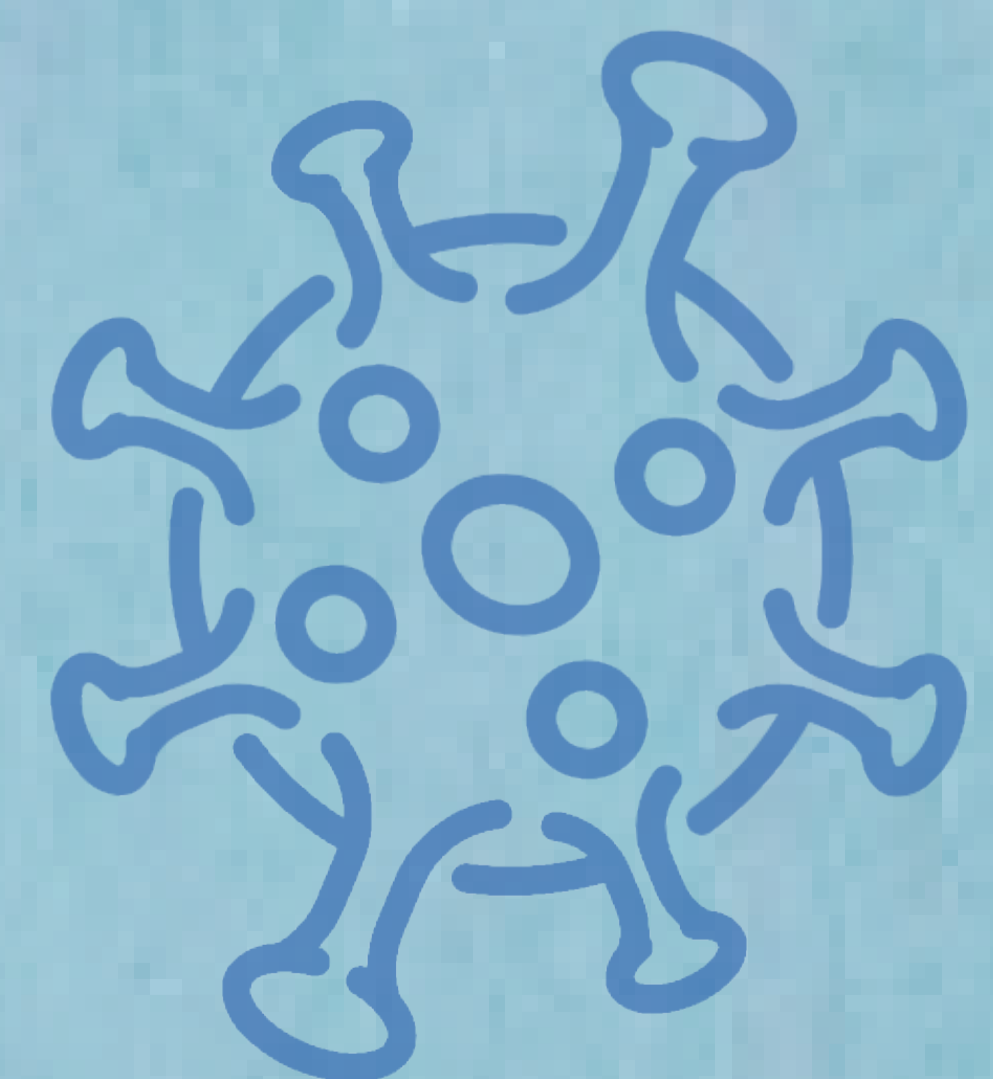


12ª Edição

MAPA SOCIAL DO CORONA



REALIZAÇÃO:



APOIO:



Ministério da Saúde


FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



DESIGUALDADES URBANAS DA VACINAÇÃO NO RIO DE JANEIRO E A POTÊNCIA DAS PERIFÉRIAS PARA SUA REVERSÃO

Autoras/es: Antonio Junior Pimentel, Aruan Braga, Jorge Luiz Barbosa, Lino Teixeira, Michella Maia e Fernanda Viana*

* Fernanda Viana é coordenadora da Casa Preta da Maré



Passados cerca de um ano e meio após a última edição do boletim Mapa Social do Corona, publicada em dezembro de 2020, retomamos os esforços analíticos sobre o avanço da Covid-19 e as ações de solidariedade, concentrando nosso enfoque na perspectiva das favelas e territórios populares da cidade do Rio de Janeiro.

Transformados o contexto e o impacto do novo Coronavírus sobre as populações, mas ainda distantes do desfecho desta crise sanitária global, atualizam-se também as temáticas por nós priorizadas. Nosso objetivo é lançar luz sobre o cenário da atual fase da pandemia, cujos impactos continuam a atingir especialmente as populações negras e favelizadas.

A presente edição, **o 12º boletim do Mapa Social do Corona, tem**

como foco as condições sobre as quais se implementaram as políticas de vacinação na cidade do Rio de Janeiro, a partir de duas escalas de análise, a saber: a dimensão do conjunto de favelas da Maré e, em seguida, a ampliação da escala para a dimensão municipal.

Partimos inicialmente do entendimento que as graves limitações no acesso à saúde e no direito à vida na cidade do Rio de Janeiro, especialmente para as populações negras e periféricas, estão calcadas nas desigualdades estruturais de nossa sociedade e aprofundam a distinção corpórea e territorial de direitos¹ que caracteriza a nossa cidade e, por conseguinte, suas políticas públicas, inclusive as políticas de saúde.

Não bastasse a diminuição de in-

¹ BARBOSA, J.L. e BARBOSA, A.T.A. Relações de gênero: Espacialidades de Poder em tempos de Violência. In: BARBOSA, J. Luiz e HILGERS, Tina (Orgs). Identidade Território e Política em Tempos de Contexto na América Latina e Caribe. 1ª ed. Rio de Janeiro, Observatório de Favelas, 2017.



vestimento público na saúde exatamente no período que antecedeu o início da pandemia, impactando diretamente as políticas e infraestruturas de prevenção e cuidado na cidade do Rio de Janeiro, como apontamos no boletim nº5², assistimos também por parte do governo federal a escalada do discurso negacionista que se opunha às evidências e recomendações científicas. Discurso que, infelizmente, encontrou eco em alguns setores da sociedade. Mesmo com todo o histórico exemplar nas amplas políticas e planos de vacinação, os atrasos na aquisição de imunizantes e na construção do plano nacional de imunização foram também fatores decisivos para a mitigação lenta, e mais uma vez desigual, do grave quadro colocado pela pandemia no Brasil. Levando em conta esse contexto complexo, somados aos esforços de análise crítica das desigualdades presentes na cidade carioca, consideramos também como fundamental a compreensão da dimensão racial como elemento estruturante das dinâmicas sociais e urbanas, assim como das políticas públicas. Expresso, sobretu-

do, no racismo institucional. Se por um lado, a lógica neocolonial se expressa no perfil populacional dos óbitos da pandemia, em que os grupos mais atingidos são as populações negras e moradores de periferias³, por outro lado, e não por acaso, justamente desses territórios e grupos sociais emergiram com grande força ações de solidariedade. Tais ações, sejam elas fruto de atuação localizadas, sejam viabilizadas por amplas redes, lograram reduzir os impactos da Covid-19 nesses espaços.

