

**Boletim No. 9 – 01 de Julho de 2020**

## **Colocando luzes na Pandemia Coronavírus em Campinas Uma análise do último boletim da Secretaria de Saúde e do Inquérito Epidemiológico: perguntas não respondidas.**

### **1. Introdução**

Em 25 de junho de 2020, com dados até 23 de junho, a Secretaria de Saúde concluiu mais um **Boletim Epidemiológico** sobre a “Doença pelo Novo Coronavírus Covid-19”. No dia 29 de junho, complementando essa série de informações, foi lançado o **I Inquérito Soroepidemiológico Campinas – (COVID-19)**.

São duas importantes iniciativas, trazendo aos moradores de Campinas importantes informações sobre a pandemia. Informações transparentes são as bases tanto para ampliar a consciência sanitária da população, favorecendo maiores possibilidades de **auto-cuidado e cuidado do outro**, quanto para a tomada das melhores **decisões dos governantes** na busca da melhor política pública de mitigação da doença.

Para facilitar a compreensão do conjunto de números apresentados nos documentos citados, fazemos as seguintes análises e questionamentos. Certos de que ao respondê-los a Secretaria poderá contribuir para manter a população melhor informada e tomar decisões mais eficazes para o enfrentamento da doença.

### **2. Análise dos casos de Coronavírus na cidade**

**Desde meados de maio** a curva de novos casos de Coronavírus é uma curva ascendente, com **aproximadamente 50% mais casos a cada semana**.

Em 30 de junho de 2020, já são 8286 casos confirmados. Entretanto, segundo o **inquérito epidemiológico** realizado na cidade entre 9 e 20 de junho, esse número é muito maior: para cada caso confirmado existiriam 3,8 outros não identificados. Ou seja, **mais de 30 mil campineiros acometidos!** É importante lembrar que, segundo vários estudos realizados no Brasil e no mundo esses testes dão altas taxas de falso-negativos (10 a 44%) a depender da fase da doença ou da qualidade do teste (são vários fabricantes, o que dificulta o seu controle), o que poderia elevar ainda mais esse número (não está claro se o inquérito “descontou” essa possibilidade).

De outro lado, a análise do **boletim epidemiológico** da Secretaria de saúde, do dia 25 de junho, mostra que o número de pessoas com síndrome respiratória aguda grave notificadas, também em curva crescente semana a semana, pode ser até **7 vezes maior** que o número do ano passado, na semana correspondente. Como se afirma no próprio boletim, 35,6% deles eram

de Covid e para **43,5% não foi possível identificar a causa/agente etiológico**, o que pode decorrer da ausência de investigação para Covid19, seja por que não foi realizado o exame, seja por falsos negativos. Portanto é quase certo que são casos de Covid19, o que **aumentaria em muito o número real de casos na cidade**.

Esse cipoal de números nos demonstra uma verdade cabal: há um subdimensionamento do número real de casos. Permitem-nos afirmar que temos no **mínimo 30 mil casos**, mas podemos ter muito mais que isso.

Outro número importante para a avaliação da epidemia é a **taxa de transmissão do vírus**, ou seja, para quantas pessoas cada infectado o transmite. Segundo estimativa do Imperial College de Londres, essa taxa para o Brasil estava em 1,06 em 24 de junho, em ascensão depois de um período de queda. Esse número se traduz da seguinte maneira: cada 100 pessoas infectadas transmitem o vírus para outras 106 pessoas.

Não se conhece esse número para Campinas, mas considerando a velocidade do crescimento da pandemia, podemos supor que também temos uma taxa de transmissão do vírus ainda superior a 1, o que amplia de forma exponencial o número de casos.

### **3. Migração dos casos para as regiões de maior vulnerabilidade**

Outra realidade desoladora mostrada tanto no boletim do dia 25, quanto no inquérito epidemiológico é o espalhamento da contaminação para as regiões mais vulneráveis da cidade. Se os primeiros casos surgiram no Distrito Leste, o de menor vulnerabilidade, onde ficam bairros como Nova Campinas, Cambuí, Taquaral e condomínios de alto luxo, crescentemente foram tomando outras regiões, migrando para os bairros mais pobres.



