempre importante lembrar que até por volta de agosto ou setembro de 2020, as informações de Bairro e CEP (não passíveis de cessão) eram facilmente acessadas pelos bancos disponibilizados pelo mesmo Governo Federal que agora nos informa sobre a proibição da liberação das variáveis de Bairro e CEP.



Isso é proposital, primeiro você muda a metodologia, depois você suprime informação. A gente trabalhou com os dados de raça/cor, pegando Brasil, e, em um dado momento, ficamos sem informação. Porque com esse dado a gente começa a ter um dimensionamento mais apurado desse comportamento desigual da Covid-19.

ROBERTA GONDIM, ENSP/Fiocruz



PELO INFORMADO NA RESPOSTA DO ÓRGÃO FEDERAL responsável, a Constituição Federal protege as informações pessoais que possam identificar alguém no seu artigo 5º - X (“são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente da violação”), mas o mesmo governo federal parece não ter tomado consciência disso até por volta de agosto/setembro de 2020. Embora justificável para dados individualizados em populações pequenas, dificilmente informações de CEP e bairro (e não endereço completo) seriam capazes de identificar uma pessoa, mesmo que acompanhados de sexo, idade e raça/cor (variáveis, é importante dizer, ainda disponíveis nos bancos).



A gente sabe que o preenchimento de raça/cor, de CEP, de bairro não teria nenhuma interferência em questões éticas com relação a identificação das pessoas, então como que a gente poderia se articular para tentar mostrar que isso não deve ser interpretado desta forma?!

RENATA GRACIE, ICICT/Fiocruz



A PRODUÇÃO DESTE BOLETIM EVIDENCIOU o cotidiano de trabalho dos profissionais que estão da Atenção Básica, em especial na “ponta do serviço”. Em primeiro lugar, pode-se frisar que a chegada de testes a estas unidades, por exemplo, não veio acompanhada com uma estrutura adequada para a realização dos mesmos. Soma-se a sobrecarga de trabalho e o esgotamento físico e mental que muitos se encontram, lidando tanto com o trabalho da assistência à saúde (não só da Covid-19, mas também de outros adoecimentos e necessidades de saúde) como também no manuseio e utilização dos distintos sistemas de informações em saúde e instrumentos de registros de dados que no momento da pandemia triplicaram, exigindo destes profissionais o registro

adequado e em tempo oportuno. Dados relevantes para a organização do processo de trabalho na Atenção Básica, mas que só farão sentido enquanto informação que possa ser também utilizada para a qualificação do trabalho e estudos técnicos e não só “enviada” para as distintas fontes de informação.



Estes dados existem e se torna muito cansativo para a gente que está na ponta porque a gente preenche muita coisa, tem muita demanda, nós estamos todos muito esgotados (...) Médico preenche as fichas, daí vem para administração para jogar no e-SUS VE, jogar no GAL, jogar em uma planilha de PCR, jogar para uma planilha da CAP de Covid-19 e jogar para uma planilha interna da gente. Agora, imagina isso com pouco funcionário, unidade lotada, gente com diversas doenças e demandas, além do Covid, porque a gente não recebe só Covid, a gente recebe uma demanda de Saúde Mental imensa aqui no Caju que já está deixando a gente com a nossa saúde mental afetada, nós estamos ficando doente de tanto trabalho, de tanta planilha, de tanta coisinha que não está sendo utilizado para salvar uma vida, porque a gente está preocupado em salvar vidas aqui na ponta. Os dados são importantes, se nós temos um prontuário eletrônico, então deveria tirar tudo do prontuário eletrônico, não sendo necessário ter tanto desgaste físico em diversas planilhas. Saímos oito, nove horas da noite e ninguém tá vendo isso, o trabalho e o desgaste da gente da ponta (...) fora o sistema de informação que fica sobrecarregado porque é muita gente usando e demora para lançar os dados, tem que chegar mais cedo ou sair mais tarde para lançar os dados.

PROFISSIONAL DE SAÚDE DA ESF



SE A FORMA COMO A INFORMAÇÃO EM SAÚDE está organizada não permite análises epidemiológicas para determinados grupos sociais e territórios, ela deve ser repensada e reestruturada. Afinal, é importante lembrar que informação em saúde é DIREITO.

EXPEDIENTE

ELABORAÇÃO:

André RS Périssé (ENSP/Fiocruz) – aperisse@ensp.fiocruz.br

Bianca Leandro (EPSJV/Fiocruz) – bianca.leandro@fiocruz.br

Camila Genaro (Unicamp) - camilagestevam@gmail.com

José Wellington (ENSP/Fiocruz) – josewellingtongomesaraujo@gmail.com

Jussara Angelo (ENSP/Fiocruz) - jussara.angelo@ensp.fiocruz.br

COLABORAÇÃO:

Carlos Batistella – EPSJV/Fiocruz

Christovam Barcellos - ICICT/Fiocruz

Gabriel Silveira – ENSP/Fiocruz

Itamar Silva – Grupo Eco Santa Martha

Júlia Tavares – Produtora Cultural no Caju

Luciene França – Centro Comunitário Irmãos Kennedy

Melissa Cannabrava – Voz das Comunidades

Profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF)

Renata Gracie – ICICT/Fiocruz

Roberta Gondim – ENSP/Fiocruz

PROJETO GRÁFICO:

Paulo Alan Deslandes Fragoso (Designer)

FOTOGRAFIAS:

Renato Moura (Voz das Comunidades),

DiCampana Foto Coletivo

DATA DE PUBLICAÇÃO:

11 DE FEVEREIRO DE 2021



**PUBLICAÇÃO
DIGITAL**