Essas iniciativas não se restringem às ações emergenciais, mas passaram a atuar de forma estratégica, atuando sobre a emergência humanitária, mas também atenta aos desdobramentos e impactos futuros da pandemia. Este foi **o caso do conjunto de favelas da Maré, em que uma grande rede de instituições locais e externas foram acionadas a partir da coordenação da Redes de Desenvolvimento da Maré e culminaram nas estratégias e campanhas de vacinação em massa para os cerca de 140.000 moradores que lá residem.**

² Ver: <https://of.org.br/wp-content/uploads/2020/07/Mapa-Social-do-Corona-05.pdf>

³ Ver População Negra e Covid-19 (ABRASCO): https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2021/10/E-book_saude_pop_negra_covid_19_VF.pdf

1. EXPERIÊNCIAS DE COMBATE A COVID-19 NA MARÉ: UMA ABORDAGEM TERRITORIAL DE SAÚDE INTEGRAL NO CONTEXTO DE PANDEMIA

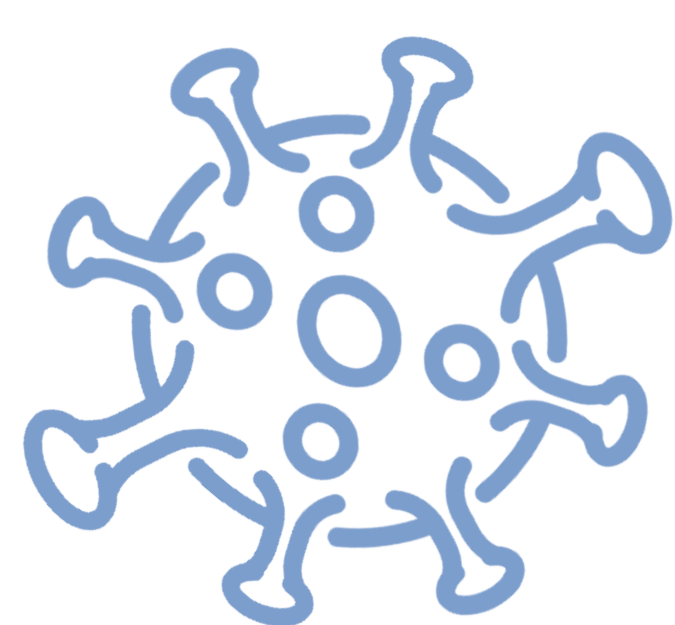
Falar sobre o enfrentamento à pandemia na Maré⁴, passa por falar também sobre a campanha “Maré Diz Não ao Coronavírus”, desenvolvida a partir de articulações com uma rede de parcerias, desde pessoas físicas até instituições sociais e órgãos públicos. Por outro lado, também vale destacar o boletim “De Olho no Corona!”, que foi um desdobramento da mesma campanha e é um canal de sistematização e disseminação de informações, dados, pesquisas sobre a covid e análise crítica a conjuntura das políticas públicas no território em tempos de pandemia.

A Campanha com arrecadação e doação de alimentos começou em março de 2020 com a distribuição de cestas de alimentos e kits de higiene e limpeza, mas foi logo se dividindo em quatro eixos de atuação: 1- segurança alimentar, 2- geração de renda, 3- acesso a direitos e 4- comunicação e sensibilização. Já em abril do mesmo ano incluímos um novo procedimento na campanha, o acompanhamento dos casos suspeitos ou confirmados de covid 19. Ou

seja, junto com as entregas de cestas e com o auxílio de um telefone e de um número de whatsapp monitoramos individualmente a evolução dos casos e o encaminhamento para tratamento e cuidados.

A escuta qualificada dos moradores e o fato de não ter fechado as portas no momento da pandemia foi fundamental para o acolhimento das demandas e também para capilarização no território de todas as ações realizadas, pois desde as primeiras entregas era possível ouvir dos moradores que eles estavam com todos os sintomas, mas não tinham como confirmar se estavam ou não com covid 19 por falta de testes nos Postos de Saúde. Recebemos de organizações e lideranças comunitárias relatos sobre as condições das políticas públicas no território da Maré. O **levantamento de informações e dados sobre a pandemia na Maré e também a escuta das principais demandas subsidiaram a criação de uma projeção de ações fundamentais a serem desenvolvidas. Definimos que o enfrentamento a pandemia se daria em 4 frentes e que toda**

⁴ Seção baseada no relato de Fernanda Viana



favela com mais de 50 mil habitantes seria necessário: 1. Um polo ou equipe de atendimento para monitoramento da evolução dos sintomas dos pacientes; 2. Testagem em massa e qualificação dos dados sobre confir-

mados de Covid-19; 3. Ampliação do investimento em profissionais, estrutura e equipamentos de saúde⁵; e 4. Ampliação de leitos hospitalares.

Conexão Saúde - De Olho na Covid

O Conexão Saúde é o nome dado ao projeto realizado pela parceria entre a Redes da Maré, o Dados do Bem, o Conselho Comunitário de Manguinhos, a Fiocruz, a União Rio e o SAS Brasil. Foi financiado pelo Todos pela Saúde, um projeto de apoio a uma série de ações para o enfrentamento da pandemia no Brasil. O Pólo de Testagem na Maré foi o primeiro projeto em periferias e favelas baseado em Testagem em massa, Telessaúde, Apoio para Isolamento Domiciliar Seguro e Comunicação voltada para moradores desses territórios, e ainda vem apresentando resultados relevantes no combate à Covid-19 com testagem e acompanhamento dos casos.

Testagem em massa - O Pólo de Testagem começa a funcionar e a primeira semana é de testes piloto onde atendemos os colaboradores da Redes de Desenvolvimento da Maré. Com os devidos ajustes feitos, abrimos as portas para os moradores das 16 comunidades da Maré e pessoas

que trabalhavam no Conjunto de Favelas. Todo treinamento técnico e operacional foi dado pela Fiocruz e pelo Dados do Bem, assim como as orientações sobre marcação no chão, distanciamento na fila, cadeiras com distanciamento, atendimento em áreas muito bem ventiladas, paramentação e desparamentação.

Após uma bateria de perguntas como nome, endereço, sintomas, se já haviam realizado testes antes, há quantos dias estava com os sintomas ou quantas pessoas residiam na mesma casa, o teste era marcado e a pessoa realizava o teste para covid-19. O fornecimento de uma rede wifi foi bem pensado, viabilizando o atendimento direto no local da testagem, assim como o atendimento somente com carteira de identidade também, para o caso dos moradores sem acesso ao smartphone. Para o morador que testasse positivo o aplicativo abria uma janela e as pessoas que tiveram contato ou que moravam na mesma casa que o positivado para a covid-19 eram convidadas a irem testar. Acontecendo assim o rastreamento e o teste em seus contatantes.

⁵ O boletim "De Olho no Coroná!" lembrou que a atenção primária sofreu cortes de orçamento e de profissionais que reduziram o alcance de atendimento em 70%, em 2017 para 50% em 2020)

Apoio para Isolamento Domiciliar Seguro

- Esta ação consistia em apoiar com refeições, material de higiene pessoal e kits de limpeza o morador que testasse positivo. O intuito era ajudá-lo a cumprir os 14 dias de isolamento social fornecendo os insumos era para ele os para os familiares que residiam na mesma casa. O almoço, janta e um lanche, assim como o kit de higiene e limpeza, para todos que viviam no mesmo lar. Era levado diariamente de segunda a sexta pelos articuladores e motoristas do projeto. Na sexta-feira eram levados os insumos e toda a comida para o fim de semana. Também seguia com estes itens, um guia de isolamento domiciliar elaborado pela Fiocruz, para orientá-los na convivência com as demais pessoas da casa sem que as mesmas viessem a contrair o vírus, assim como o atendimento com uma assistente social.