**Proporção dos casos confirmados por Distrito de Saúde em 9 de abril e em 25 de junho:**

Distrito de Saúde	Distribuição proporcional em 9 de abril	Distribuição Proporcional em 25 de junho
Leste	55,3%	23,2%
Norte	7%	17,8%
Noroeste	4,7%	17%
Sul	28,2%	22,7%
Sudoeste	4,7%	19,3%

O inquérito epidemiológico confirma o espalhamento do vírus para as regiões mais vulneráveis, analisando-se a quantidade de casos prováveis por 100 mil hab, segundo os testes sorológicos. **A maior prevalência é a do Distrito Noroeste**, com uma taxa de 3 vezes superior a do Distrito Leste.

Calculando o número de casos por 100 mil habitantes, temos a tabela abaixo:

Distrito de Saúde	Casos por 100 mil hab.
Leste	1.180
Norte	2.501
Noroeste	3.680
Sul	1.978
Sudoeste	2.270
<b>Campinas</b>	<b>2.220</b>

Estudo feito pelo Hospital Albert Einstein em parceria como o Proadi-SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS) mostra claramente que **quanto maior o percentual de pobreza, maior o risco relativo de mortalidade pelo Covid19**. Essa é, portanto, uma preocupação central do Conselho Municipal de Saúde e de várias organizações não governamentais e voluntárias nas comunidades, buscando proteger a vida daqueles/as mais vulneráveis.

#### 4. As mortes causadas pelo Coronavírus

Campinas registrou em 30 de junho 317 óbitos, número que também vêm crescendo de maneira alarmante: eram 78 casos em 31 de maio, ou seja, um **aumento de 306% em apenas um mês**. Em 15 de junho eram registrados 149 óbitos, tendo, portanto, mais que dobrado em duas semanas.

De outro lado, sabe-se que há também um subdimensionamento do número de óbitos. Embora,

por óbvio, o inquérito epidemiológico não tenha avaliado as mortes, pelo número de casos estimados, é possível estimar o número de óbitos até o momento.

Considerando um mínimo de 31 mil casos em 30 de junho e uma taxa de letalidade de 3,7%, conforme aponta o boletim municipal, podemos já ter **ultrapassado 1000 mortes!** Ainda que usemos um número mais otimista, em torno de 2% (o que nos aproxima dos países com menores taxas de letalidade), seriam mais de **600 mortes** até então.

As mortes continuam mais elevadas no Distrito Leste, conforme se verifica na tabela abaixo, mas percebe-se a migração também delas para as regiões mais vulneráveis ao se plotar os casos nos mapa, segundo o boletim da Secretaria de Saúde. O pior índice de letalidade é o do Distrito Sul, seguido pelo Distrito Leste.

Distrito de Saúde	Número de óbitos por 100 mil hab 10 de junho	Número de óbitos por 100 mil hab 25 de junho	Letalidade (%)
Leste	12,3	22,4	4,3
Norte	11	16,5	3,6
Noroeste	11	19,3	3,4
Sul	9,3	19	4,5
Sudoeste	11,1	19,4	3,7

Ainda, segundo o boletim municipal de 25 de junho, chama a atenção os óbitos em menores de 60 anos entre os residentes de áreas de muita vulnerabilidade.

### 5. Os riscos dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da Pandemia

Muito preocupante é a proporção de profissionais de saúde com diagnóstico positivo para Covid (**28,5% de todos os casos positivos do município**, segundo o boletim de 25 de junho). Considerando que os profissionais de saúde, públicos e privados (37.218 profissionais, segundo o CNES) representam aproximadamente 3% da população de Campinas, a taxa é muito maior entre eles que na população geral, isto é, a taxa de casos na população geral em 23 de junho: 510 por 100 mil pessoas e a taxa de casos entre os trabalhadores da saúde nessa data: 3.780 por 100 mil profissionais de saúde. Ou seja, **a taxa de infectados entre os profissionais de saúde é 7 vezes maior que na população geral.**

As categorias mais afetadas, como era de se esperar, são **aquelas mais presentes na linha de frente** (técnicos ou auxiliares de enfermagem (36,8%), seguido por médicos (11,6%), e enfermeiros (11,6%). Dos profissionais que ficam no apoio, os recepcionistas foram os mais afetados com 4,6% dos casos.

Outra questão de crucial importância diz respeito ao **sofrimento emocional desses trabalhadores**. Diante do crescimento do número de casos, seja nos pronto-socorros, seja nas unidades de atenção primária, das enfermarias e leitos de UTI tomados, dos óbitos que não conseguem evitar, tudo isso somado às condições inadequadas de trabalho, o sofrimento é atroz. Os depoimentos que o Conselho Municipal tem recebido deles/as mostram todos os medos, estresses e angústias que lhes tomam conta cotidianamente.

