

O Brasil Seis Meses após a Declaração da Covid-19 como Pandemia Global

Carlos Machado de Freitas, Christovam Barcellos, Daniel Antunes Maciel Villela, Margareth Crisóstomo Portela, Lenice Costa Reis, Gustavo Corrêa Matta, André Périssé, Bianca Leandro, Carlos Eduardo Batistella, Fábio Araújo, Jussara Ângelo, Renata de Saldanha da Gama Gracie Carrijo, Roberta Gondim de Oliveira, Ana Lúcia Pontes, Andrey Cardoso, Ricardo Ventura Santos, André Luiz da Silva Lima, José Leonídio Madureira e Mariane Martins

Desde a declaração da Covid-19 como uma pandemia, em 11 de março, passaram-se mais de 30 semanas epidemiológicas. O Brasil, país continental, heterogêneo e desigual, registrou no período mais de 150 mil óbitos e de 5 milhões de casos, tornando-se um dos países a sofrer o maior impacto.

A pandemia de Covid-19 teve diversas repercussões em vários países e, também, em regiões e estados brasileiros. Pode-se afirmar que se constitui em um fenômeno complexo, como múltiplas epidemias, dadas as suas manifestações em diferentes contextos socio sanitários e geopolíticos.

Neste capítulo apresentamos um balanço deste período, tendo como base o Boletim Especial de 6 meses da pandemia no Brasil (Fiocruz, 2020), um dos resultados dos trabalhos realizados no âmbito do Observatório Covid-19 Fiocruz (2020), que integra o conjunto de ações da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em resposta à enfermidade nas suas mais variadas áreas. A criação do Observatório Covid-19 é parte da resposta da Fiocruz à sua missão institucional de produzir, disseminar e compartilhar conhecimentos voltados para o fortalecimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que contribuam para a promoção da saúde, a qualidade de vida da população brasileira e para a redução das desigualdades sociais, tendo a defesa do direito à saúde e da cidadania ampla como valores centrais.

Tendo como referência a Constituição de 1988 e a complexidade do enfrentamento à Covid-19 no Brasil, é imperativo ampliar e fortalecer políticas públicas e ações do Estado orientadas para a justiça social no enfrentamento da crise sanitária, econômica e social. Tais políticas e ações devem estar sintonizadas com os objetivos fundamentais de uma

sociedade justa e solidária, e com um modelo de desenvolvimento que combine erradicação da pobreza, redução das desigualdades sociais e promoção do bem-estar de todos.

Nessa perspectiva, as breves análises apresentadas neste capítulo incluem a evolução da pandemia com base em alguns indicadores e temas selecionados, envolvendo dois grandes grupos. O primeiro está relacionado à organização dos serviços de saúde, à qualidade do cuidado e à segurança do paciente, bem como à saúde dos trabalhadores da saúde. O segundo está relacionado às desigualdades sociais, raciais e étnicas, expressas em maiores impactos da Covid-19 nas populações que vivem nas favelas e nas populações indígenas, por exemplo.

EVOLUÇÃO DE CASOS E ÓBITOS POR COVID-19 NO BRASIL E NO MUNDO

A pandemia de Covid-19 teve diferentes repercussões entre os vários países e, também, entre regiões e estados da federação brasileira. Pode-se afirmar que se constitui em um fenômeno complexo, como múltiplas epidemias, dadas as suas manifestações em diferentes contextos socio sanitários e geopolíticos.

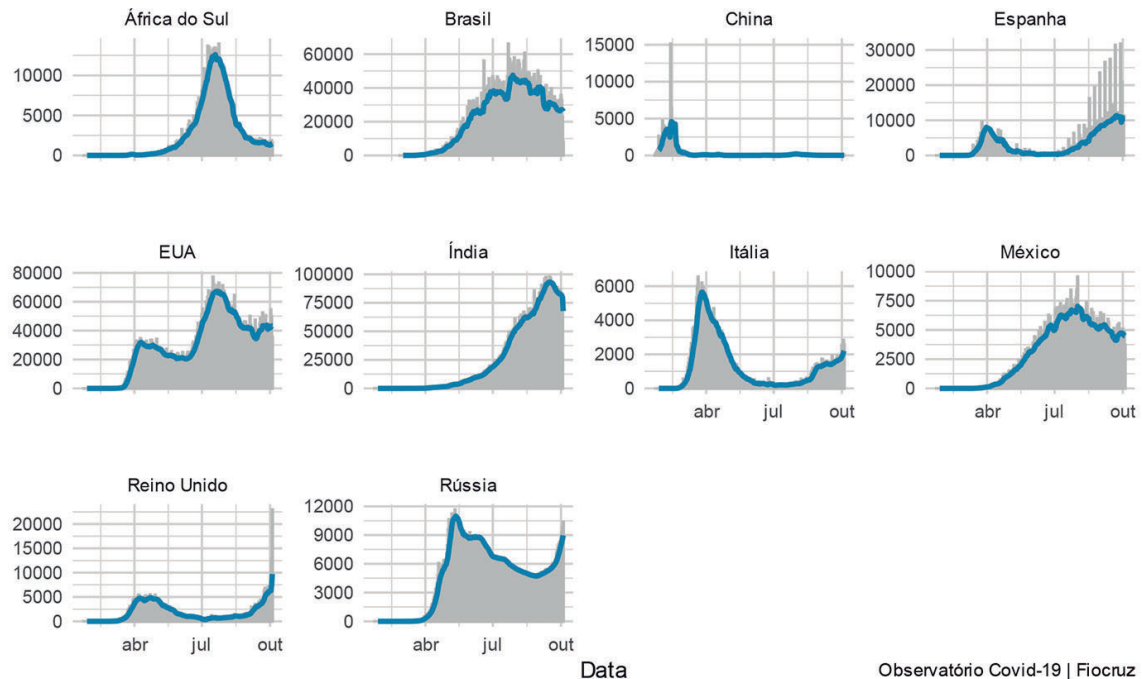
As curvas de evolução de casos e de óbitos no Brasil, desde o início da pandemia, apresentaram padrão diferente daquele dos outros países que já se encontravam em um estágio avançado de transmissão comunitária do vírus Sars-CoV-2. De modo a oferecer uma comparação entre esses padrões distintos até a 40ª semana epidemiológica (de 27/09 a 03/10/2020), apresentamos, em um primeiro momento, a situação do Brasil comparada com a de outros países, para em seguida apresentar a situação da evolução nos estados brasileiros.

Tanto na Ásia (China, por exemplo) quanto na Europa (Itália, Espanha e Reino Unido, por exemplo) verificou-se rápido aumento no número de casos e de óbitos, que atingiu seu valor máximo (pico) em março ou abril, após produzir forte impacto nesses países (cerca de 150 mil óbitos na Ásia e 225 mil na Europa, segundo dados do [Our World in Data](#)). A partir de março, observou-se uma tendência de redução lenta no número de casos e a ocorrência de surtos mais localizados (Gráficos 1).