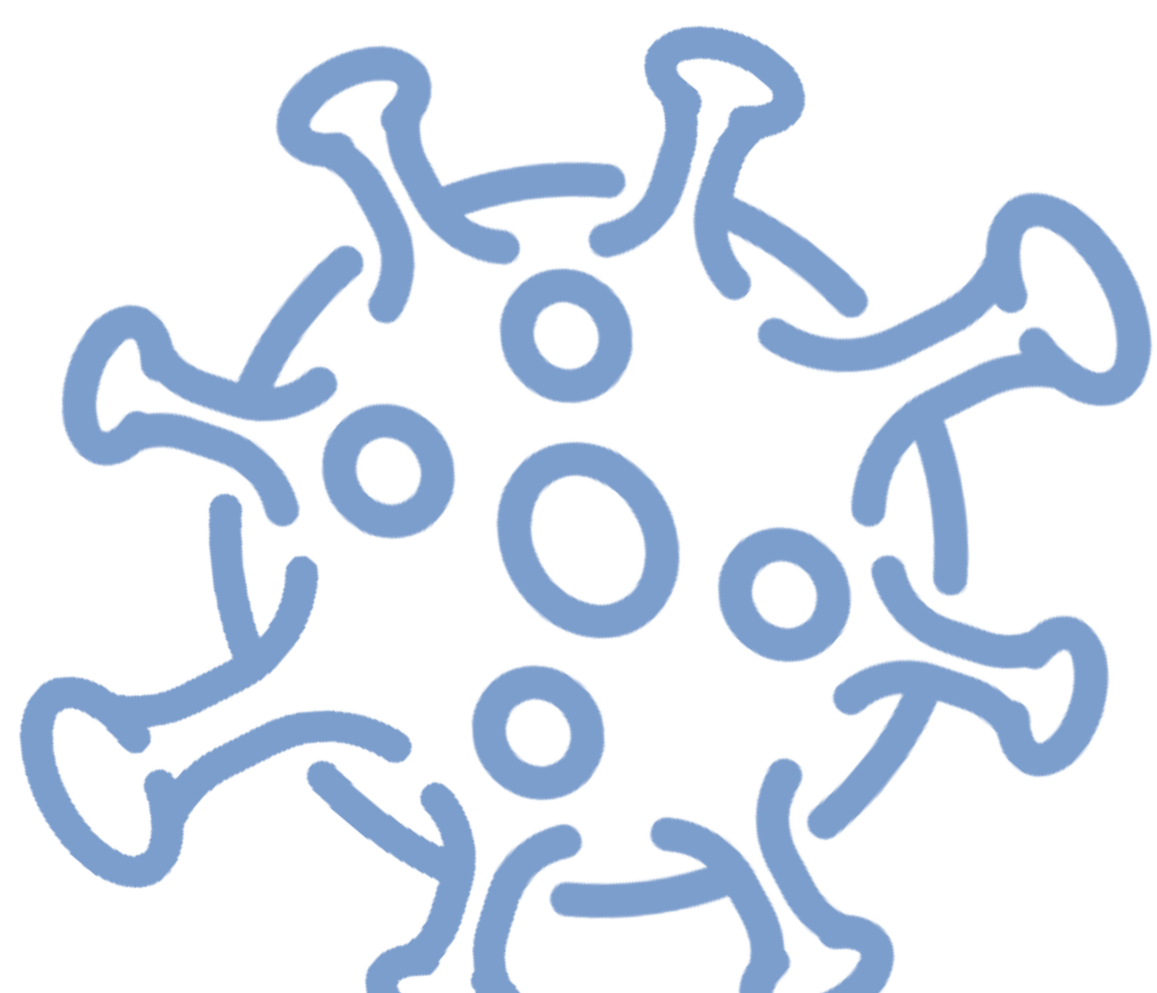
Telessaúde - A plataforma de acesso à telemedicina, contava com 17 especialidades, entre elas o atendimento psicológico. A tecnologia foi fornecida pelo parceiro SAS Brasil que também ofertou 2 cabines de atendimentos médicos para moradores que precisavam de consultas com especialistas e que não possuíam celular. As cabines ficavam em favelas distantes umas das outras, o que proporcionou um maior alcance dos

atendimentos.

Comunicação e engajamento

- Na Maré a comunicação foi feita por boletins quinzenais, megafones, panfletos, banners, lambes colados nas principais vias das favelas, peças digitais, podcast, material gráfico, faixas e também nas redes sociais. Construimos parcerias com organizações comunitárias locais, as Igrejas, as Associações de Moradores das 16 favelas da Maré e também os Postos de Saúde e escolas.

No primeiro momento as informações eram sobre a existência dos serviços oferecidos pelo projeto: testagem RT-PCR e sorológico, Programa de Isolamento Domiciliar Seguro e consultas médicas e psicológicas online (telessaúde). A medida que íamos apurando os dados também entrou no nosso escopo de comunicação o panorama de como estava a pandemia na Maré, novos casos, óbitos, as unidades básicas de saúde, os cuidados de saúde, todas as informações para que a sociedade e o poder público pudesse ter acesso a uma informação fidedigna sobre o panorama de contágio da Maré, apontando soluções possíveis para a diminuição da disseminação do vírus no território.



Desde a sua criação, ouvir demandas e dúvidas, disseminar informações, criar e disputar narrativas fizeram parte da metodologia da comunicação e da mobilização como um todo.

Ao longo de todo esse período foram mais de **500 matérias na mídia regional, nacional e internacional - entre rádio, veículos impressos, TV, e digitais. Entregou 2 mil guias do Isolamento Domiciliar Seguro; 28 banners colados em ruas da Maré; 1 mil cartazes colados em locais estratégicos; 20 mil panfletos sobre a testagem móvel e distribuição de 72 mil folders informativos sobre o projeto⁶.**

A partir destas ações, alguns resultados foram alcançados. De acordo com a edição 39 do “De olho no Corona!”, foi observada uma queda de 87% na taxa de mortalidade (número de óbitos em relação aos casos notificados) desde junho de 2020. A partir da edição 42, podemos afirmar também que 98% dos moradores participantes do projeto conseguiram manter o isolamento por 14 dias ou mais até dezembro de 2021 e também foram realizadas mais de 15 mil consultas médicas e psicológicas online na Maré até janeiro de 2022.

Esta experiência também consolidou práticas institucionais em saúde, aprimorando o trabalho da organização. Foi desenvolvida uma metodologia de Vigilância Ativa em Saúde envolvendo um modelo de intervenção para emergências em saúde pública. Também foram construídos modelos para comunicação e mobilização voltados para o territórios em momentos de crise e a construção de expertise para estratégias de distanciamento social em favelas. Também conseguimos fortalecer as iniciativas de telessaúde de acordo com as circunstâncias e demandas específicas encontradas no atendimento a populações vulnerabilizadas.

“A intersetorialidade nas ações foi imprescindível: Poder Público e sociedade civil se uniram em soluções ágeis ao desafio. A Secretaria de Saúde alocou profissionais, mobilizou voluntários e estruturou as unidades de saúde para a vacinação, enquanto a Secretaria de Educação abriu as escolas com o apoio dos profissionais da área” (Edição n.39 “De Olho no Corona!”).

A culminância de todo esse processo se deu em julho de 2021, quando foi lançada a campanha “Vacina Maré” e tinha a pretensão de vacinar 31 mil moradores maiores de 18 anos com pelo menos uma dose do imunizante Astrazeneca. A vacinação

⁶ Dados do Relatório Conexão Saúde.



foi seguida de um estudo sobre a eficácia da vacina nos moradores da Maré, a qual teve a Fiocruz liderando a investigação e também a ação. A PUC/Rio fez a análise dos dados coletados, o SAS Brasil deu suporte no acompanhamento médico dos moradores após a vacinação e a Redes da Maré articulou o território envolvendo moradores, voluntários e colaboradores. Os

artistas locais e os influenciadores digitais criaram conteúdos visando mobilizar a população, principalmente os jovens. A campanha, que se deu entre os dias 29 de julho e 03 de agosto, imunizou 36 mil moradores maiores de 18 anos com pelo menos uma dose do imunizante contra covid-19.



2. A VACINAÇÃO NO RIO DE JANEIRO: DESARTICULAÇÃO E DESIGUALDADES NO ENFRENTAMENTO E NA SUPERAÇÃO DA PANDEMIA

Essa grande força de mobilização e articulação das ações de solidariedade e redução dos impactos e desdobramentos da pandemia na Maré, representa um esforço exemplar dos potenciais de construção de políticas públicas eficazes nas favelas em que lideranças e sociedade civil local passam a exercer um papel central na solução não só de problemas locais mas da cidade como um todo. Destaca-se, neste caso, o sentido público das intervenções e das ações de governo nos territórios populares. Para além dos equipamentos, dos gestores e da burocracia que caracteriza o setor público, foi possível construir um arranjo institucional complexo, mobilizando representantes públicos, privados e da sociedade civil organizada, e com disponibilidade de recursos e capacidade

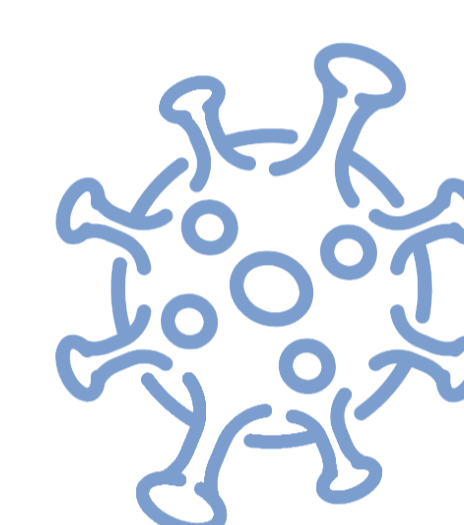
técnica para construir uma experiência de referência para a ação coletiva e pública visando a garantia de direitos e a proteção da vida nas favelas e periferias cariocas.

O caso da Maré demonstra a força e da mobilização articulada de amplos setores da sociedade, porém reflete a força constituída neste território em termos de organização social e política. Este feito é resultado de lutas históricas das moradoras e dos moradores que afirmam o direito à vida no Rio de Janeiro. Porém, se esse amplo esforço de mobilização e articulação foi capaz de reduzir de forma evidente os impactos da pandemia na Maré, o mesmo não se pode dizer de outras favelas e periferias da cidade.

