



Caraguatatuba zera ocupação dos leitos de UTI Covid (21 de março de 2022) - Foto: Marielle Fernandes/PMC

Pela primeira vez, desde que o Observatório Covid-19 Fiocruz começou a monitorar as taxas de ocupação de leitos de UTI SRAG/Covid-19 em julho de 2020, o mapa do Brasil está “verde”, sinalizando que todos os estados e o Distrito Federal estão fora da zona de alerta, com taxas inferiores a 60%. Este cenário reflete a tendência de queda de indicadores de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) e de incidência e mortalidade por Covid-19, ainda que com variabilidade em alguns estados. O quadro bastante positivo ainda exige atenção nas ações de vigilância em saúde e cuidados, pois esta queda encontra-se acompanhada de taxas ainda elevadas de SRAG, incidência e mortalidade por Covid-19.

O cenário atual é resultado do avanço na vacinação, com 82% da população com a primeira dose, 74% com o esquema de vacinação completo e 34% com a dose de reforço. Porém, este avanço precisa ser ampliado e acelerado para que se reflita em maior velocidade na queda das internações e óbitos. Nas análises envolvendo dados sobre internações e óbitos para SRAG e Covid-19 destacam-se grupos extremos da pirâmide etária. Em um dos extremos, os idosos, que têm na idade um fator de risco, o que reforça a necessidade de busca ativa daqueles que ainda não tomaram a terceira dose, e aplicação da quarta dose para aqueles elegíveis. Em outro extremo estão as crianças e a preocupação quanto a elas se deve à baixa adesão dos responsáveis à vacinação, sendo fundamental a busca ativa de crianças entre 5 e 11 anos.

Os indicadores epidemiológicos, de ocupação de leitos de UTI Covid-19 e vacinação sinalizam para uma situação bastante promissora. Porém, tendo como base o princípio da precaução, no sentido da prevenção, o Observatório Covid-19 Fiocruz considera prudente a manutenção do uso de máscaras para

determinados ambientes fechados, com grande concentração de pessoas (o que inclui os transportes coletivos), ou mesmo abertos em que há aglomerações, tendo como referência as **Recomendações sobre o uso de máscaras no atual cenário epidemiológico – quem, quando e qual máscara utilizar?**, elaboradas pela Sociedade Brasileira de Infectologia e a Associação Médica Brasileira.

Estas recomendações indicam os seguintes grupos populacionais para o uso de máscaras: 1) indivíduos sintomáticos ou pessoas que estejam potencialmente em contato com transmissores; 2) populações mais vulneráveis, o que inclui: não-vacinados contra a Covid-19 ou que receberam imunização incompleta (menos de três doses, quando indicada a dose de reforço); imunossuprimidos; pessoas com idade maior que 60 anos (principalmente maiores que 70 anos), em especial com presença de doenças crônicas; e gestantes com ou sem comorbidades. Estas medidas, combinadas com a ampliação da vacinação, atingindo regiões com baixa cobertura, e doses de reforço em grupos populacionais mais vulneráveis, podem reduzir ainda mais os impactos da pandemia sobre a mortalidade e internações.

Ao mesmo tempo, todo o sistema de saúde deve se valer do período de menor transmissão da Covid-19 para readequar os serviços para o atendimento de demandas represadas durante as fases anteriores de alta de casos, por exemplo, com a distribuição estratégica de testes, a capacitação profissional para atividades de vigilância e detecção rápida de eventuais surtos. É necessário também investir nas ações de cuidado e tratamento, o que envolve desde o reforço da atenção primária de saúde e a organização dos serviços para o atendimento de síndromes pós-Covid, assim como a possível incorporação de medicamentos baseados em evidências científicas hoje disponíveis para o tratamento da Covid-19 moderada ou grave.