Gráficos I – Casos e óbitos em países selecionados, totais diários e média móvel

Casos em países selecionados, totais diários e média móvel

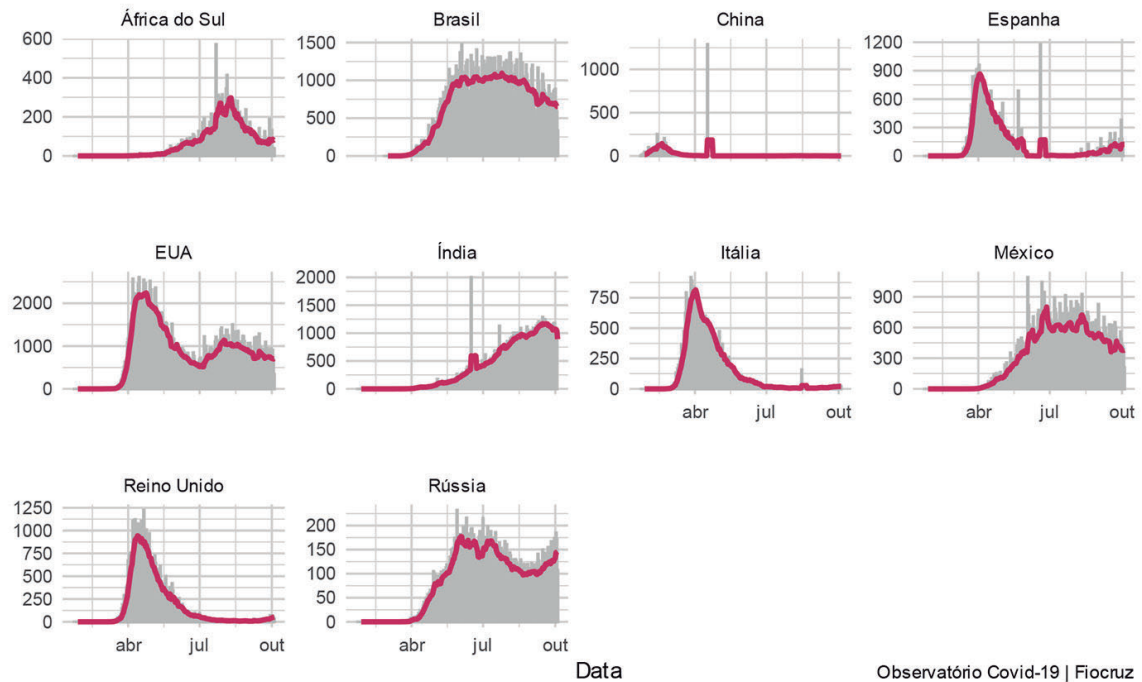
Semanas 11 a 40



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Óbitos em países selecionados, totais diários e média móvel

Semanas 11 a 40



Observatório Covid-19 | Fiocruz

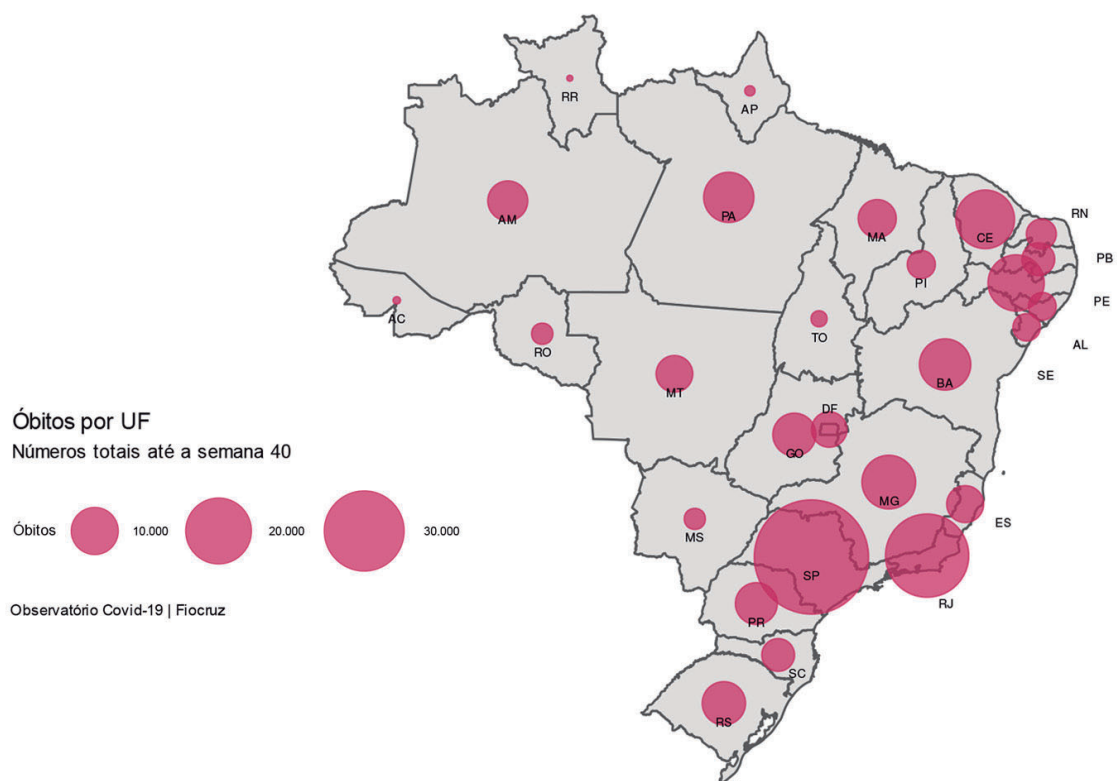
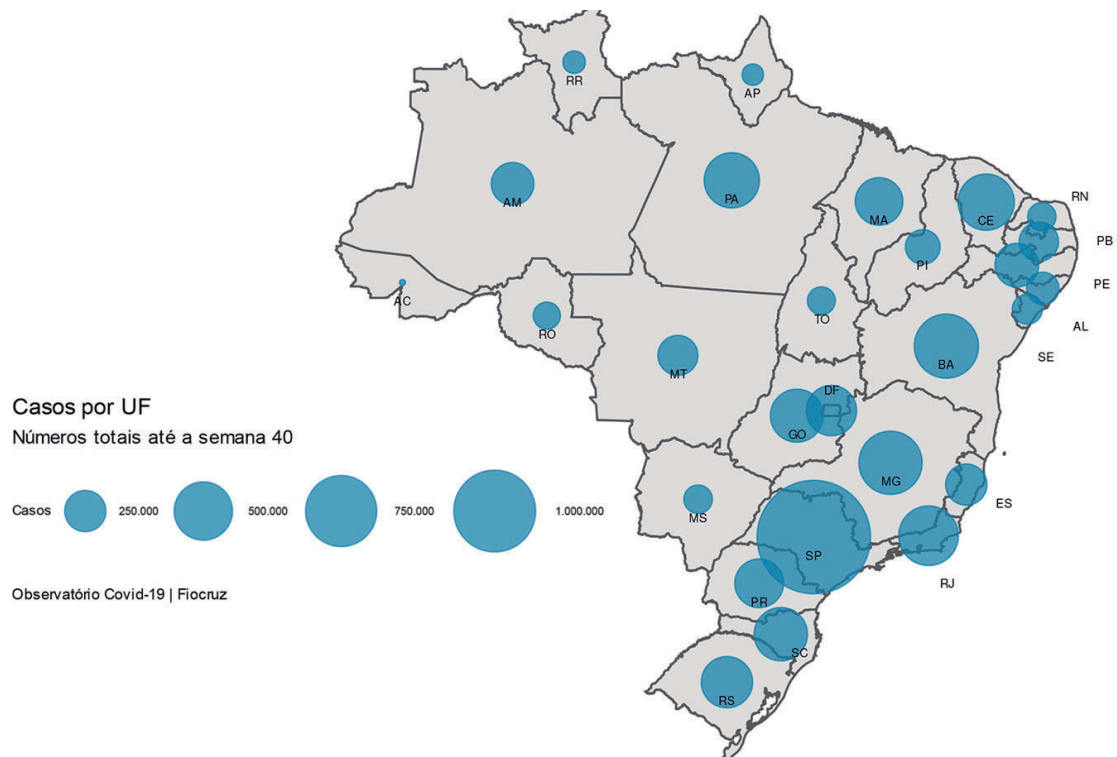
No Brasil, em comparação com o que ocorreu na Europa e Ásia, observou-se um lento processo de aumento do número de casos e óbitos, com defasagem de duas ou três semanas entre esses eventos, e a formação de um extenso patamar de transmissão desde junho, com ligeira tendência de queda em setembro. O país apresentou um padrão de curva de evolução de casos e de óbitos similar ao do México.