Apesar da força dessas ações emergenciais nas favelas e periferias, os resultados alcançados na Maré não se repetem de forma consistente em outras periferias e territórios populares na cidade⁷. Ao analisarmos espacialmente os dados públicos⁸ existentes sobre a vacinação na escala da cidade, percebemos a reprodução das desigualdades urbanas também nos

resultados do processo de imunização. Este processo é uma política pública multiescalar e multi-setorial, que depende necessariamente de articulações em níveis federais, estaduais e municipais, o que obriga a considerar o complexo contexto em que se insere o plano municipal de vacinação e, portanto, seus resultados na escala da cidade.

2.1 A IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 EXPÕE A EXTENSÃO DAS DESIGUALDADES NO ACESSO À SAÚDE NA CIDADE



Observando a distribuição dos postos de vacinação instalados no plano municipal de vacinação (**Mapa 1**) e buscando entender sua relação com os resultados alcançados durante o período de imunização, aplicamos um raio de 1,5km associado a cada ponto. Os resultados revelam que os postos de va-

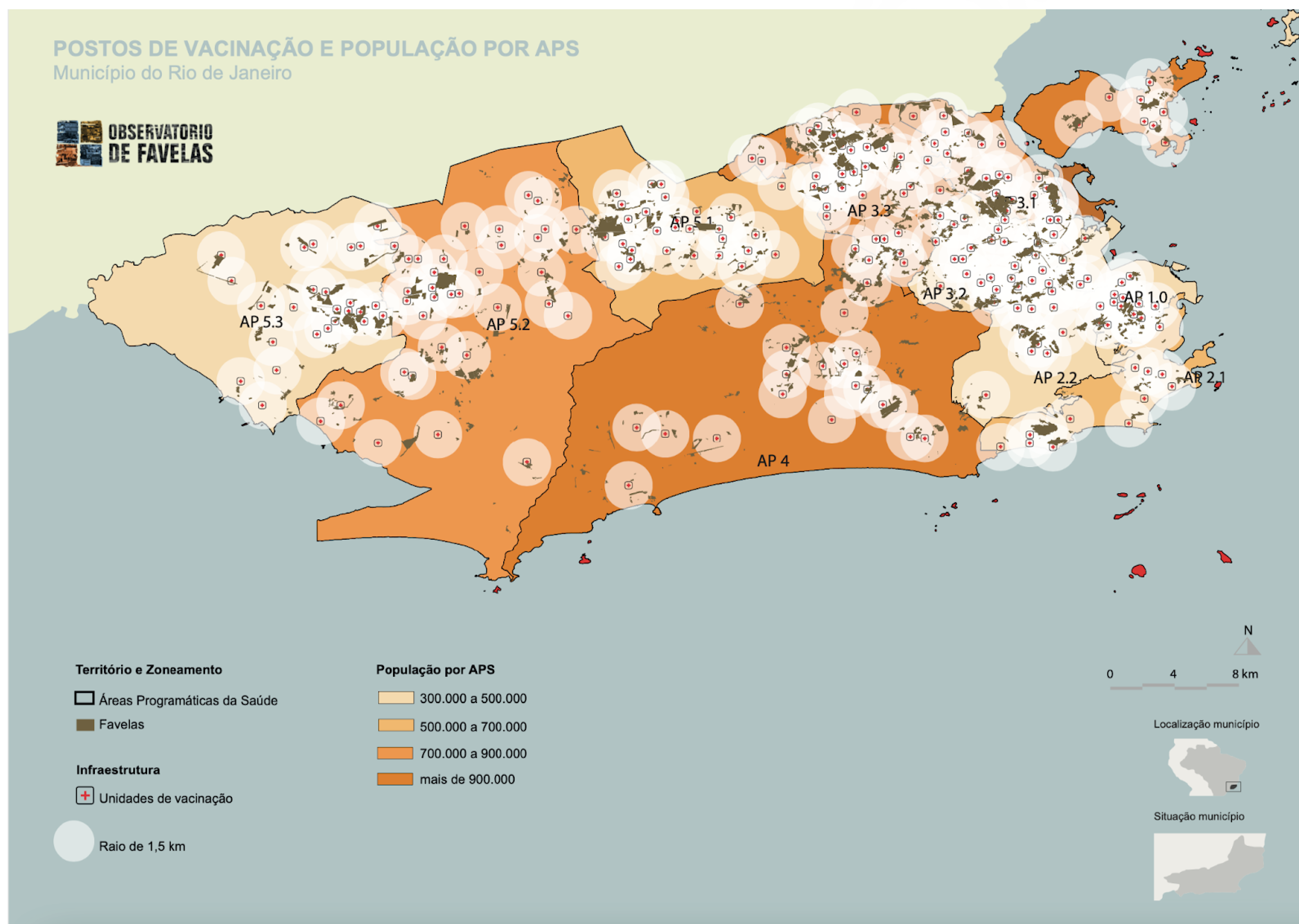
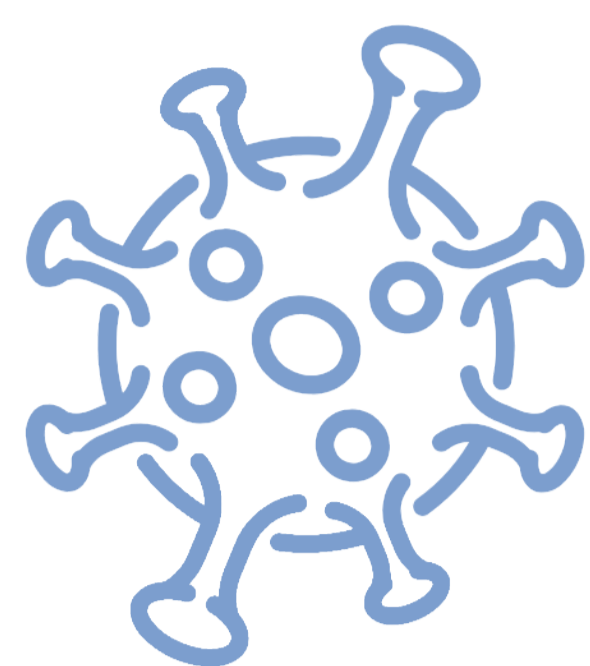
cinacão presentes no plano municipal de vacinação correspondem, em grande medida, a unidades públicas de saúde de diversos tipos e esferas, somados a espaços adaptados, públicos ou não, estrategicamente localizados em suas Áreas Programáticas da Saúde (APS)⁹.

⁷ Assim como temos feito em todo o Mapa Social, optamos por utilizar como principal fonte de informações os dados públicos, procurando compreender e criticar suas limitações, aos quais somamos novas fontes, cruzamentos e análises. O quadro geral ainda é de desinformação e pouca transparência impulsionada em grande medida por setores do poder público, especialmente na esfera federal, ainda mais no que concerne às favelas e periferias, cenário que se repete no processo de vacinação.

⁸ Ao pesquisarmos os dados públicos sobre a imunização contra a covid-19 no Rio de Janeiro, surgem algumas incongruências de informações entre distintas fontes governamentais. É o caso das informações sobre população total e por bairro na cidade do Rio de Janeiro, em que verificamos um número maior de vacinados do que a população estimada na região central da cidade. Considerando que o dado sobre vacina se refere ao local de moradia da pessoa vacinada e não ao posto de vacinação, é necessário ressaltar algumas variáveis que levam a esse dado truncado sobre a região central. Além do fato de o número ser estimado pela prefeitura a partir dos dados do censo do IBGE 2010, é preciso considerar fatores como a subnotificação da moradia no centro, a notória subcontagem de moradias em favelas e ocupações, a eventual possibilidade de pessoas cadastradas fora da real área de moradia e a maior abrangência dos dados do SUS em relação a outras entidades.

