

VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 NAS FAVELAS: QUAIS SÃO OS DESAFIOS?

A edição 28 do **"Boletim Conexão Saúde - De Olho no Corona!"** aborda o cenário atual da vacinação contra Covid-19 no país e suas particularidades nas favelas.

A edição traz os números de casos e óbitos da doença no Rio de Janeiro, na Maré e em Manguinhos, notificados ao Poder Público e complementados pelos dados produzidos pelo projeto "Conexão Saúde: de olho na Covid" nessas regiões.

O boletim traz ainda uma contextualização do Plano Nacional de Imunização (PNI) e seus avanços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e encerra com entrevista exclusiva realizada pela Redes da Maré com o médico infectologista e chefe do Laboratório de Pesquisa em Imunização e Vigilância em Saúde da Fiocruz José Cerbino Neto.

Boa leitura!

ÍNDICE

**Panorama Geral
da Pandemia:
Maré e Manguinhos**

**116 anos separam a
Revolta da Vacina e o atual
cenário de vacinação
contra a Covid-19**

**Cenário atual de
distribuição das vacinas
contra Covid-19 no
município do Rio
de Janeiro**

**Entrevista com
José Cerbino Neto**



PANORAMA GERAL DA PANDEMIA: MARÉ E MANGUINHOS

Após quase um ano do início da pandemia, o número de pessoas infectadas pelo novo coronavírus segue crescendo no Brasil - que permanece, desde o final de maio de 2020, como o terceiro país com maior ocorrência de casos e na segunda posição em número de óbitos, totalizando 10.195.160 casos confirmados e 247.143 óbitos até o dia 22/02/2021.

No município do Rio de Janeiro, segundo o Painel Rio COVID-19, administrado pela Prefeitura, foram contabilizados 205.432 casos confirmados e 18.440 óbitos até a mesma data. Destes, 1.552 casos e 166 óbitos foram de moradores da Maré. Assim, nos últimos 14 dias - de 09 a 22/02 - , o número de casos confirmados no município aumentou 6,8% e o de óbitos, 4%. Na Maré, no mesmo período, o número de casos subiu 6% - de 1.462 para 1.552 - e o de óbitos cresceu de 155 para 166, total de 7%. Até o dia 22/02, Manguinhos apresentava 736 casos e 62 óbitos notificados.

Em relação aos números produzidos pelo projeto “Conexão Saúde: de olho na Covid” relacionados a testagem, telemedicina e isolamento seguro, de agosto de 2021 até 22/02/2021 foram coletadas 9.997 amostras para testes no Centro de Testagem da Maré, sendo 1.697 com resultado positivo. O Centro de Testagem de Manguinhos inaugurou em 09/12/2020, quatro meses após o centro da Maré e contou, até 22/02 com 1.125 amostras de testes coletados, sendo 194 positivos.

Todos os casos positivos testados pelo Dados do Bem são notificados ao Poder Público e, portanto, passam a compor os dados oficiais do Painel Rio COVID-19. No entanto, ao monitorar os números de ambas as fontes, é possível perceber um atraso, por parte do município, de pelo menos duas semanas em relação à divulgação dos casos positivos reportados pelo Conexão Saúde às autoridades.

TESTAGEM - MARÉ



Amostras para teste

NO TOTAL ACUMULADO	NOS ÚLTIMOS 14 DIAS
9.997	360



Testes Positivos

NO TOTAL ACUMULADO	NOS ÚLTIMOS 14 DIAS
1.697	33

PCR

7.722	278
-------	-----

PCR

906	16
-----	----

SOROLÓGICO

2.311	82
-------	----

SOROLÓGICO

791	17
-----	----

TESTAGEM - MANGUINHOS



Amostras para teste

NO TOTAL ACUMULADO	NOS ÚLTIMOS 14 DIAS
1.125	97



Testes Positivos

NO TOTAL ACUMULADO	NOS ÚLTIMOS 14 DIAS
194	14

PCR

1.063	73
-------	----

PCR

175	10
-----	----

SOROLÓGICO

62	24
----	----

SOROLÓGICO

19	4
----	---

O “Conexão Saúde: de olho na Covid” vem atuando também com atendimento médico remoto - tanto para casos de Covid quanto outras especialidades, respondendo às demandas reprimidas em função da diminuição do atendimento nas unidades de saúde e oferecendo alternativas aos moradores para que sejam atendidos sem precisar sair de casa, evitando aglomerações.