Em termos globais, o Brasil passou a ocupar o segundo lugar em número de casos a partir de maio e em número de óbitos a partir de junho, estando, junto com Estados Unidos da América (EUA) e Índia, entre os três países com mais casos e óbitos totais. Dos países que integram o Brics, Brasil e Índia são os que acumulam maiores números de casos e óbitos. E, quando se combinam taxas de incidência e de mortalidade, vê-se que Brasil e EUA se destacam muito em relação aos outros países, apresentando um padrão muito próximo. Vale notar que nesses países, como Brasil, EUA e Rússia, de dimensões continentais, a epidemia não teve necessariamente epicentros simultâneos, o que explica patamares constantes e segundas ondas prematuras. Observa-se que os países da Europa, passado o verão, vivem um processo de nova onda de casos, mas com letalidade menor que a verificada na primeira onda.

Passados pouco mais de seis meses de declaração da Covid-19 como pandemia global, o Brasil acumula um número de casos de aproximadamente 5 milhões e quase 150 mil óbitos reportados ao Ministério da Saúde. A permanência da pandemia nos próximos meses pode acrescentar algumas dezenas de milhares de novos óbitos no país.

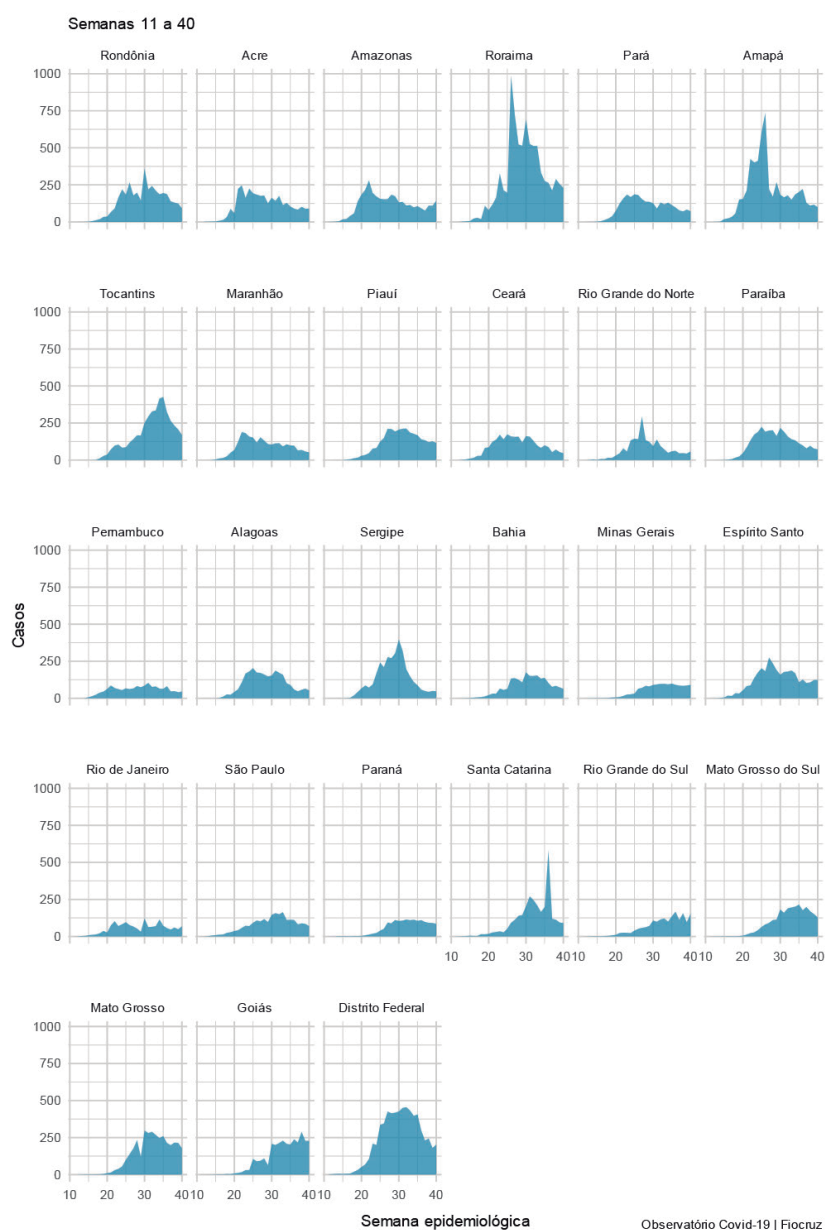
A pandemia atingiu todos os estados e o Distrito Federal, com alguns destes acumulando grande número de casos e óbitos, como demonstra o mapa do país no qual o tamanho dos círculos representa a dimensão do impacto (Mapas 1). Os estados que ao longo destes seis meses apresentaram o maior número de óbitos foram São Paulo (36.000), Rio de Janeiro (18.800), Ceará (9.000), Pernambuco (8.000) e Pará (6.600), também as primeiras áreas atingidas pela entrada e disseminação do vírus, bem como Bahia (7.000) e Minas Gerais (7.700), de evolução mais recente. Outros estados, como Rio Grande do Sul (5.000), Goiás (5.000), Paraná (4.600) e Mato Grosso (3.500), ainda apresentam tendências à elevação do número de óbitos e à manutenção de altas taxas de transmissão, o que constitui um alerta para o sistema de saúde das regiões Sul e Centro-Oeste do país.