⁹ As Áreas Programáticas da Saúde são unidades administrativas da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e orientam a gestão e execução das políticas públicas da cidade. De acordo com informações do Plano Municipal de Saúde: "As APs são muito heterogêneas, em função da história e evolução da ocupação. A AP 1 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29,0%). Por outro lado, é nessa área que se concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade. Já a AP 2.1 tem a maior população de idosos (23,1%), a maior densidade demográfica da cidade (14.051 hab./Km²), a menor proporção de crianças de 0 a 14 anos (12,8%) e concentra o maior IDH do município. A exceção fica por conta da favela Rocinha (29º no ranking do IDH). A AP 2.2 se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1. A participação do grupo etário idoso na AP 2.2 também é alta, a segunda maior da cidade (22,1%). As APs 3.1, 3.2 e 3.3 juntas se caracterizam como a área mais populosa da cidade (37,9%), sendo que metade dos moradores de favelas vive nessa região. A AP 4 é a segunda maior em área, com 294Km², aproximadamente 1/4 do território da capital fluminense. Esta região é um vetor de expansão urbana de rendas média e alta. Hoje, tem a segunda maior população (910 mil habitantes) e a menor densidade demográfica da cidade (3.097 hab./km²). Por fim, as APs 5.1, 5.2 e 5.3, em termos demográficos, conformam a segunda área mais populosa do município, respondendo por 27% da população da cidade. Em outras palavras, de cada quatro cariocas, pelo menos um mora na Zona Oeste, que se constitui num vetor de expansão urbana para as populações de média e baixa renda (PMS, 2013)

Mapa 1. Postos de vacinação e população por Área Programática da Saúde (Autoria: Observatório de Favelas; Fonte de dados: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e DATARIO)



A distribuição dos postos de vacinação corresponde, ao menos no que se refere ao número de equipamentos, às reais necessidades da população, priorizando o atendimento nas regiões mais populosas da cidade. Quando observamos a proporção de unidades de vacinação por habitante em cada uma das áreas programáticas da cidade, verificamos que as APS referentes à Zona Sul e à grande Tijuca apresentam uma quantidade menor de postos do que as APS que compõem as demais regiões da Zona Norte e da Zona Oeste da cidade. Enquanto as APSs 2.1 e 2.2 têm respectivamente 49.510 e 34.014 habitantes por cada posto, o restante da cidade alcança uma média de 26.641 hab/posto. A tabela a seguir ilustra esses dados obtidos:

APS	População	postos vacinação	habitantes/posto
1.0	319 863	16	19991
2.1	643 635	13	49510
2.2	374 153	11	34014
3.1	906 702	32	28334
3.2	573 206	25	22928
3.3	951 818	30	31727
4.0	1 077 930	22	48997
5.1	679 437	29	23429
5.2	723 889	34	21291
5.3	410 726	25	16429

Tabela 1. Número de habitantes por postos de vacinação em cada APS (Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e DATARIO)

Se percebemos equidade na distribuição dos postos de vacinação entre as regiões Norte, Oeste e Sul (Tabela 1), o mesmo não se pode dizer do número de profissionais disponíveis em cada região da cidade, o que atinge centralmente a qualidade do serviço prestado.

No que diz respeito à rede serviços públicos de saúde, conforme destacamos em outras edições do Mapa Social do Corona, o que se observa no Rio de Janeiro é um gradual desinvestimento sobretudo no corpo de profissionais, que se acentuou justamente nos anos anteriores à pandemia. Não fosse a consistência e efetividade do Sistema Único de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família por APS, consolidados anteriormente no Plano Nacional de Vacinação e evidentes na distribuição dos postos, aliada à persistência dos profissionais que resistiram em meio a esse esvaziamento, os resultados da imunização contra a Covid-19 seriam ainda piores para as favelas e periferias.

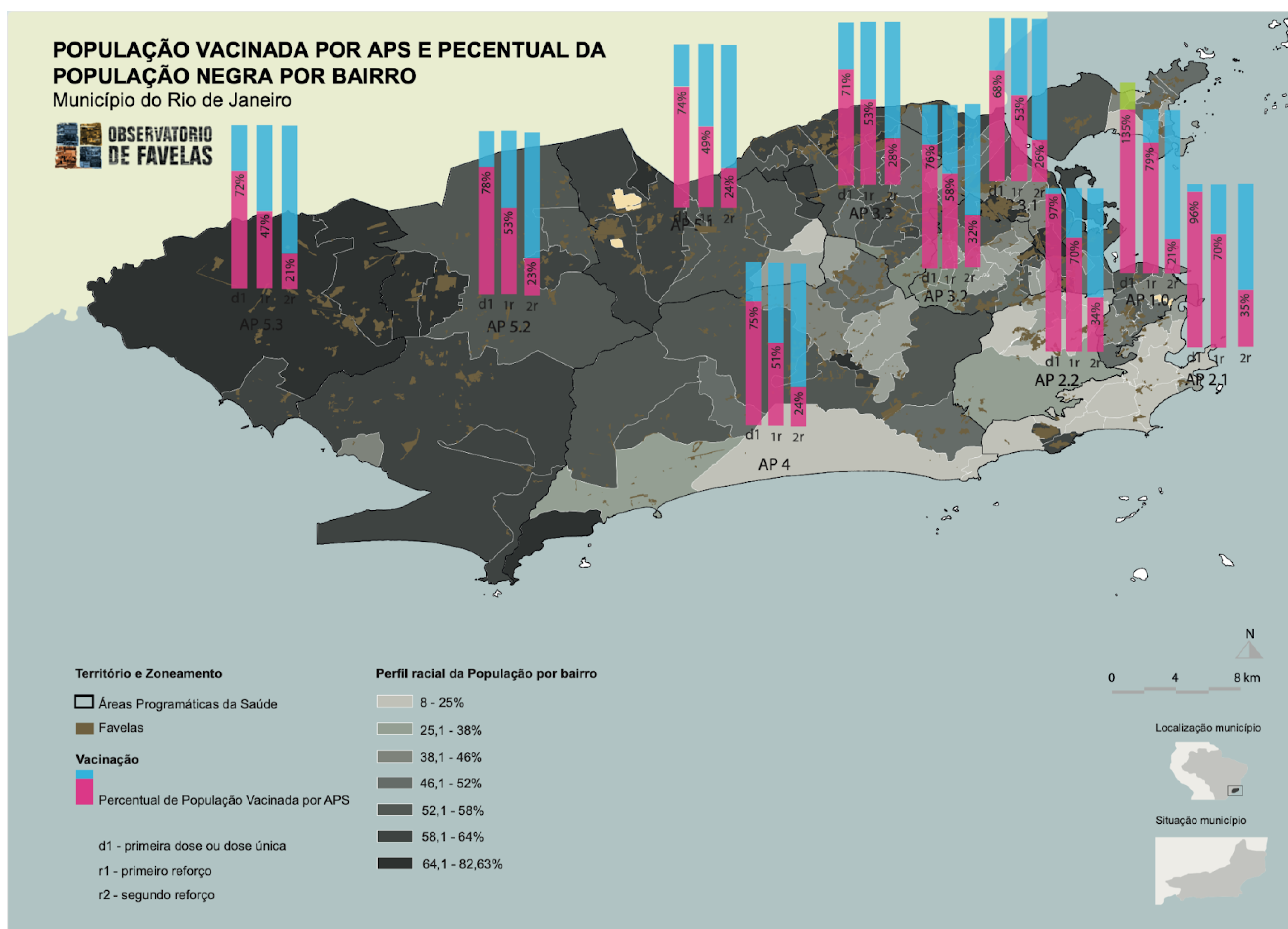
Portanto, a vacinação da população não depende exclusivamente da disponibilidade de estrutura, mas está intimamente ligada à qualidade do serviço prestado no território de abrangência do posto de vacinação, isto é: capacidade de mobilização e engajamento da população nas campanhas, relacionamento de proximidade e comprometido com beneficiário final, articulação territorial com um conjunto de atores chave, infraestrutura e recursos humanos qualifica-

dos e humanizados, dentre outros. E quando observamos a distribuição da proporção de população vacinada em cada uma das Áreas Programáticas da Saúde (APS) começam a surgir algumas disparidades entre as regiões centrais e as periferias da cidade.

Se a distribuição inicial de doses priorizou os grupos considerados de risco – idosos, pessoas com comorbidades etc – e os profissionais de serviços essenciais, também é verdade que as taxas de vacinação e, portanto, o desenvolvimento da resistência dos indivíduos à Covid-19 se dá de forma retardada e descompassada para as populações negras e periféricas em relação às regiões centrais e bairros mais ricos da cidade.