No caso de pacientes com Covid é possível realizar o acompanhamento dos casos e encaminhamento para rede pública de atendimento, quando necessário. Os atendimentos, realizados pelo SAS Brasil, iniciaram na Maré e em Mangueiras em 03/07. Desta data até 22/02 foram atendidos 638 casos com suspeita ou confirmação de Covid-19. Atualmente 8 casos ativos da doença estão em acompanhamento. Já em Mangueiras foram realizados 36 atendimentos de casos de covid-19 foram realizados e atualmente nenhum caso ativo está em acompanhamento.

Moradores da Maré testados positivos para Covid-19 são encaminhados para o Programa de Isolamento Domiciliar Seguro, um dos tripés de ação do projeto Conexão Saúde. O programa consiste no acompanhamento social às famílias com membros infectados pelo vírus e tem como objetivo oferecer orientação para o cuidado, e medidas de prevenção e fornecer insumos como kits limpeza e higiene e alimentação contribuindo para o isolamento domiciliar no período da recuperação. Até o dia 22/02, 374 moradores foram incluídos no programa e 15 casos ativos estão em acompanhamento. Ao fim do período de isolamento, 262 formulários de avaliação foram aplicados entre pessoas que participaram do programa e, até esta mesma data, 96% das pessoas conseguiram manter o isolamento por 14 dias ou mais.