Mapas I – Totais dos casos e óbitos

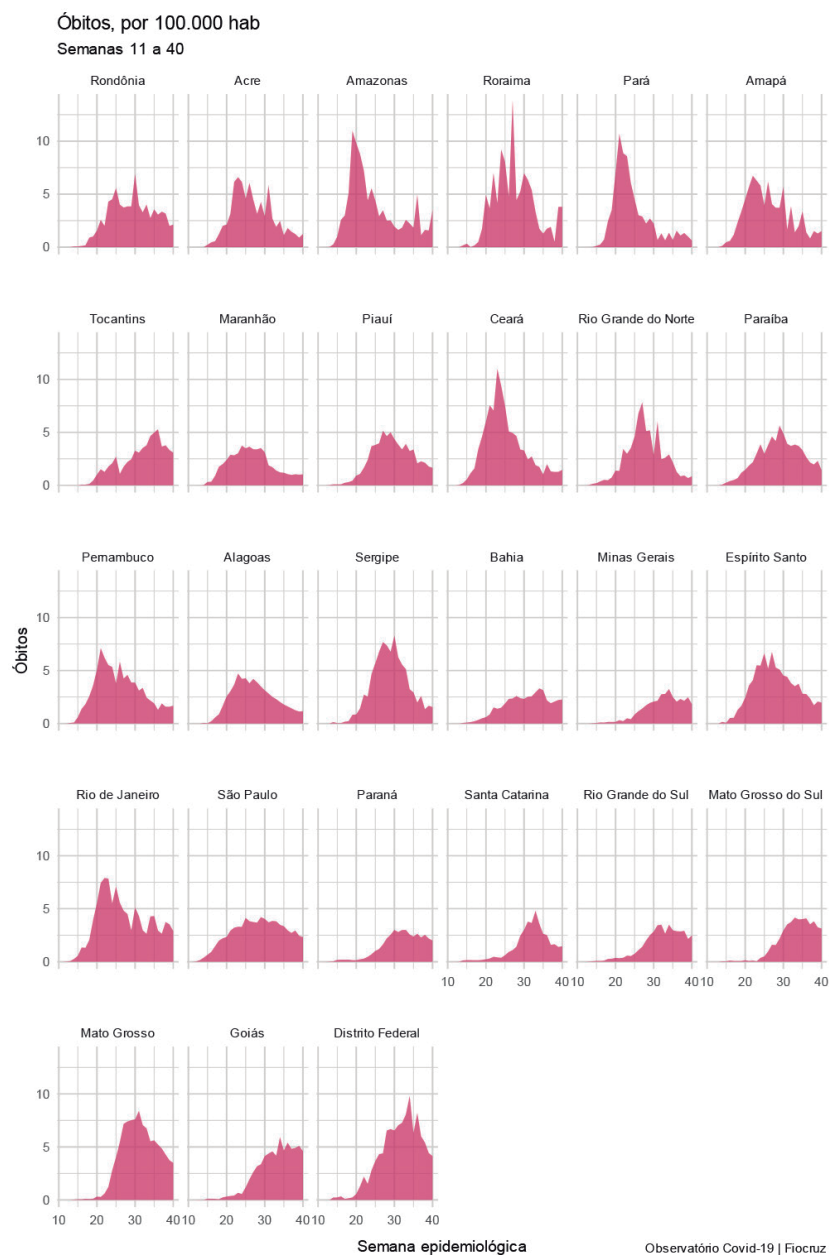


Dentro do país, a evolução do número de casos e de óbitos por 100 mil habitantes (taxa de incidência e de mortalidade) nos estados e no Distrito Federal apresentou, desde o início, um padrão bastante heterogêneo de evolução ao longo do tempo (Gráficos 2). As taxas de incidência e de mortalidade nos estados envolvem uma combinação de fatores, tais como o nível de desenvolvimento socioeconômico, as condições de diagnóstico (incluindo testes) e assistência aos sintomáticos, bem como as capacidades de prevenção e controle da transmissão do vírus e da doença por meio do conjunto de medidas não farmacológicas.

Gráficos 2 – Evolução dos casos e de mortalidade por 100 mil habitantes

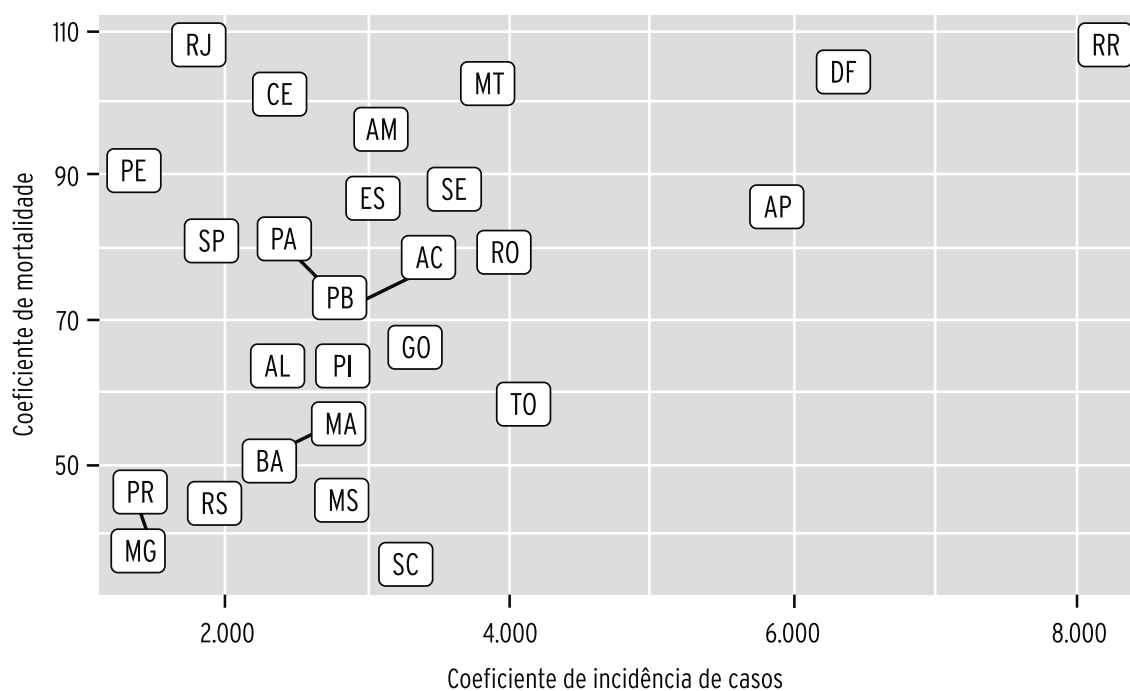


Gráficos 2 – Evolução dos casos e óbitos por 100 mil habitantes (continuação)



Alguns estados vêm mantendo altas taxas de mortalidade e de incidência, como Roraima, Amapá e Distrito Federal. Nos dois primeiros casos, foi observada também elevada mortalidade hospitalar. Rio de Janeiro, Pernambuco e Ceará apresentam alta letalidade, enquanto Santa Catarina tem mantido baixa letalidade, o que pode estar relacionado à organização do sistema de vigilância e atenção à saúde no enfrentamento da pandemia (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Coeficiente de incidência e de mortalidade por 100 mil habitantes



É importante ressaltar que para o conjunto de registros de casos e óbitos por Covid-19 no Brasil há uma defasagem entre a ocorrência dos eventos (primeiros sintomas da doença, testagem, hospitalização e óbito) e sua divulgação pelas secretarias de Saúde e consolidação dos painéis nacionais. Esse atraso pode não só causar a subestimação de casos e óbitos nas últimas semanas analisadas, como também modificar o formato da curva de monitoramento, levando a interpretações extemporâneas sobre a dinâmica da epidemia em cada estado e no Distrito Federal. Essa defasagem tem implicações diretas sobre a organização e resposta da assistência aos sintomáticos, bem como sobre as capacidades de prevenção e controle da transmissão do vírus e da doença por meio do conjunto de medidas não farmacológicas.

Na análise da evolução, observa-se que o valor máximo do número de casos (pico) ocorreu no Brasil em maio, seguido de um patamar alto que perdura até setembro, quando se observa ligeira tendência de diminuição no número de casos e óbitos, que, se prolongada, pode manter a transmissão da doença nos próximos meses, ou mesmo representar risco de ocorrência de surtos localizados.

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: BALANÇO E PERSPECTIVAS

Se por um lado a disponibilidade de um sistema universal de saúde capilarizado propiciou o acesso a serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade a uma parte expressiva da população brasileira acometida pela Covid-19, por outro a pandemia expôs fragilidades desse sistema, acumuladas em função do subfinanciamento e de problemas de gestão. O diagnóstico inicial da capacidade instalada no país para o atendimento de pacientes graves de Covid-19, demandando estruturas de cuidado complexas, estampou grandes desigualdades entre as regiões e forte concentração de recursos voltados para o setor da saúde suplementar em áreas específicas, com proporções elevadas de beneficiários de planos de saúde. Mostrou-se gritante a diferença entre a disponibilidade de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI) para atender os 75% de cidadãos brasileiros dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os 25% portadores de planos de saúde. Ainda assim, a hipótese de o setor privado ampliar a capacidade do SUS, defendida por muitos especialistas, foi vencida por forte resistência do setor e de agentes públicos.