Casos e óbitos por Covid-19

Os dados registrados nas duas últimas semanas epidemiológicas (6 a 19 de março) confirmam a manutenção da tendência de queda de indicadores de incidência e mortalidade por Covid-19, porém em menor velocidade. Essa redução pode apontar para um período de estabilidade da transmissão nas próximas semanas, com taxas ainda altas de incidência e mortalidade. Foi registrada uma média de 42 mil casos diários, representando um decréscimo de 32% em relação às duas semanas anteriores (20 de fevereiro a 5 de março). Também foi observada a redução do número de óbitos por Covid-19 no período, com uma média diária de 570 óbitos, cerca de 35% abaixo dos valores das duas semanas anteriores. No entanto, é importante destacar que, na semana de 6 a 12 de março, houve um pequeno aumento no número de casos, o que pode ser resultado de festas e viagens no período de Carnaval, da flexibilização do uso de máscaras e realização de eventos de massa que têm ocorrido em algumas cidades. Na semana seguinte, esses valores tornaram a cair.

A maior parte dos estados apresentou estabilidade dos indicadores de transmissão, com exceção de Rondônia e Acre, que tiveram redução significativa do número de casos e de óbitos, e de Amapá, Maranhão, Piauí, Paraíba, Bahia e Mato Grosso do Sul, que apresentaram uma diminuição no número de óbitos, mas manutenção do número de casos. As maiores taxas de incidência no período foram observadas em Rondônia, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Goiás. As maiores taxas de mortalidade por Covid-19 foram registradas no Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Goiás. Esses e outros dados sobre a transmissão de Covid-19 podem ser visualizados no sistema MonitoraCovid-19, disponibilizado pelo Instituto de Comunicação e Informação em Saúde (Icict/Fiocruz).

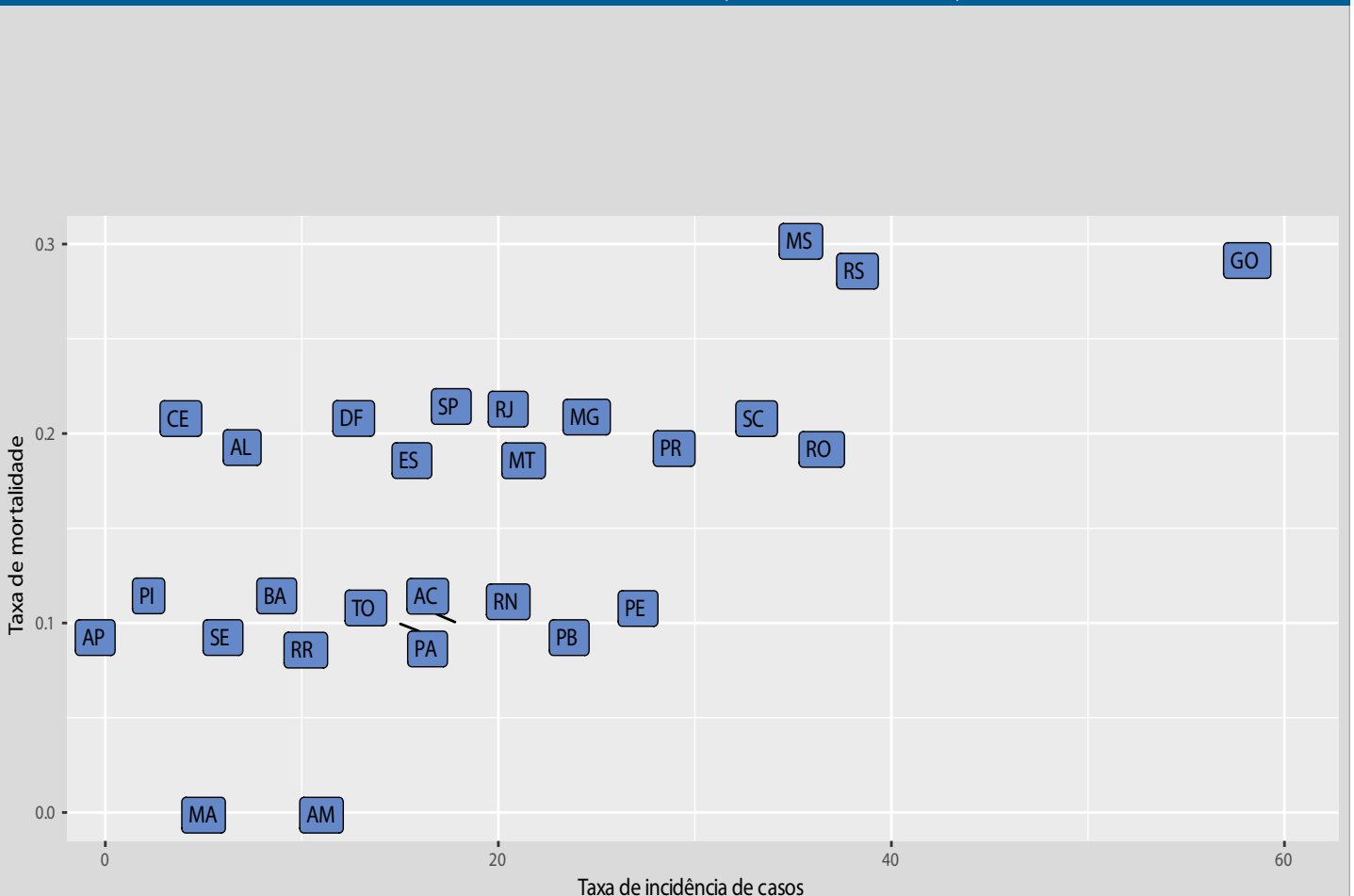
Não foi possível o acesso a dados recentes de testes de diagnóstico, o que prejudica uma visão abrangente das tendências