Douglas Lopes

TELEMEDICINA SAS BRASIL

MARÉ

ATENDIMENTOS
MÉDICOS

2.448

ATENDIMENTOS
PSICOLÓGICOS

1.299

MANGUEIRAS

ATENDIMENTOS
MÉDICOS

179

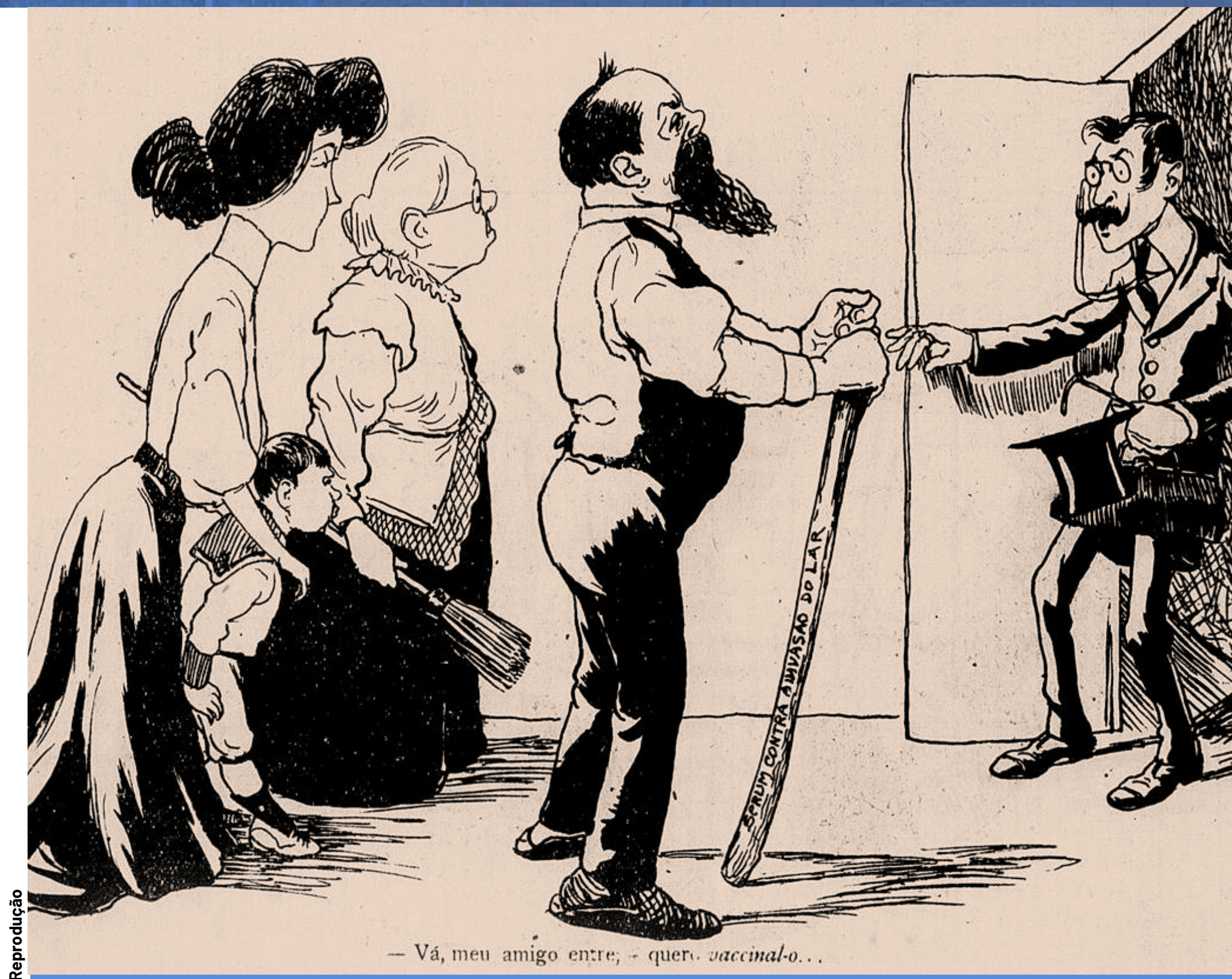
ATENDIMENTOS
PSICOLÓGICOS

25

116 ANOS SEPARAM A REVOLTA DA VACINA E O ATUAL CENÁRIO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

É muito preocupante o cenário atual de politização da vacina contra a covid-19, promovendo visões negacionistas e anticiência sobre a pandemia. No entanto, neste boletim lançamos a pergunta: afinal, é possível desvincular política e vacina no contexto de favelas?

A própria origem histórica das favelas no Rio de Janeiro está diretamente ligada à vacinação e à gestão sanitária da cidade. Em 1904, a então capital do país, passou por reformas urbanas que visavam remodelar a cidade, tornando-a reflexo do Brasil republicano moderno que acabara de se constituir. O País enfrentava três grandes epidemias na época: a peste bubônica, a febre amarela e a varíola e programas obrigatórios de higienização utilizaram recursos arbitrários para lidar com a população - incluindo remoções forçadas e as chamadas guardas "mata-mosquitos", que invadiam casas, muitas vezes acompanhadas por soldados da polícia. Especificamente em relação à varíola, foi criada uma lei que instituiu a vacinação obrigatória em massa da população.



Já as reformas urbanas, capitaneadas pelo prefeito Pereira Passos, nomeado pelo então presidente Rodrigues Alves, visavam a reorganização do centro da cidade. Este processo envolveu a demolição de cortiços de forma autoritária e sem indenização aos moradores, o chamado “Bota Abaixo”.

Removida das áreas centrais da cidade, uma significativa parcela da população - marcadamente pobre e negra - foi obrigada a buscar moradias em morros e regiões periféricas da cidade. Assim surgiram e cresceram as primeiras favelas do Rio de Janeiro.

Neste processo de remoções forçadas e medidas de higienização e imunização violentas, que não priorizaram a disseminação de informação para a população, tensões urbanas foram se intensificando. Em novembro de 1904, motins populares se espalharam pela cidade, sendo duramente reprimidos pelas forças de segurança. Foi a chamada Revolta da Vacina.