A falta de uma coordenação nacional para mitigar desigualdades e otimizar processos de compras de equipamentos e insumos necessários, em um cenário de grande competição global, levou estados e municípios a implementarem suas próprias soluções, muitas vezes competindo entre si. Pecou-se com frequência pelo investimento em estruturas temporárias contra o fortalecimento de estruturas permanentes do SUS. No entanto, não poderíamos deixar de destacar o crescimento, desde fevereiro, do número de leitos de UTI para adultos existentes no país, que passaram de 30.774 para 52.911 (71,9%); de respiradores/ventiladores em uso, de 61.772 para 78.137 (26,5%); e de tomógrafos em uso, de 4.883 para 5.191 (6,3%). Neste início de outubro, 20.772 (39,3%) dos 52.911 leitos de UTI para adultos existentes estão classificados como leitos para síndrome respiratória aguda grave (Sars) ou Covid-19 (código 51), categoria incorporada pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) por conta da pandemia.

Considerando que a maioria dos pacientes com Covid-19 não precisa de internação, é também importante sublinhar que faltou investimento na atenção primária à saúde (APS) e na sua integração com a vigilância em saúde, além da ampliação da testagem da população para que se pudesse implementar ações mais efetivas de isolamento.

Os resultados até aqui revelam graves problemas no desempenho do sistema de saúde, com elevada mortalidade por Covid-19, denotando problemas de acesso e baixa capacidade de integração da rede de serviços. Parte das estruturas adicionadas

ao sistema foram implementadas com atraso, tendo importantes cidades brasileiras experimentado evidente sobrecarga sobre o sistema de saúde. Em consequência, foram registradas muitas mortes em domicílios, em unidades de saúde ambulatoriais e em hospitalizações de somente um dia ou menos de 24 horas, revelando dificuldades de acesso ao cuidado requerido em tempo adequado. Somam-se a esse cenário as imensas iniquidades entre grupos populacionais e regiões, indo além do acesso e transbordando para a qualidade do cuidado de saúde em si e para as chances de bons resultados.

Com esse panorama, entretanto, não se pode deixar de reconhecer o aprendizado que vem se consolidando. À parte as polêmicas em torno de alternativas terapêuticas não sustentadas por evidências científicas, houve melhora substantiva no manuseio clínico dos pacientes, com destaque para os protocolos de tratamento de casos graves. Também tem se imposto a necessidade de valorização de uma perspectiva sistêmica para lidar com problemas complexos, o que pode vir a ser um importante legado.

Um indicador que pode apontar as falhas, dificuldades e adaptações da rede de serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia é a taxa de letalidade (Gráfico 4). No início da pandemia, esses valores oscilavam em torno de 12%, o que é considerado alto para uma doença infecciosa. No decorrer do tempo, diminuíram consideravelmente em quase todos os estados, com exceção do Rio de Janeiro (7%) e Pernambuco (6%). Chama a atenção positivamente o estado de Santa Catarina, que tem mantido valores baixos de letalidade, provavelmente em razão de melhor organização do sistema de vigilância e atenção à saúde. No Brasil como um todo, nos últimos meses a taxa de letalidade tem se mantido em torno de 3%, revelando que para cada 100 pessoas infectadas, cerca de três falecem. Obviamente, o número de casos da doença e dos infectados pelo vírus depende da quantidade de testes de diagnóstico realizados ou do seu diagnóstico clínico. A desproporção entre óbitos e casos registrados revela, portanto, falhas em todo o sistema de saúde, em sua capacidade laboratorial, nas ações de vigilância em saúde e na integração entre atenção primária e serviços de alta complexidade.

Gráfico 4 – Letalidade por Covid-19 no Brasil



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Prospectivamente, não se pode perder o foco no aprimoramento da capacidade de resposta aos desafios que ainda podem advir da Covid-19 e, eventualmente, outras condições que podem emergir. É possível que o sistema ainda tenha de experimentar momentos de expansão e retração para lidar com as demandas de serviços postas pela pandemia.

O fortalecimento do SUS – envolvendo a melhoria de suas estruturas e capacitação e valorização dos seus profissionais – deve ser perseguido como único caminho para o atendimento das necessidades de saúde do conjunto da população brasileira. A capacidade da rede de serviços de saúde de produzir os melhores resultados requer que esteja centrada nas pessoas/pacientes e depende da integração entre uma atenção primária à saúde resolutiva, a vigilância em saúde e os serviços de complexidade intermediária e alta, de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Para tal integração, fazem-se necessários sistemas de informação eletrônicos, mecanismos reguladores da transição de pacientes entre pontos de atenção e transporte sanitário adequado. O aumento do volume de recursos financeiros é imprescindível, devendo se constituir em pauta fundamental para a melhoria do desempenho do SUS, da qualidade do cuidado de saúde oferecido e da qualidade de vida da população brasileira.

QUALIDADE DO CUIDADO E SEGURANÇA DOS PACIENTES E A SITUAÇÃO DA MORTE MATERNA NA PANDEMIA

A pandemia causada pelo novo coronavírus (Sars-CoV-2) representou grande ameaça à qualidade do cuidado prestado e à segurança do paciente, em todo o mundo. Não foi diferente no Brasil, que apresentou, ao final de março de 2020, aumento expressivo da demanda por assistência à saúde. Esse aumento, em curto tempo, gerou sobrecarga nos serviços de saúde e para seus trabalhadores. Rotinas, fluxos e protocolos precisaram ser rapidamente revistos e novos leitos providenciados. Mudanças dessa natureza têm impacto sobre a qualidade, em especial pela rapidez com que precisam ser adotadas, sem que haja tempo para a capacitação de profissionais.

Houve dificuldades para adotar medidas de prevenção e controle de infecções. Além da escassez de materiais, em especial dos equipamentos de proteção individual (EPIs), o espaço físico de muitas unidades de saúde não permite a adequada separação de áreas dedicadas a pacientes com Covid-19 ou mesmo a manutenção do distanciamento recomendado.

Por se tratar de um agente desconhecido, no início da pandemia pouco se sabia sobre a fisiopatologia da doença, que ainda hoje não está completamente elucidada. Isso resultou em dificuldades para o diagnóstico e avaliação dos casos por meio de

marcadores clínicos e laboratoriais e para a adoção de intervenções terapêuticas eficazes, havendo embates sobre o uso de diversos medicamentos sem comprovação de eficácia e cujo perfil de segurança recomendava cautela em seu uso.

Órgãos do governo, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), instituições de ensino e pesquisa, e associações de profissionais produziram diversos materiais para orientação sobre práticas seguras tanto para os trabalhadores da saúde quanto para a população em geral. São manuais, notas técnicas, protocolos e vídeos voltados para o controle e a prevenção da doença em diferentes ambientes, abarcando tanto serviços de saúde como hospitais e instituições de longa permanência. Assim, as medidas de precaução foram atualizadas e ganharam ampla divulgação, nas unidades de saúde hoje todos lavam as mãos e usam luvas e máscara ao ter contato com os pacientes.