### 6. Ocupação de leitos hospitalares e de UTI

O último boletim, com dados até 23 de junho, mostrava taxas de ocupação de leitos de UTI públicos em 100% e 81% dos privados.

Não há dados atuais sobre o total de leitos, seja os gerais, seja os de UTI. Entretanto, acompanhando as notícias de jornais e os planos da Secretária de Saúde, sabe-se que houve um aumento considerável desses leitos na cidade, de tal modo que temos um dos maiores índices de leitos de UTI por habitantes do Brasil. Isso, indubitavelmente, contribui para que tenhamos também um dos menores índices de letalidade no país.

Segundo o último plano municipal eram 500 leitos de enfermaria e 204 de UTI readequados para o enfrentamento da pandemia. Não há informações mais atuais sobre esse tema.

### 7. Outras questões levantadas no Inquérito epidemiológico

- A maior prevalência é no sexo masculino (2,62 contra 1,96 nas mulheres), o que confirma uma tendência mundial. Uma das explicações possíveis é que os **homens se exponham mais**, seja através das ocupações de maior risco, seja por que, como se sabe mesmo em relação a outras doenças, se cuidem menos.
- A faixa etária de maior proporção de contaminação é a de 20 a 59 anos, também uma tendência mundial. Explica-se por ser a faixa **mais exposta nos processos laborais**.
- Como era de se esperar, a maior prevalência se dá entre os que tiveram contato com indivíduos com síndrome gripal, suspeitos de Covid-19 ou com casos confirmados.
- A grande maioria das pessoas com testes positivos não usavam máscaras ou álcool gel.**
- O contato com os “transmissores da doença” se deu prioritariamente dentro dos domicílios. Como o vírus não entra por conta própria, a contaminação se deu por **contactantes que moram junto e “trouxeram” o vírus para casa.**

### 8. Conclusão:

- Estamos hoje há 3 meses e meio do início da pandemia na cidade e há 3 meses de um isolamento que nunca ultrapassou 60% das pessoas em casa. Campinas ainda não arrefeceu a sua velocidade de crescimento, com o número de casos **dobrando a cada 15 dias aproximadamente desde o início de maio.**
- Esses inúmeros dados sobre os quais nos debruçamos indicam que temos uma taxa de transmissão muito provavelmente acima de 1, o que significa **curva de crescimento ainda longe do pico ou de um platô que pudesse significar melhora da situação.**
- É óbvio que, com taxa de transmissão alta, taxas de ocupação de leitos de UTI acima de 80% e tempo de ocupação de cada leito de UTI acima de 14 dias (chegando às vezes a 30 dias), a oferta de leitos **nunca será suficiente para cobrir a demanda crescente por internações e uso de ventiladores.**
- Ainda que se aumente o número de leitos e equipamentos, logo haverá **falta de profissionais experientes** suficientes para conduzir os casos, o que ocorrerá fatalmente no aumento do índice de letalidade. Outro fator que pode ampliar o índice de letalidade é a **migração para as regiões mais vulneráveis.**

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

- Dados de outros municípios e países demonstram que, ainda que se possa ter mais casos em bairros de baixa vulnerabilidade, as mortes estão mais diretamente ligadas às **condições precárias de moradia, impossibilidade financeira de se fazer o isolamento e menor escolaridade**, dificultando a compreensão da doença.
- Campinas, como outras **cidades que**, por análise inadequada da situação ou submissão à pressão de empresários, principalmente, **abriram ruas e comércio não essencial à população e precisaram voltar atrás na decisão**. São exemplos disso Porto Alegre, Florianópolis, Camboriú, entre outras. Belo Horizonte é um caso emblemático: era uma das cidades com melhor condução da crise sanitária e uma das que primeiro autorizou a abertura de serviços não essenciais: voltou a fechá-los no dia 29, diante do aumento explosivo de casos. Agora já se cogita a tomar medidas mais restritivas naquela cidade.
- Aqui, embora se tenha tomado, em grande parte as ações necessárias logo no começo da transmissão comunitária, à medida que o tempo passou, provavelmente por pressão de grupos tradicionais de mando na cidade, decidiu-se afrouxar o isolamento social. Por várias vezes, através de ideias mirabolantes (adiantar feriados, reduzir frota de ônibus, anunciar rodízios de automóveis, flexibilização do isolamento, etc.), com idas e vindas, passou-se **sinais contraditórios na condução da crise**, além de mensagens de um certo controle que nunca existiu. Sabe-se também que um impedimento para maior isolamento é a **insuficiente proteção da população de menor renda**. Da parte do governo federal houve a ajuda financeira de 600 reais, com grandes dificuldades para se sacar os recursos, o que ainda persiste em certa medida até o momento. Embora importante, é necessário uma combinação de mais e melhores medidas para efetivar a proteção social que criam condições para o isolamento.
- **Campinas deixou a desejar no quesito comunicação e educação popular**, capaz de se criar uma outra consciência sanitária sobre o momento que enfrentamos. Tudo isso resultou em grande movimento nas ruas centrais de comércio ou nos bairros. São comuns os relatos de festas, aglomerações em praças e em outros locais, conforme notas na imprensa local e como demonstra o inquérito populacional recém realizado.
- No início da pandemia eram enormes as queixas e denúncias de trabalhadores sobre **condições inadequadas de trabalho e falta de EPI**, situação que só melhorou após pressão do Conselho