É importante lembrar que a crescente insatisfação da população foi aproveitada por grupos políticos contrários ao presidente eleito Rodrigues Alves com o objetivo de enfraquecer o governo. Junto à parcela da mídia - especialmente por meio de charges e folhetins, muito comuns à época - tais grupos exploraram o medo de se vacinar, estimulando a circulação de notícias que colocavam em dúvida o efeito da vacina e o mal que podia causar à saúde. Durante muito tempo, dizia-se que, ao tomá-la, era possível adquirir “feições bovinas”, por conta dos animais que deram origem à substância imunizante.



Em novembro de 1904, motins populares se espalharam pela cidade, sendo duramente reprimidos pelas forças de segurança. Foi a chamada Revolta da Vacina.

Após alguns dias de motins e confrontos pela cidade, a obrigatoriedade da vacinação foi retirada, deixando um saldo de 30 mortos, 110 feridos e 945 presos. A repressão foi direcionada aos grupos mais pobres e à população negra, representada, inclusive, no único registro fotográfico que se tem dos manifestantes detidos. Mais tarde, em 1908, após um surto de varíola no Rio de Janeiro, a vacinação contra a doença foi amplamente realizada com aceitação da população, num episódio, portanto, diferente da Revolta da Vacina. Nas décadas que seguiram, o país passou por outros períodos importantes de imunização da população, como a vacinação contra a tuberculose (BCG), em 1927, a eliminação da febre amarela urbana em 1942, a criação da campanha de erradicação da varíola em 1966 e, finalmente, a criação, em 1973, do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Desde então, o PNI vem se configurando como uma das principais estratégias de política pública em saúde do país, com impacto direto na relação entre o número de mortes provocadas por doenças específicas (morbimortalidade) da população. Sua consolidação e eficácia estão ligadas a fatores como se basear nos princípios fundadores do Sistema

Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080/90). Estes princípios são especialmente: a universalidade e equidade da atenção médica e o formato organizativo de descentralização em relação à União, com autonomia política e competência legal em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal).