Os impactos da Covid-19 na qualidade do cuidado e na segurança do paciente podem ser percebidos em várias áreas, mas há uma situação que se revela muito preocupante: o aumento da mortalidade materna no Brasil durante esse período. Inicialmente, a população obstétrica não foi considerada de risco para Covid-19, o que levou a que este grupo não fosse testado. Além disso, houve, por medo do contágio, o adiamento de exames e de consultas, o que implicou demora em identificar problemas mais precocemente. A ocorrência de óbitos em gestantes e puérperas acometidas pela Covid-19 logo começou a chamar a atenção dos profissionais, gestores e pesquisadores no país, inclusive com a publicação de vários artigos científicos. Em seguida, foram publicados relatórios pela Suécia, Irã, México, Reino Unido e EUA apontando casos graves e mortes em gestantes e puérperas (Nakamura-Pereira *et al.*, 2020). No meio do mês de abril, o Ministério da Saúde (MS) passou a considerar esse grupo como de risco. Até meados de julho foram reportados 2.475 casos de Covid-19 em gestantes e puérperas, 8,2% (202) das quais morreram. Entre essas, 5,9% (12) não haviam sido hospitalizadas, 39,7% (80) não foram internadas em UTI, 42,6% (86) não receberam ventilação mecânica e 25,5% (51) não tiveram acesso a suporte respiratório.

A análise desses dados mostrou que a etnia negra e morar em área periurbana, sem acesso à Estratégia Saúde da Família, estavam associados a um risco aumentado de resultados adversos. Esses dados indicam as desigualdades e dificuldades de acesso a serviços com atenção especializada e monitoramento adequado das complicações obstétricas (Menezes *et al.*, 2020).

A SITUAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DIANTE DA COVID-19

Ao longo da evolução da pandemia de Covid-19, tornou-se evidente que um dos grupos de maior risco de adoecimento era o de trabalhadores da área da saúde. Além do contato direto e da exposição a altas cargas virais, a sobrecarga de trabalho e as mudanças de protocolos e rotinas, em um contexto de escassez de EPIs adequados, objeto de preocupação em todo o mundo, deixam esse grupo mais vulnerável. Em nosso país, esse foi um problema grave, objeto de denúncias aos conselhos profissionais. Outro fator relevante, que aumentou a exposição desse grupo, foi a ampliação da oferta de leitos por meio de hospitais de campanha, muitos sem estrutura adequada e sem equipes treinadas, ampliando o risco de exposição ao vírus e ao estresse.

A China, onde a pandemia teve início, reportou que 3.300 profissionais da saúde foram infectados, mas países europeus indicam números muito maiores. Em início de julho de 2020, dados de apenas nove países (Dinamarca, Alemanha, Hungria, Irlanda, Itália, Rússia, Espanha, Turquia e Ucrânia) mostraram que mais de 150 mil profissionais da saúde já haviam sido infectados pelo vírus Sars-CoV-2 (EPSU, 2020).

Diante do aumento de casos e mortes por Covid-19 entre profissionais da saúde na Região das Américas, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) publicou um alerta aos governos sobre a necessidade de fortalecer a capacidade de serviços de saúde em todos os níveis e de que providenciassem EPIs e treinamento para todos.

No Brasil, os dados variam de acordo com as fontes. Segundo o Observatório do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), em 4 de outubro de 2020 havia registro de 40.608 casos e 441 óbitos entre seus profissionais (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem). As mulheres respondem por 85% dos casos e 63% dos óbitos; destaque-se que elas são 85% da força de trabalho desse segmento. Os óbitos ocorreram com maior frequência nas faixas etárias acima de 41 anos, mas os casos se concentraram na faixa de 31 a 40 anos.

O Boletim Epidemiológico (BE) dedicado à Covid-19 publicado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde trouxe, em 3 de abril, alertas sobre a exposição dos trabalhadores da área da saúde. A partir do BE nº 16 (Semana Epidemiológica 21, de 18 de maio), os registros de casos relativos aos trabalhadores da saúde passam a ser apresentados. Àquela época, havia registro de 31.790 casos confirmados nesse segmento de trabalhadores: 14.831 (46,7%) em São Paulo, 4.451 (14%) no Rio de Janeiro, 1.669 (5,3%) no Ceará, 1.257 (4%), no Amazonas e 1.174 (3,7%) na Bahia.

Até o dia 26 de setembro, haviam sido notificados 1.301.066 casos de síndrome gripal suspeitos de Covid-19 em trabalhadores da saúde e confirmados 322.178 casos

para a doença (24,8%). Os mais acometidos são os técnicos/auxiliares de enfermagem (109.955; 34,1%), enfermeiros (47.339; 14,7%), médicos (33.032; 10,3%), agentes comunitários de saúde (16.546; 5,1%), recepcionistas de unidades de saúde (14.024; 4,4%) e fisioterapeutas (8.594; 2,7%), que têm tido forte atuação nas UTIs.

Vale lembrar que, embora não haja dados disponíveis até o momento, diversas publicações e relatos chamam a atenção para as questões relacionadas à saúde mental, como ansiedade, depressão e distúrbios do sono, que têm afetado esse grupo de trabalhadores.

COVID-19 NAS FAVELAS

Uma primeira e necessária observação sobre o comportamento da doença nas favelas é o reconhecimento de que o espaço urbano é desigual. Nas áreas onde a pobreza urbana é mais acentuada, o novo coronavírus avança de forma mais rápida. Isso porque esses territórios não contam com políticas públicas de qualidade que deem suporte à proteção coletiva. Além disso, em países marcados pelas desigualdades sociais, como o Brasil, a pobreza cresce de modo ampliado, não apenas formando novas periferias, mas também adensando as antigas. As condições de vida nos espaços periféricos urbanos dificultam a adoção de estratégias individuais de prevenção por parte da população, largamente difundidas nas orientações de controle da Covid-19, como o distanciamento social.

Diante da insuficiência/falta de políticas de proteção social, esses territórios têm se caracterizado pela alta densidade de habitações, marcadas pela autoconstrução e autonomia em relação às normas de regulação urbanística, sem regularidade fundiária oficial e com acesso insuficiente ao saneamento básico. Em decorrência das características sociais e ambientais desses espaços, bem como das dificuldades dos serviços de saúde, a ocorrência da Covid-19, a gravidade dos casos e a letalidade da doença apresentam 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 entre seus moradores. Isso porque grande contingente populacional de moradores de favelas são trabalhadores informais. Muitos deles perderam suas fontes de renda e outros são impossibilitados de realizar o isolamento, o que acelera ainda mais a velocidade do contágio.

Além dos desafios históricos relacionadas às moradias com pouca ventilação, pouca iluminação e pouco espaço, e à 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 na posição de país com mais anos de vida perdidos pela violência (Sawaya *et al.*, 2018).

As análises sobre a situação da Covid-19 nas favelas do município do Rio de Janeiro, que constam do informativo Boletim Socioepidemiológico (Angelo, 2020), foram feitas com base nos dados oficiais da prefeitura, em dados produzidos por movimentos organizados e naqueles disponibilizados pelas unidades básicas de saúde. Encontrou-se imensa dificuldade em realizar análises específicas das favelas, cuja realidade é invisibilizada em razão da ausência/diluição de dados, já que estes são agregados pelo bairro ou pelo CEP.

Esse cenário impôs análises mais acuradas sobre alguns fenômenos, como as taxas de incidência da Covid-19 maiores nos bairros sem favelas ou com baixa concentração de favelas, respectivamente 115,58 por 10.000 habitantes e 74,98 por 10.000 habitantes (ambas acima da média do Rio de Janeiro, de 70,71 por 10.000 habitantes), quando comparados aos bairros classificados como de “altíssima concentração” de favelas, cujas taxas de incidência até junho de 2020 eram de 24,94 por 10.000 habitantes. Essa situação pôde ser em parte explicada pelo reduzido acesso à testagem pelas populações desses territórios.