A diferença entre o percentual de população vacinada reflete as desigualdades presentes nas macrozonas da cidade, em que Zona Norte e Zona Oeste apresentam índices muito aquém da Zona Sul e Centro (Mapa 2). A primeira dose de vacinação, objeto de campanhas públicas de orientação e conscientização, foi a que alcançou maiores taxas de adesão na cidade como um todo. **No entanto, mesmo na primeira dose se observam discrepâncias relevantes, especialmente entre a Zona Sul e a grande Tijuca (Áreas Programáticas 2.1 e 2.2) e as demais regiões da Zona Norte (3.1, 3.2 e 3.3) e toda a Zona Oeste (4, 5.1, 5.2 e 5.3). Enquanto as APS 2.1 e 2.2 alcançam 96% e 97% respectivamente, as demais áreas mencionadas não passam de 78%.**

Se na primeira dose já aparecem diferenças relevantes entre bairros centrais e periféricos na cidade, quando observamos os índices de adesão ao 1º reforço, verificamos que a discrepância permanece. Enquanto nas **APS 2.1** e **2.2**, o percentual de população vacinada atinge os **70%**, nas APS referentes à maior parte da Zona Norte e à Zona Oeste o número máximo chega a **58% (APS 3.2)** e o número mínimo fica em **47% (APS 5.3)**.



Mapa 2. Percentual de população vacinada por Área Programática da Saúde sobre o percentual de população negra por bairro (Autoria: Observatório de Favelas; Fonte de dados: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, DATARIO e IBGE).

Ao observarmos a taxa de vacinação referente ao 2º reforço, a situação se mantém. Enquanto na Zona Sul e a grande Tijuca os índices alcançam **35% (APS 2.1)** e **34% (APS 2.2)**, no restante da Zona Norte e Zona Oeste o índice máximo alcançado chega em **32% (APS 3.2)**, mais próximo aos índices das regiões mais ricas da cidade, e o mínimo em **21% (APS 5.3)**.

Portanto, a leitura dos dados de vacinação por Área Programática da Saúde é reveladora das desigualdades que estruturam o acesso à saúde na cidade do Rio de Janeiro, tragicamente evidenciadas e aprofundadas ao longo da pandemia¹⁰.

¹⁰ Além da edição 5 do Mapa Social do Corona, sugerimos também a leitura das edições 2 e 4, acerca dos condicionantes de saúde nas cidades e dos fatores de proteção e vulnerabilidade à covid no Rio de Janeiro, respectivamente.

<https://observatoriodefavelas.org.br/acervo/mapa-social-do-corona/>



Ao cruzarmos os percentuais de vacinação com os perfis raciais por bairro na cidade, confirmamos que os espaços com menor índice de imunização correspondem aos bairros com maior percentual de população negra. Ou seja, a dimensão racial é indissociável da explicação sobre a distinção corpórea e territorial de direitos na cidade do Rio de Janeiro, evidenciada, novamente, durante a fase de vacinação contra a Covid-19.

São diversos os fatores que levam a esse resultado desigual na cidade, e também explicam a redução entre a primeira e segunda dose, que passam, entre outras coisas, pela precarização de serviços públicos, a desinformação, a profusão de campanhas anti vacina, atrasos na política nacional de vacinação e sua logística, a falta de diálogo e coesão entre as políticas das diferentes esferas, assim como as próprias desigualdades urbanas historicamente presentes na cidade que limitam o acesso e muitas vezes afastam moradores de favelas e periferias dos equipamentos e serviços públicos.