A autossuficiência do PNI também foi fortalecida com a utilização de laboratórios públicos que viabilizam insumos estratégicos para o Complexo Industrial da Saúde. Desta forma, doenças como varíola, poliomielite, rubéola, síndrome da rubéola congênita e tétano materno e neonatal foram erradicadas. Outras, como difteria, tétano e coqueluche diminuíram drasticamente os níveis de transmissão.

A vacinação se consolidou como uma das mais importantes medidas de saúde pública, mudando o cenário de doenças imunopreveníveis no País. No entanto, a partir de 2016 pesquisadores passaram a chamar atenção para a diminuição das metas estabelecidas para os Índices de Coberturas Vacinais (ICV).

Este fenômeno, que não é exclusivo do Brasil, é apontado como reflexo de muitos fatores: falta de informação sobre os benefícios das vacinas, notícias falsas que circulam especialmente nas redes sociais, a precarização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dificultando o acesso à atenção primária, e a falta de produtos específicos para a efetivação de alguns planos de vacinação.

O ano de 2020, ano da pandemia da Covid-19, foi também marcado por um surto do vírus do sarampo, que estava erradicado no país, com certificado concedido pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS/OMS), desde 2016. Foram registrados 8.261 casos da doença em todo território nacional e o vírus permanece ativo em estados como Amapá, São Paulo, Pará e Rio de Janeiro. A partir de 2016 observou-se ainda a queda do ICV para vacinas do calendário nacional, com metas abaixo do esperado para maioria das vacinas infantis - com exceção da vacina BCG.

1904

Revolta da Vacina

1908

Vacinação contra surto de varíola no Rio de Janeiro

1927

Vacinação contra tuberculose (BCG)

1942

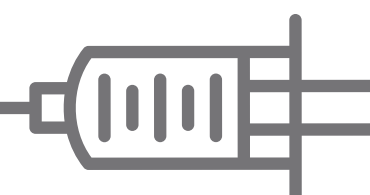
Eliminação da febre amarela urbana

1966

Campanha de erradicação da varíola

1973

Criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI)

[Saiba mais sobre a linha do tempo da vacinação no Brasil](#)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem, desde 2012, buscando entender este contexto e, em 2019, considerou como uma das dez maiores ameaças globais à saúde, a “hesitação em se vacinar”. No Brasil, este cenário é agravado pela intensa precarização do SUS e das condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no sistema. Está em curso um direcionamento estatal e empresarial que promove maior financiamento público e privado para aquisição de planos de saúde, em detrimento de investimento público e da responsabilização do Estado para um sistema universal com integralidade.

É neste contexto que a vacina contra a Covid-19 chega ao país, em 17/02/2021, ficando ainda mais evidente a importância do fortalecimento de estratégias como o PNI, que vão atuar de forma direta, em todas as etapas do processo de imunização contra a doença. Em meio à precarização destas estratégias de saúde, as desigualdades sociais – que também se refletem nos cuidados básicos e no acesso à saúde primária – representam grande desafio para o enfrentamento da Covid-19.

Especialmente em territórios periféricos e favelados, estes desafios são relativos à precariedade das infraestruturas de moradias e composição familiar (com alta densidade intergeracional por unidade habitacional), à inviabilidade do distanciamento social (grande parte dos moradores são trabalhadores informais, sem vínculo empregatício e dependem do trabalho presencial para subsistência), ao déficit de infraestruturas urbanas e falta de acesso a saneamento básico e, muitas vezes, à água.

Estes fatores fazem com que os moradores tenham maior dificuldade em seguir os protocolos de

segurança recomendados, sendo duramente afetados pela pandemia e pelos efeitos socioeconômicos do seu enfrentamento. Apesar das favelas serem atingidas de maneira desproporcional pela epidemia do novo coronavírus, nenhum plano específico de enfrentamento foi criado.