A exclusividade do critério laboratorial (até o mês de junho) para a confirmação de casos de Covid-19 e a restrição dos testes aos casos graves que necessitavam de internação configuraram um contexto de baixa testagem nos serviços públicos de saúde. Isso trouxe dificuldades para a mensuração da magnitude da doença nos espaços periféricos, onde a população é, em sua maioria, usuária do SUS.

Apesar da subnotificação e dos limites na produção de informações específicas sobre as favelas, o acompanhamento das taxas de incidência de Covid-19 mostra a periferização da doença: em março, início da pandemia, as maiores taxas de incidência foram encontradas em bairros da zona sul, com maior poder aquisitivo. Entretanto, no decorrer dos meses seguintes, a incidência da doença apresentou maior expressão entre os bairros periféricos. Apesar do esforço do serviço de saúde no processo de vigilância de óbitos suspeitos por Covid-19, muitas pessoas morrem sem terem realizado o teste e outras têm a causa do óbito indefinida. A elevação dos óbitos domiciliares é outro indicador importante para a análise das taxas de mortalidade.

Corroborando com essa análise, vê-se que os bairros com alta e altíssima concentração de favelas apresentam maior letalidade (19,47%), o dobro em relação aos bairros considerados “sem favelas” (9,23%), o que indica tanto a falta de acesso ao diagnóstico em tempo adequado como problemas de acesso aos serviços de saúde de maior complexidade assistencial. Territórios como Complexo do Alemão, Costa Barros e Jacarezinho apresentaram as maiores taxas de letalidade observadas, respectivamente 45%, 22,69% e 22,22%. A taxa de letalidade na cidade do Rio de Janeiro ficou em 11,73%.

O comportamento desigual da doença na cidade também reitera as desigualdades raciais, expressas pelo maior número de óbitos na população negra. A melhora na informação do quesito raça/cor – observada da primeira para a segunda edição do Boletim Socioepidemiológico – resultou da obrigatoriedade no preenchimento por autodeclaração desse campo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Ação do Ministério Público Federal, a medida foi fruto da intensa mobilização de associações e movimentos sociais, com destaque para os movimentos negros, que denunciaram a invisibilidade de negros e indígenas como um obstáculo à promoção da equidade em saúde. De fato, já no segundo boletim (julho e setembro) é possível observar que as taxas de incidência, de mortalidade e de letalidade por Covid-19 no município foram maiores na população negra. O percentual de óbitos por Covid-19 segundo raça/cor nesse período foi de 48,2% em negros, 31,12% em brancos, porém ainda há 20,15% de não informados segundo esse quesito. O percentual de casos em negros é de 44,6%, em brancos de 37,04%, em amarelos de 3,99%, em indígenas de 0,17%, e os ignorados são 14,19%. Essa doença retrata as bases de nosso racismo estrutural, expresso na imensa vulnerabilização e precarização de vidas negras.

O monitoramento ativo de fontes não oficiais – mídias, redes sociais e contato direto com moradores, coletivos e articuladores locais – trouxe à tona diversas situações que vulnerabilizam ainda mais a população desses territórios, como a precariedade no acesso aos serviços de saúde; a realização de operações policiais em favelas durante a pandemia, a despeito da legislação vigente; a falta de abastecimento de água; as remoções de moradores de suas casas; as mortes no domicílio constatadas por pesquisa comunitária; as diversas situações de racismo; a intensificação dos problemas de saúde mental; a fome e insegurança alimentar, entre outros. Porém, encontrou-se também uma multiplicidade de iniciativas potentes dos moradores das favelas no enfrentamento da pandemia, atuando sobre esse conjunto de problemas abordados com efetivos resultados, a despeito da omissão do Estado em prover ações protetivas emergenciais em face da pandemia.

No trabalho de monitoramento social e epidemiológico da pandemia em favelas constatou-se que a Covid-19 atua no sentido de explicitar ainda mais o padrão de desigualdade socio-racial brasileiro. A favela é cotidianamente reiterada como espaço de exclusão, cujo enredo é naturalizado por um projeto político que conta com estratégias potentes de ocultação de sua realidade, tais como a racionalidade utilizada na produção de dados de saúde que a invisibiliza e a falta de ações efetivas de proteção social.

POVOS INDÍGENAS E COVID-19

Devido a fatores históricos e socioeconômicos, os povos indígenas são particularmente vulneráveis à Covid-19 e às suas graves consequências (Abrasco & ABA, 2020). Diante de desvantagens sociais e de saúde, era notório que o enfrentamento da Covid-19 no contexto indígena seria desafiador, situação agravada pela baixa execução orçamentária na saúde indígena (Inesc, 2020), pelo frágil diálogo do governo com as representações indígenas na elaboração e implementação das ações e pela reduzida transparência das medidas adotadas para a garantia da prevenção da doença e integralidade da atenção aos casos (Apib, 2020; Abrasco, 2020).

A disputa de narrativas sobre o enfrentamento da pandemia em povos indígenas foi evidenciada pela demora na aprovação da lei 14.021/2020 e na derrubada dos vetos presidenciais (Brasil, 2020c), pelas intervenções do Ministério Público Federal (Brasil, 2020a, 2020b) e, particularmente, pelas interpelações feitas pelo movimento indígena ao Supremo Tribunal Federal, na Ação de Descumprimento de Preceitos Fundamentais 709 (Apib, 2020), e na Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos (OEA, 2020). Passados seis meses da pandemia, as medidas legislativas e jurídicas ainda não foram plenamente implementadas.

A circulação do Sars-CoV-2 no Brasil resultou em progressiva proporção de indígenas em municípios em alto risco imediato para a pandemia (Grupo de Trabalho, 2020), afetando, rapidamente, os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Em áreas urbanas, foram observadas soroprevalências de anticorpos superiores em indígenas em comparação a outras categorias de cor ou raça, em particular os brancos (UFPel, 2020). A transmissão do vírus em territórios ocupados por povos isolados e de recente contato é alarmante e agravada pelo aumento das invasões ilegais (OPI, 2020).

Divergências entre dados epidemiológicos oficiais da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e os de outras fontes (CNS, 2020) revelaram problemas na transparência da informação, acesso restrito ao Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) e falta de integração deste com os demais Sistemas de Informação em Saúde (SIS), bem como a importância da variável cor/raça nos SIS e o racismo institucional. Como resultado, recentemente a Sesai assumiu a necessidade de complementar seus dados sobre óbitos indígenas por Covid-19 com dados de outras fontes (OEA, 2020). Não obstante tais divergências, os dados disponibilizados pela Sesai, em resposta à ADPF 709, evidenciam taxas de mortalidade por Covid-19 progressivamente mais elevadas na faixa etária a partir dos 50 anos nos indígenas em comparação com a população geral. Tal evidência alerta para os trágicos impactos socioculturais da pandemia, visto que os

indivíduos de mais idade são os guardiões dos conhecimentos tradicionais, das línguas e da memória das lutas históricas desses povos.

Ainda que o período recente se destaque por violações de direitos indígenas e pelo agravamento das iniquidades em saúde, emergem também como pontos centrais o protagonismo indígena na luta por seus direitos e o papel fundamental do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Sasi-SUS).