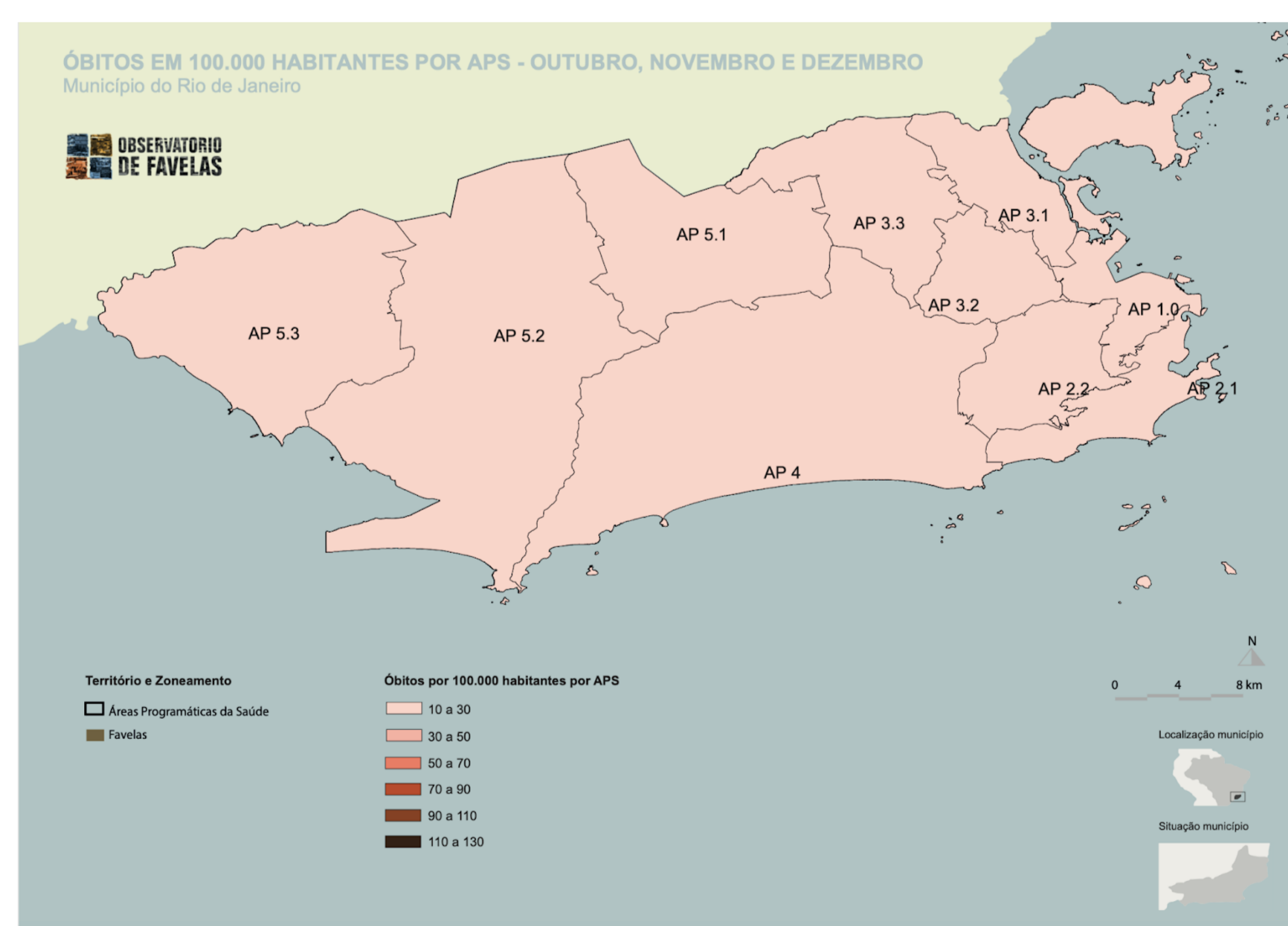
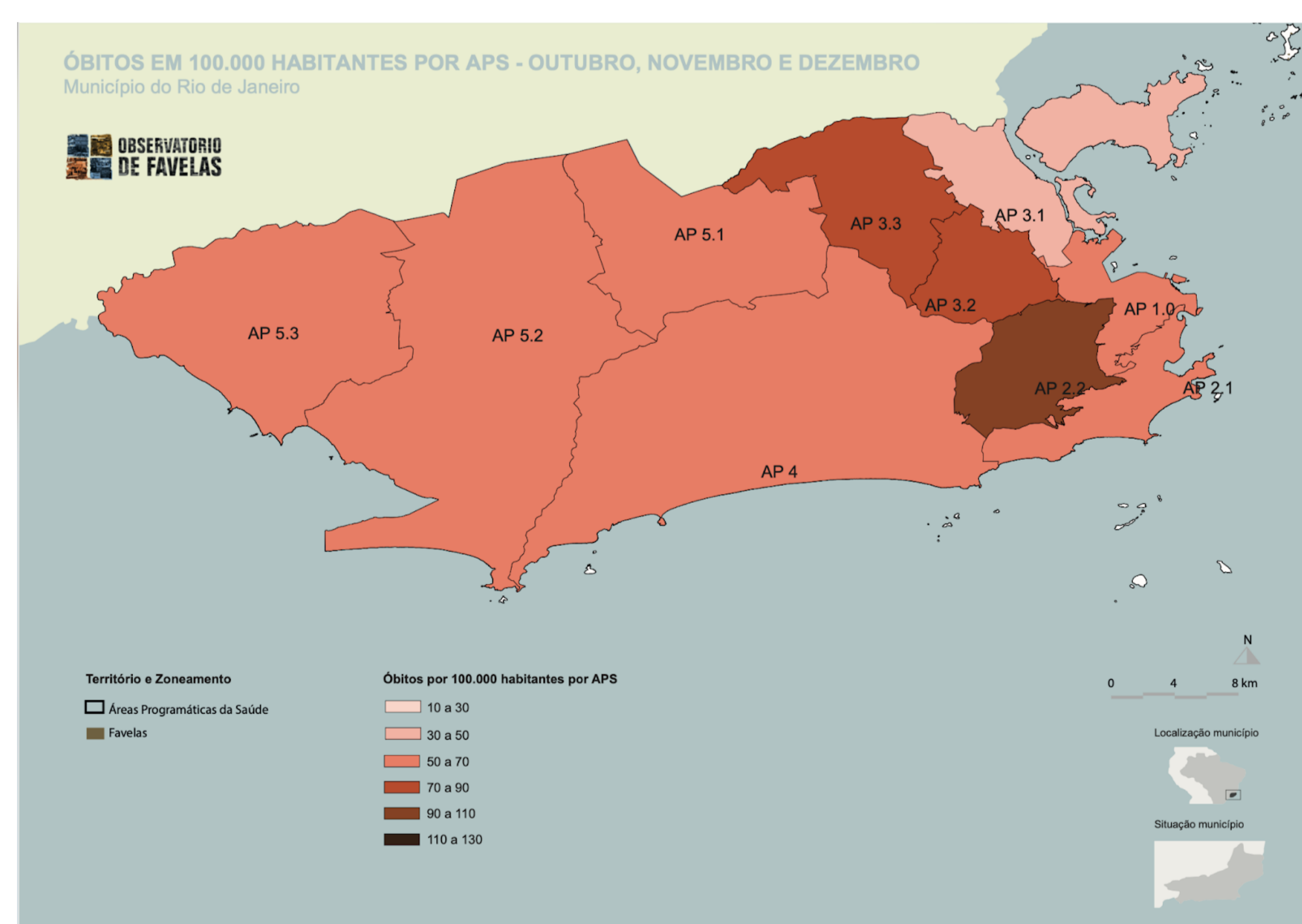
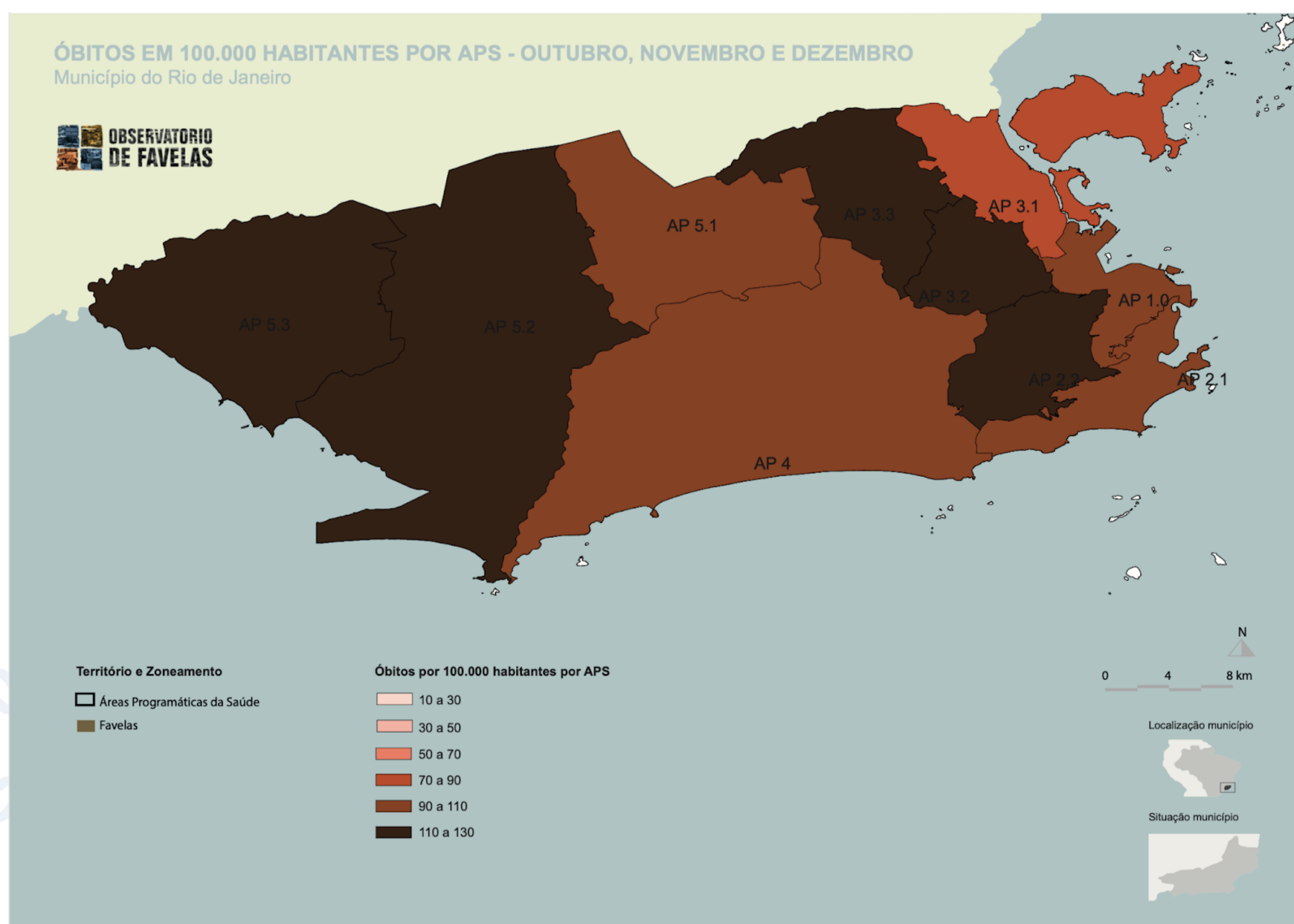
2.2 IMPACTOS DESIGUAIS DA VACINAÇÃO NA TAXA DE MORTALIDADE DA POPULAÇÃO CARIOCA

Se é possível afirmar, conforme destacamos na primeira edição do Mapa Social do Coronavírus, que a pandemia inicia sua cadeia de contágio da Zona Sul carioca e se espalha posteriormente para as regiões norte e oeste, também é possível observar, inversamente, que os impactos e as sequelas da Covid-19 se prolongam mais e demoram a terminar nos territórios populares e periféricos da cidade.

Na sequência de mapas a seguir, apresentamos os dados referentes à taxa de mortalidade da Covid-19 (óbitos por 100 mil habitantes) nas 10 áreas programáticas da saúde, a partir de três recortes temporais. São eles o segundo trimestre (abril, maio e junho), o terceiro trimestre (julho, agosto e setembro) e o último trimestre (outubro, novembro e dezembro) do ano de 2021.

Conforme se observa (**Mapa 3**), alguns trechos Zona Oeste e da Zona Norte, com exceção da APS **3.1**, apresentam efeito retardado do impacto positivo na diminuição da taxa de mortalidade após a chegada da vacina. As regiões que mais demoraram a responder ao efeito da vacinação foram as APS **2.2, 3.2, 3.3**, na Zona Norte, seguida pelas APS da Zona Oeste, **5.2 e 5.3**, respectivamente.

Se no último trimestre de 2021 o número de óbitos por 100.000 habitantes caiu de forma constante por toda a cidade, o mesmo não se pode dizer do segundo e terceiro trimestre do ano. Enquanto no segundo trimestre do ano, as **APS 1.0, 2.1** (centro e zona sul), **4.0 e 5.1** apresentaram respectivamente as taxas de **70 a 90 óbitos a cada 100.000 habitantes**, os trechos das Zona Norte e Oeste referente às **APS 3.2, 3.3, 5.2 e 5.3** apresentam respectivamente as taxas de **110 a 130 óbitos por 100.000 habitantes**.



Mapa 3. Óbitos por 100.000 habitantes por APS nos últimos 3 trimestres de 2021 (Autoria: Observatório de Favelas; Fonte de dados: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e DATARIO)

No terceiro trimestre de 2021, as diferenças continuam porém de maneira menos acentuada. Neste período é possível observar que a APS 4 da cidade alcança índices similares à região central (APS 1), e à Zona Sul (APS 2.1). Importante lembrar as contradições sociais que compõem a APS 4, localizada na Zona Oeste e que abarca tanto bairros de classe média alta, como a Barra da Tijuca, e bairros populares, como a favela Cidade de Deus. Enquanto que a APS 2.2 e a outra parte da Zona Norte, APS 3.2 e 3.3, permaneciam com os maiores índices de óbitos comparadas ao restante da cidade.