Apesar das favelas serem atingidas de maneira desproporcional pela epidemia do novo coronavírus, nenhum plano específico de enfrentamento foi criado.

Outros grupos vulneráveis foram, com razão, reconhecidos como grupos de risco a serem priorizados. Foram cobertas vulnerabilidades físicas mas também étnico-sociais, como é o caso da população indígena, ribeirinha e quilombola. Mas as populações urbanas periféricas e faveladas não foram incluídas. Ao contrário, conforme a vacinação avança no Rio de Janeiro, é possível identificar que esta parcela da população não só não foi priorizada, como tem sido negligenciada com uma cobertura insuficiente em relação aos bairros mais ricos da cidade.

Joel Rodrigues / Agência Brasília



CENÁRIO ATUAL DE DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS CONTRA COVID-19 NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (ATÉ 23/02)

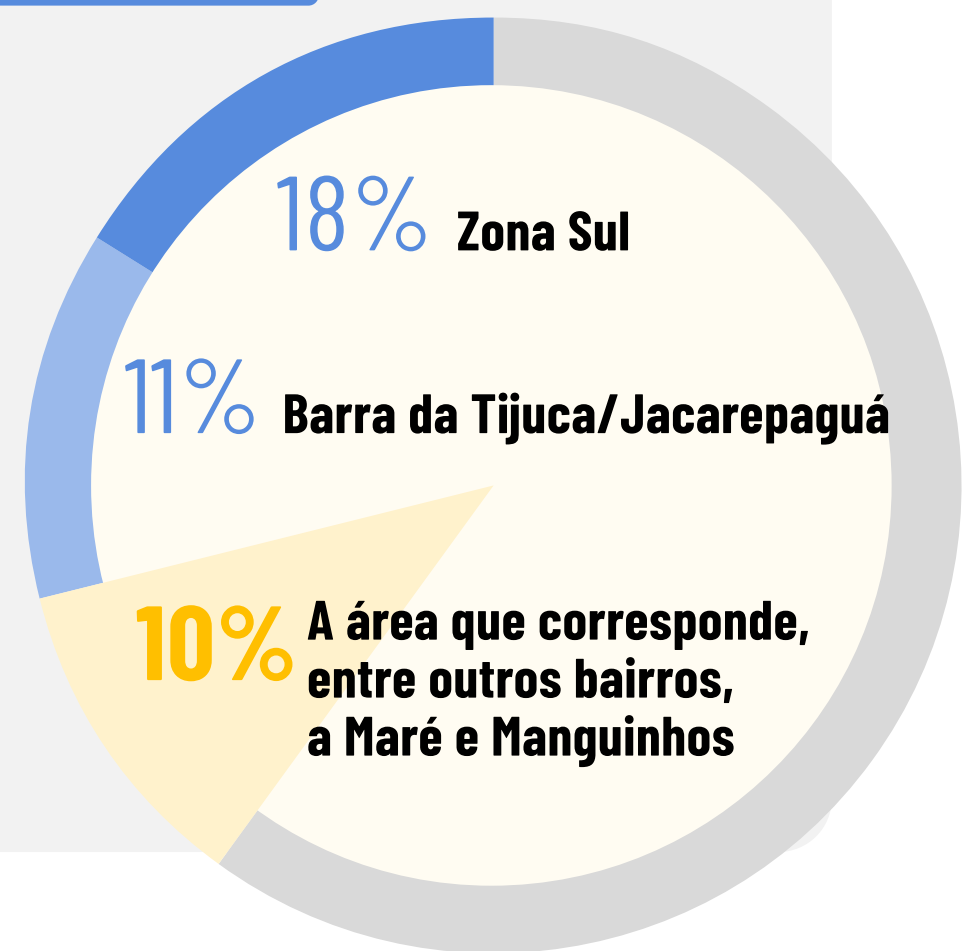
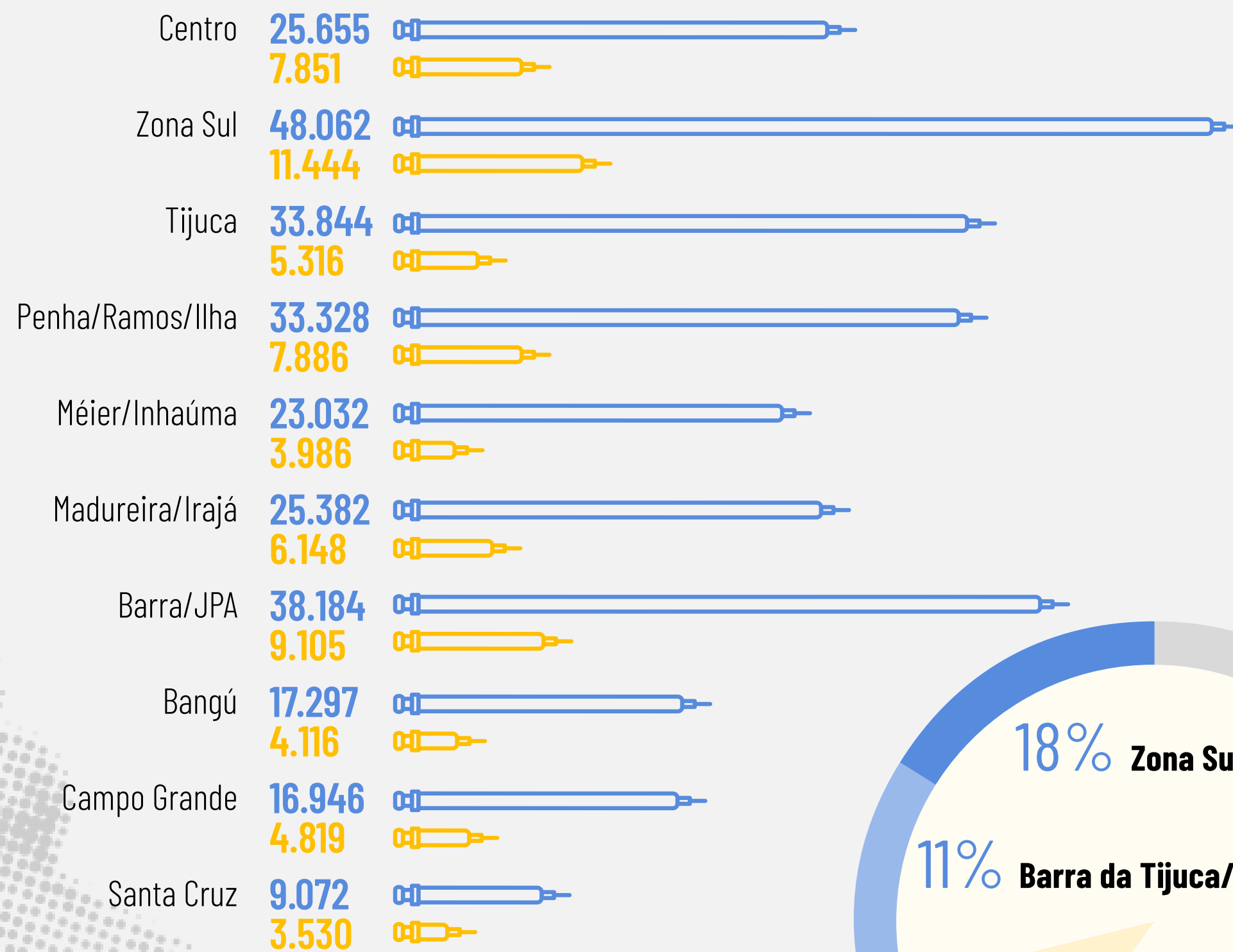
Na capital foram aplicadas **270.862** doses da vacina, representando **4%** da população carioca