Municipal de Saúde em aliança com o Ministério Público do Trabalho. Embora as reclamações tenham diminuído, ainda há problemas não solucionados.

- Embora a Secretaria comemore que é “melhor que no restante onde o índice é entre 7 a 10 vezes maior” (o nosso é de 3,8 vezes mais), o que assistimos de fato é uma dramática piora da realidade, sem motivos para júbilo extemporâneo.
- Vários estudos demonstram que se faz necessário, nessa situação (elevada taxa de transmissão da doença, taxas de ocupação de leitos superior a 60-70%, números de óbitos em ascensão) **medidas mais drásticas para mitigar a pandemia**. São medidas necessárias para reduzir a transmissão do vírus abaixo de 1, quando o número de casos diários começaria a decrescer em relação aos dias anteriores.

Algumas perguntas restam serem respondidas para melhor **planejamento da situação de agora em diante**. São elas:

- a) **Por que Campinas não toma as medidas necessárias para deprimir a curva de crescimento?** Por exemplo: manter o fechamento de escolas, o fechamento de todos os serviços não essenciais, incluindo escritórios, lojas de automóveis, templos religiosos, isolamento voluntário de pessoas com sintomas, testagem dos sintomáticos e oligossintomáticos para orientar o isolamento, entre outras.
- b) **Qual será o indicador que orientará essa decisão?**
- c) Sem suporte financeiro é impossível que a maior parte da população permaneça em casa. Embora as principais medidas com esse objetivo sejam de iniciativas do Governo Federal, **qual a contribuição do município para reduzir os problemas financeiros das populações mais pobres?** Quais as medidas tomadas até o momento? Por que não se utilizar dos hotéis que estão fechados para abrigar a população mais pobre que necessita de isolamento, incluindo moradores de instituições de longa permanência?
- d) A Secretaria de Saúde tem estimulado a ampliação de horas extras para aberturas de novos leitos na UPA Carlos Lourenço e para abertura de Centros de Saúde nos finais de semana. Ampliação das exaustivas jornadas de trabalho pode resultar em mais estresse, síndrome de “burnout” e mais sofrimento mental. **Por que não fazer contratações**

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

- emergenciais também para a atenção primária e para essas situações, ampliando a proteção da saúde do trabalhador e, conseqüentemente, dos usuários dos serviços públicos?**
- e) Com taxas de ocupação total (100%) de leitos de UTI públicos e de 80% dos leitos privados, e com a migração dos casos e óbitos para as regiões mais pobres, de dependência total do SUS, **por que não fazer fila única para a ocupação desses leitos?**
- f) Considerando que não há informação no último boletim da Secretaria e para **maior transparência das informações**, perguntamos:
1. Quantos são os leitos hospitalares na cidade?
  2. Quanto desses são SUS (próprios e conveniados) e não-SUS?;
  3. Qual o total desses leitos reservados para Covid19?
  4. Qual o total de leitos de UTI SUS (próprios e conveniados)?
  5. Qual o total de leitos de UTI não-SUS?
  6. Qual o total de leitos de UTI reservados para Covi19 na cidade?
  7. Qual o total de leitos de UTI reservados para covid19 no SUS (próprios e contratados) e total de leitos de UTI não-SUS reservados para covid19?

Secretaria Executiva do  
Conselho Municipal de Saúde de Campinas  
01/07/2020