Destaca-se a APS 3.1, na zona norte, a qual é composta pela Maré, que já neste trimestre apresentou menor índice de óbitos da cidade inteira¹¹.


Importante observar neste aspecto os impactos positivos das raras ações articuladas entre organizações da sociedade civil e poder público lograram alcançar em favelas e periferias, como o caso exemplar da campanha “Vacina Maré”. Esta iniciativa, como procuramos apresentar, se notabilizou pela complexidade de organização, capacidade de articulação e execução que possibilitaram que o conjunto de favelas da

Maré desempenhasse números notáveis no percentual de população vacinada e do impacto positivo gerado. No dia primeiro de agosto de 2021, a população adulta da Maré alcançou o percentual de vacinação de 96%, acima não só da média da cidade, mas também das regiões mais ricas da cidade. Esse imenso esforço de mobilização local, em um território marcado por grande complexidade, foi capaz de influenciar positivamente os números gerais de sua Área Programática da Saúde.

3. Considerações Finais

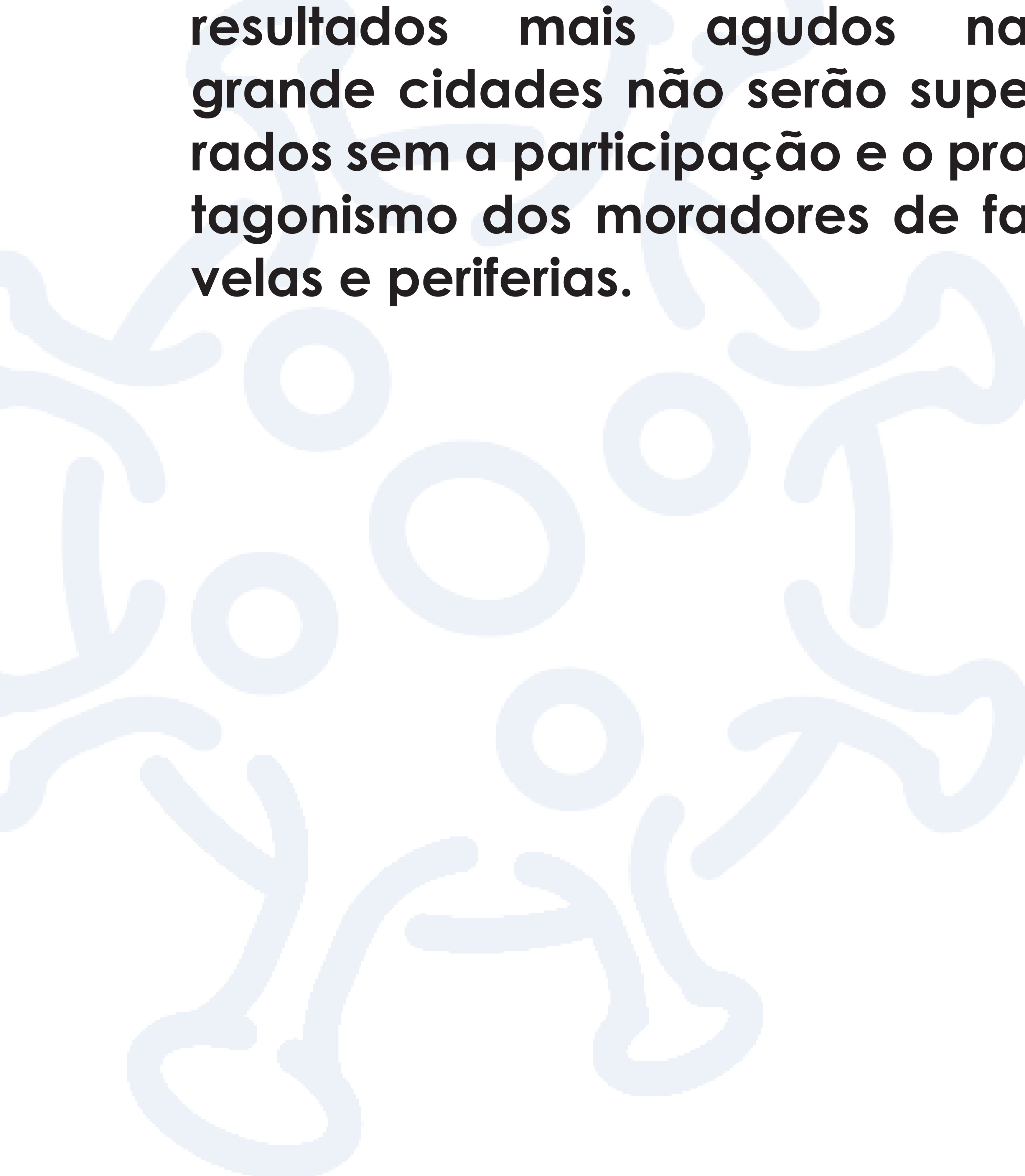
Colocando em comparação as análises do início da pandemia e de agora, quando nos aproximamos de um lento desfecho, o quadro proporcionalmente inverso do avanço do contágio e número de óbitos – começando e terminando primeiro nas regiões mais abastadas da cidade – é mais um indicador do aprofundamento das desigualdades causado pelos impactos da Covid-19, sobretudo para as populações negras e moradoras de periferias. Os percentuais de pessoas vacinadas em todas as etapas e as taxas de óbito ao longo de 2021 são alguns dos elementos mais evidentes desse quadro. No entanto, para além desses dados e das níti-

¹¹ Faz-se necessário ainda uma análise do perfil etário, de gênero e raça, e até mesmo do perfil socioeconômico, para melhor compreensão desses óbitos, pois a APS 2.2 apesar de apresentar maior percentual de vacinação que as APS 3.2 e 3.3 (Mapa 1) registra índice de óbito maior que essas APS no terceiro trimestre. Essa análise mais detalhada justifica-se porque nota-se, na APS 2.2, que os bairros da Tijuca e Vila Isabel são os que mais contribuíram para este índice, sendo a Tijuca o bairro com a segunda maior participação do grupo etário idoso no município do Rio de Janeiro.





das limitações que esses grupos sociais enfrentam no acesso à Saúde como um todo, é preciso considerar os desdobramentos negativos também no campo da segurança alimentar, da educação, dos direitos urbanos, da economia, da cultura e diversas outras dimensões da vida cotidiana.

A política nacional de imunização e, a partir dela, **o desfecho amplo e irrestrito da Pandemia só poderá ser alcançado a partir de ações estratégicas multiescalares e multissetoriais entre o poder público e a sociedade civil, e cujos resultados mais agudos nas grande cidades não serão superados sem a participação e o protagonismo dos moradores de favelas e periferias.**



Neste sentido, a capacidade de articulação territorial, conscientização e mobilização social desempenham um papel chave para o alcance dos resultados esperados para o conjunto da população. Trazer a experiência da Maré para o primeiro plano tem por objetivo traçar um paralelo com as análises críticas da redução desigual dos impactos da Covid-19 e demonstrar a possibilidade de construção de políticas públicas efetivas para favelas e as periferias, em particular, mas que recaem e influenciam, ao fim e ao cabo, sobre a cidade como um todo.



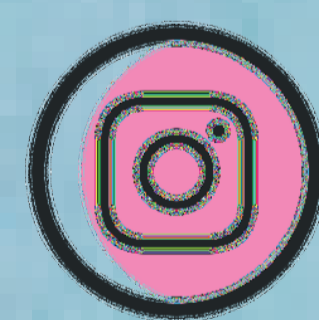
12ª Edição

MAPA SOCIAL DO CORONA

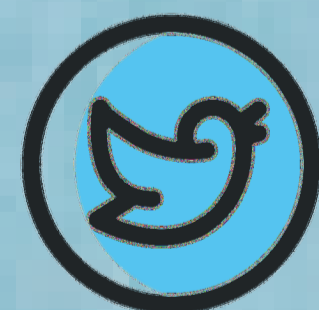
ACESSEM
NOSSAS REDES:



/OBSERVATORIODEFAVELAS



@DEFANELAS



@DEFANELAS



/OBSERVATORIODEFAVELAS

REALIZAÇÃO:



APOIO:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