64.201 receberam a segunda dose, totalizando

335.063 doses aplicadas

VACINAÇÃO NA MARÉ
2.303 doses até 22/02 (1,6% DA POPULAÇÃO)

VACINAÇÃO POR ÁREA DE PLANEJAMENTO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO



NO BRASIL 
Até 23/02

5.982.640 pessoas receberam até agora a primeira dose da vacina

58% Foi o aumento no número de vacinados nos últimos 14 dias

No entanto, o número total de pessoas que receberam a primeira dose representa apenas

2,83% da população brasileira.



Fonte: Painel Rio Covid-19 e Consórcio de Veículos de Imprensa

“Nosso maior problema é não ter vacina pra todos”



Em entrevista exclusiva para o boletim Conexão Saúde - De Olho no Corona, o infectologista e pesquisador Titular do Instituto Nacional de Infectologia da Fiocruz e do Instituto D'Or, José Cerbino Neto fala sobre os pontos fortes que precisam ser valorizados na batalha contra a Covid-19 no País, sobre critérios para as prioridades na vacinação e imunização dos moradores de favelas, além de defender a aquisição rápida de vacinas para toda a população.

“Nosso maior problema é a falta de vacinas. Tem muito mais gente querendo se vacinar do que gente com medo. À medida em que as pessoas perceberem que a vacina é segura e que ninguém está virando jacaré, as dúvidas vão se dissipando”, avalia.

O Plano Nacional de Vacinação contra a Covid-19, em andamento no País, está compatível com o nosso histórico de vacinação?

Estamos vivendo uma situação em relação à Covid-19 bem diferente da que enfrentamos rotineiramente com a estratégia do Programa Nacional de Imunização (PNI), começando pelo fato de não termos vacina suficiente para vacinar todo mundo - o que é uma novidade em relação às nossas campanhas passadas.

Já executamos amplas campanhas de vacinação há muito tempo, temos uma larga experiência e um programa muito bem-sucedido em todos os aspectos (eficiência, equidade, adesão, alcance populacional). Temos que usar este conhecimento e estrutura a nosso favor, eles nos colocam em grande vantagem em relação a outros países.

Agora, no momento, a gente tem muitas incertezas: sobre as datas de disponibilização das doses, sobre quantas doses vão estar disponíveis, a proporção de cada vacina, qual delas vai estar disponível e em que momento... A gente está trabalhando com mais de uma vacina, que foram liberadas com autorização pra uso emergencial... Tudo isso é inédito.

“Já executamos amplas campanhas de vacinação há muito tempo, temos uma larga experiência larga e um programa muito bem-sucedido em todos os aspectos (eficiência, equidade, adesão, alcance populacional). Temos que usar este conhecimento e estrutura a nosso favor, eles nos colocam em grande vantagem em relação a outros países.”



Temos que reconhecer que existe uma série de desafios novos para o programa. Não é simples. Mas não podemos deixar de utilizar o que temos de vantagem - nossa expertise, nossa estrutura e nosso conhecimento - para enfrentar este desafio da melhor maneira. Temos boa posição do ponto de vista operacional mas aparentemente não estamos numa posição tão boa do ponto de vista estratégico, de aquisição de vacinas. Me parece que temos perdido tempo, há um nível de incerteza grande em relação à disponibilidade das vacinas para a população.

Partindo desta realidade, o que poderia ser feito para correr atrás do tempo perdido e acelerar a vacinação no Brasil, num movimento compatível com o desafio imposto pela pandemia?

Duas coisas ajudariam: a primeira é fazer todos os esforços para adquirir o maior número de vacinas o mais rápido possível. A gente precisa de mais vacinas, rapidamente. Precisa estar claro que esta é a prioridade e precisamos estar certos de que todos os esforços estão sendo direcionados neste sentido. Outra coisa é que nosso programa de imunização sempre foi centralizado, principalmente do ponto de

vista normativo. Nunca houve dúvidas por parte do município sobre como ele deveria utilizar aquela dose, em quem ele deveria aplicar, em que momento deveria ser esta aplicação... Neste momento, esta coordenação do programa poderia estar mais clara, com regras melhor colocadas.

As campanhas e os calendários sempre caminharam juntos em todas as cidades e estados. Esta coisa de cada cidade estar em uma faixa etária diferente, uma priorizando idosos, outra os profissionais de saúde, não ter uma clareza maior deste tipo de recomendação, é um problema.

Falando sobre prioridades, populações de territórios de favelas, por suas especificidades - como por exemplo, um alto índice de trabalhadores autônomos, que não podem ficar em casa - não deveriam estar entre os grupos prioritários para vacinação contra Covid-19?

A priorização já é uma contingência, na verdade a gente deveria ter vacina pra todo mundo. O ideal seria não precisar priorizar alguns grupos, como acontece normalmente nas campanhas de vacinação.



Realmente não é uma questão simples e nenhum país está fazendo isso com facilidade, mas no momento em que a gente precisa fazer estabelecer prioridades, quanto mais claras forem as regras, as orientações e os parâmetros pra isso, melhor.

Podemos levantar várias questões do ponto de vista teórico e epidemiológico questões que fariam sentido para alterar a ordem de prioridades que foi estabelecida. Existe, por exemplo, uma reivindicação para colocar os professores entre as prioridades, ou a população de rua, por conta de sua vulnerabilidade...