* * *

Considerando que ainda estamos em uma pandemia com muita heterogeneidade e desigualdade entre os estados, municípios e territórios específicos, como áreas indígenas ou de favelas, por exemplo, faz-se necessário ampliar e fortalecer as capacidades de enfrentamento da sociedade e do SUS como um todo, envolvendo grande participação da sociedade e intersetorial.

Tendo como referência a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080, de 1990), é necessário fortalecer ainda mais a universalidade e a integralidade das ações e serviços de saúde por meio da ampliação do financiamento e fortalecimento do SUS, criando as necessárias condições para a melhoria de suas estruturas, bem como para a capacitação e valorização dos seus profissionais, garantindo a qualidade do cuidado, a segurança dos pacientes e a saúde dos trabalhadores da saúde. Isso envolve investimentos e ampliação para uma atenção primária que seja resolutiva e integrada tanto à vigilância em saúde e suas capacidades de monitoramento e ações de prevenção como aos serviços de alta e média complexidades e suas capacidades de diagnóstico, tratamento e reabilitação. O SUS deve estar preparado para enfrentar os impactos na saúde provocados pela pandemia, que vão muito além dos provocados pelo vírus Sars-CoV-2, combinando desde os impactos na saúde mental e provocados pelo aumento da violência doméstica até os resultantes da descontinuidade de tratamentos ou mesmo da desassistência em saúde.

Tendo como referência a Constituição de 1988, o enfrentamento desta crise deve combinar simultaneamente políticas e ações sobre os determinantes e condicionantes da saúde, envolvendo segurança alimentar, acesso à moradia e ao saneamento básico, geração de empregos e renda, garantia ao acesso à educação e ao transporte público seguro, além do acesso aos bens e serviços essenciais, incluindo os de saúde, com qualidade e segurança para todos. Reduzir as desigualdades sociais e criar condições para uma vida decente e sustentável, com promoção da saúde, são metas a serem perseguidas em todas as políticas e ações, reduzindo a vulnerabilidade dos diferentes grupos sociais, como também de nossa sociedade como todo, diante desta e das próximas pandemias.

REFERÊNCIAS

ANGELO, J. R. *et al.* Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas favelas. Observatório Covid-19 da Fiocruz – Informação para a ação, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

ARTICULAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL (APIB). ADPF 709 no Supremo: povos indígenas e o direito de existir!, 2020. Disponível em: <<http://apiboficial.org/2020/08/01/adpf-709-no-supremo-povos-indigenas-e-o-direito-de-existir/>>. Acesso em: 18 set. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO) & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA (ABA). A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço. Nota Conjunta Abrasco/ABA, 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-os-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/45866/>>. Acesso em: 18 set. 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Nota técnica em resposta à intimação n. 2636/2020. Manifestação ao Supremo Tribunal Federal do Grupo de Consultores do GT de saúde indígena da Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Fundação Oswaldo Cruz referente à medida cautelar na arguição de descumprimento de preceito fundamental 709, 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudeindigena/wp-content/uploads/sites/12/2020/08/Resposta-intimacao-Fiocruz-Abrasco-Final-17-08-c2-2.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Ministério Público Federal. Em nota pública, MPF alerta sobre descaso com saúde indígena durante pandemia da Covid-19, 2020a. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/pgr/noticias-pgr/em-nota-publica-mpf-alerta-sobre-descaso-com-a-saude-indigena-durante-pandemia-da-covid-19>>. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Ministério Público Federal. Covid-19: MPF recomenda ações emergenciais de proteção à saúde dos povos indígenas, 2020b. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/df/sala-de-imprensa/noticias-df/covid-19-2013-mpf-recomenda-acoes-emergenciais-de-protecao-a-saude-dos-povos-indigenas>>. Acesso em: 18 set. 2020.

BRASIL. Senado em Notícias. Congresso derruba vetos de Bolsonaro à lei que protege indígenas na pandemia, 2020c. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2020/08/19/congresso-derruba-vetos-de-bolsonaro-a-lei-que-protege-indigenas-na-pandemia>>. Acesso em: 18 set. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). 2020. Divergência de dados sobre Covid-19 na população indígena dificulta medidas efetivas de proteção. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1357-divergencia-de-dados-sobre-covid-19-na-populacao-indigena-dificulta-medidas-efetivas-de-protecao>>. Acesso em: 18 set. 2020.

EUROPE PUBLIC SERVICE UNION (EPSU). Health workers bear brunt of Covid-19 infections, 2020. Disponível em: <<https://www.epsu.org/article/health-workers-bear-brunt-covid-19-infections>>. Acesso em: 18 set. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Boletim Observatório Covid-19 após 6 meses de pandemia no Brasil. Observatório Covid-19 – Informação para a ação, 2020. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_covid_6meses.pdf>. Acesso em: 18 set. 2020.

GRUPO DE TRABALHO. Risco de espalhamento da Covid-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e sociodemográfica. Relatório n. 4 do Grupo de Métodos Analíticos de Vigilância Epidemiológica (MAVE), PROCC/Fiocruz e EMap/FGV, Grupo de Trabalho sobre Vulnerabilidade Sociodemográfica e Epidemiológica dos Povos Indígenas no Brasil à Pandemia de Covid-19 e colaboradores. 18 de abril, 05 e 20 de maio de 2020. Disponível em: <http://covid-19.procc.fiocruz.br/>

INSTITUTO DE ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (INESC). Mesmo com pandemia, governo gastou menos com saúde indígena em comparação a igual período de 2019. Disponível em: <https://www.inesc.org.br/mesmo-com-pandemia-governo-gastou-menos-com-saude-indigena-em-comparacao-a-igual-periodo-de-2019/>. Acesso em: 18 set. 2020.

LINDER, L. Desigualdade eleva letalidade na favela, diz estudo. *Portal DW*, 28 maio 2020. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/desigualdade-eleva-letalidade-da-covid-na-favela-diz-estudo/a-53586352>. Acesso em: 1 jun. 2020.

MENEZES, M. O. *et al.* Risk factors for adverse outcomes among pregnant and postpartum women with acute respiratory distress syndrome due to Covid-19 in Brazil. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13407>. Acesso em: 18 set. 2020.

NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Covid-19 and maternal death in Brazil: an invisible tragedy. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 42(8): 445-447, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032020000800445&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2020.

OBSERVATÓRIO COVID-19 DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Site*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>. Acesso em: 18 set. 2020.

OBSERVATÓRIO DOS DIREITOS HUMANOS DOS POVOS INDÍGENAS ISOLADOS E DE RECENTE CONTATO (OPI). Emergência sanitária no Vale do Javari e a situação dos povos de recente contato diante da Covid-19. Disponível em: <https://povosisolados.com/2020/06/21/emergencia-sanitaria-no-vale-do-javari-e-a-situacao-dos-povos-de-recente-contato-diante-da-covid-19/>. Acesso em: 18 set. 2020.

ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. PS 177. Audiencia: pandemia y pueblos indígenas de la Amazonia, 6 oct. 2020. Disponível em: <https://www.facebook.com/CIDH.OEA/videos/vb.194263083953643/1269544860051009/?type=2&theater>. Acesso em: 18 set. 2020.

OUR WORLD DATA. Statistics and Research. Coronavirus pandemic (Covid-19). Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus>. Acesso em: 18 set. 2020.

SAWAYA, A. L. *et al.* Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estudos Avançados*. 17(48). *Estudos Avançados*. 17(48): 21-44, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 set. 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Epicovid-19-BR divulga resultados sobre o coronavírus no Brasil, 2020. Disponível em: http://epidemiologia.ufpel.br/site/content/sala_imprensa/noticia_detalhe.php?noticia=3128. Acesso em: 18 set. 2020.