Ao mesmo tempo estes profissionais que não estão parando, pessoas que não têm possibilidade de trabalhar em casa, que precisam pegar transporte público, elas ficam mais expostas até mesmo do que pessoas que estão nos grupos prioritários. Teoricamente haveria razões para elas serem vacinadas primeiro, mas do ponto de vista operacional fica muito difícil você identificar pontualmente estas pessoas fora de grandes grupos, como idosos e profissionais de saúde. São desafios que estão sendo colocados e fazem com que as decisões possam não ser 100% justas. Agora, precisamos ter em mente que cada vez que a gente sobe uma população, a gente “desce” outra. Se um grupo entra em prioridade, outro vai pro final da fila.

Joel Rodrigues / Agência Saúde



O programa tem o histórico de alcançar todo mundo, de ter equidade. Acho que se conseguirmos manter os parâmetros do programa, vamos ser bem-sucedidos e vacinar a população de favelas e periferias com agilidade também.

De novo: temos que ter vacina pra todos e usar nossa expertise histórica em vacinação. Porque quanto menor a distância de tempo entre os grupos prioritários, menor será o impacto. Se precisar esperar um mês pra começar a vacinar o próximo grupo prioritário, complica muito.

De todo modo temos visto que a vacinação na Maré, por exemplo, está bem mais lenta do que em bairros da zona Sul e na Barra da Tijuca, locais mais ricos da cidade. Por que isso acontece?

A Prefeitura apresentou este dado e, embora seja inquietante, ele tem algumas explicações possíveis. Um componente forte é o alto número de profissionais de saúde vacinados até agora: eles tendem a se distribuir de forma desigual na cidade, em média são profissionais que estão mais na zona Sul e Norte.

E tem algumas diferenças mais sutis, como o número de idosos por bairro, mas é uma questão que precisaria ser melhor investigada. Mas o percentual de vacinados ainda é muito baixo e concentrado em grupos específicos, isso pode trazer distorções que com o tempo serão diluídas.

Qual o ponto que precisamos chegar na vacinação para que a contaminação desacelere e o número de óbitos caia?

Tem uma discussão sobre a imunidade de rebanho que, em minha opinião, ficou um pouco fora de contexto. Ela não se aplica em todas as doenças. Por exemplo, a gente não vacina pra Influenza ou pra Febre Amarela procurando imunidade de rebanho porque, pelas próprias características da doença, elas não se prestam a este tipo de fenômeno.

A imunidade de rebanho é um fenômeno que acontece e não uma estratégia de controle. Mas ela em algum momento começou a ser utilizada como se fosse uma estratégia a ser alcançada e isso não cabe.

No momento em que a gente tiver as pessoas do grupo de maior risco vacinadas – e os dados que

temos até hoje da vacina mostram que a proteção é muito alta para formas graves da doença e óbito é muito alta – a gente vai ter muito menos pessoas sendo internadas, morrendo por Covid-19.

Isso tem se confirmado em países onde o índice de vacinação é mais alto, como Israel e Inglaterra. Isto já vai trazer a gente muito mais próximo do normal. Ainda vai ter gente se infectando, mas estes desfechos mais dramáticos vão ser menos frequentes.

Porque a gente convive com outras doenças infecciosas, como a Influenza e a Meningite, mas isso não impede que a sociedade funcione. No momento em que a gente conseguir minimizar os eventos mais graves, a gente já vai ter uma outra percepção coletiva, uma outra vibe na população.

“No momento em que a gente tiver as pessoas do grupo de maior risco vacinadas – e os dados que temos até hoje da vacina mostram que a proteção é muito alta para formas graves da doença e óbito é muito alta – a gente vai ter muito menos pessoas sendo internadas, morrendo por Covid-19”

E as pessoas que não querem se vacinar? Que estão entrando em uma narrativa de negação da vacina?

Os níveis de rejeição à vacina no Brasil, historicamente, são muito baixos, comparados a outros países. Todos os dados que temos de cobertura e pesquisas sobre resistência sobre vacinação mostram que, no geral, isso não é um problema.

A gente tem grupos isolados que podem fazer um barulho grande, mas a procura pela vacina contra a Covid-19 é enorme, muito mais gente quer ser vacinada. E eu acredito que a informação, campanhas educativas, são a grande saída para enfrentar esta questão. O nosso maior problema atualmente é ter vacina pra todo mundo que quer se vacinar.

À medida em que a vacinação for caminhando, as vacinas forem se mostrando seguras e as pessoas verem que não estamos tendo nenhum grande evento adverso, que as pessoas estão ficando menos doentes, não tem ninguém virando jacaré, a resistência tende a diminuir.





REALIZAÇÃO:



redesdamare.org.br/conexaosaude