da pandemia. O índice de positividade dos testes, isto é, a proporção dos testes de diagnóstico por RT-PCR realizados que apresentaram resultados positivos, tem sido utilizado pelo Observatório Covid-19 Fiocruz como indicador da intensidade da transmissão do vírus Sars-CoV-2 e pode antecipar a ocorrência de surtos da doença, bem como novas pressões sobre os serviços de saúde.

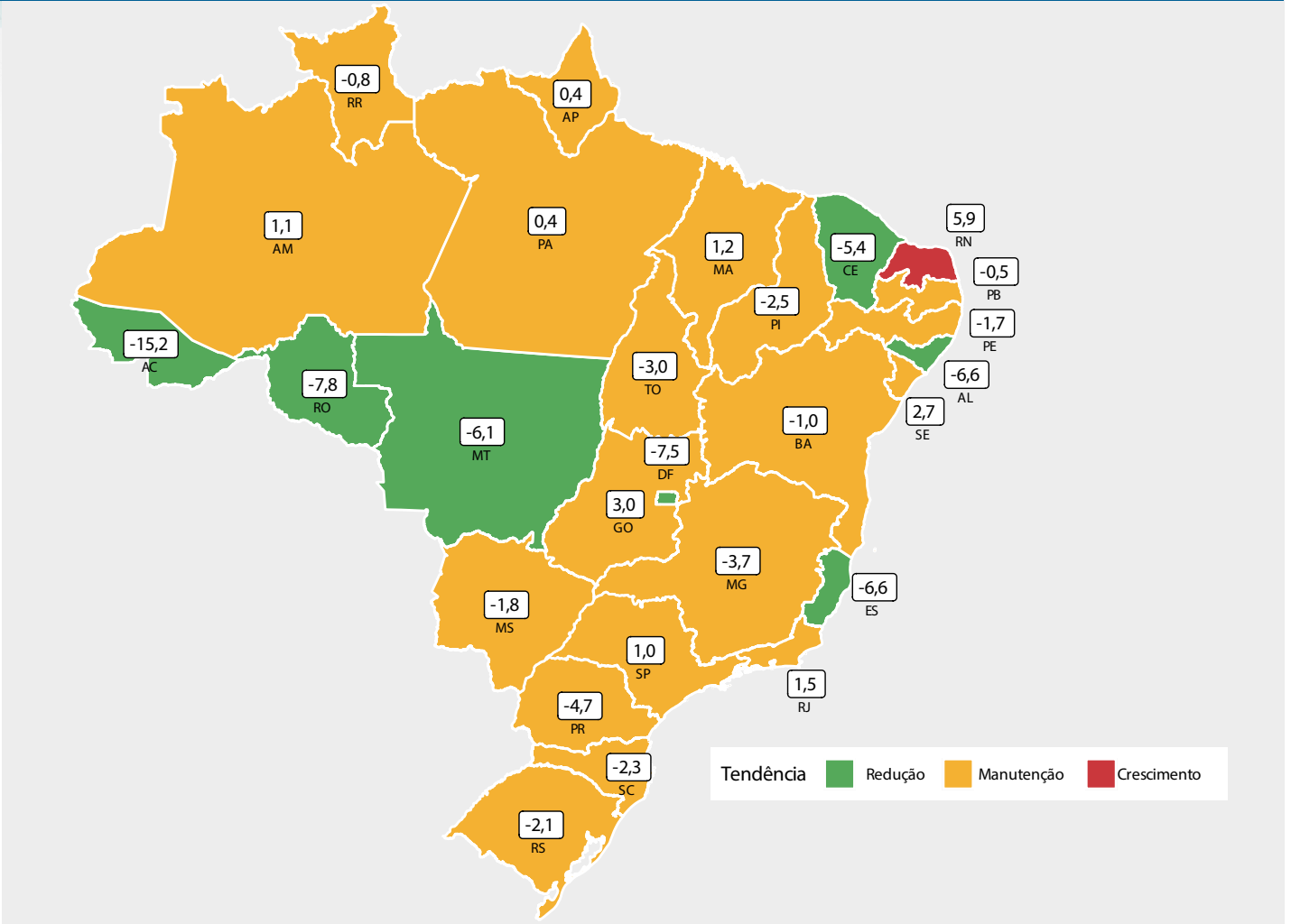
A taxa de letalidade por Covid-19, isto é, a proporção de casos notificados que evoluíram para óbito, permaneceu em valores próximos a 1%. Ao longo de 2021, esses valores oscilavam entre 2% e 3%. Foram reduzidos para 0,2% no início de 2022 e, ao longo do mês de março, voltaram a aumentar para 1%. A redução do indicador, observada durante a terceira onda epidêmica, deveu-se principalmente à vacinação de grande parte da população-alvo no país e à menor gravidade da infecção pela variante Ômicron. O aumento recente da letalidade pode demarcar o fim de um período de alta transmissibilidade da doença, bem como deve servir de alerta para a possível ocorrência de um menor número de casos, porém com maior gravidade, principalmente entre grupos populacionais mais vulneráveis, não vacinados ou com esquema de vacinação incompleta. Esses dados permitem afirmar que a “terceira onda” epidêmica no Brasil, com o predomínio da variante Ômicron entre os casos, está em fase de extinção.

A ampliação da vacinação, atingindo regiões com baixa cobertura e doses de reforço em grupos populacionais mais vulneráveis, pode reduzir ainda mais os impactos da pandemia sobre a mortalidade e as internações. Ao mesmo tempo, todo o sistema de saúde deve se valer do período de menor transmissão da Covid-19 para readequar os serviços para o atendimento de demandas repressadas durante as fases anteriores de alta de casos, por exemplo, com a distribuição estratégica de testes, a capacitação profissional para atividades de vigilância e cuidado e o reforço da atenção primária de saúde, bem como o atendimento de síndromes pós-Covid.

TAXAS DE INCIDÊNCIA E MORTALIDADE (CASOS POR 100.000 HAB.)

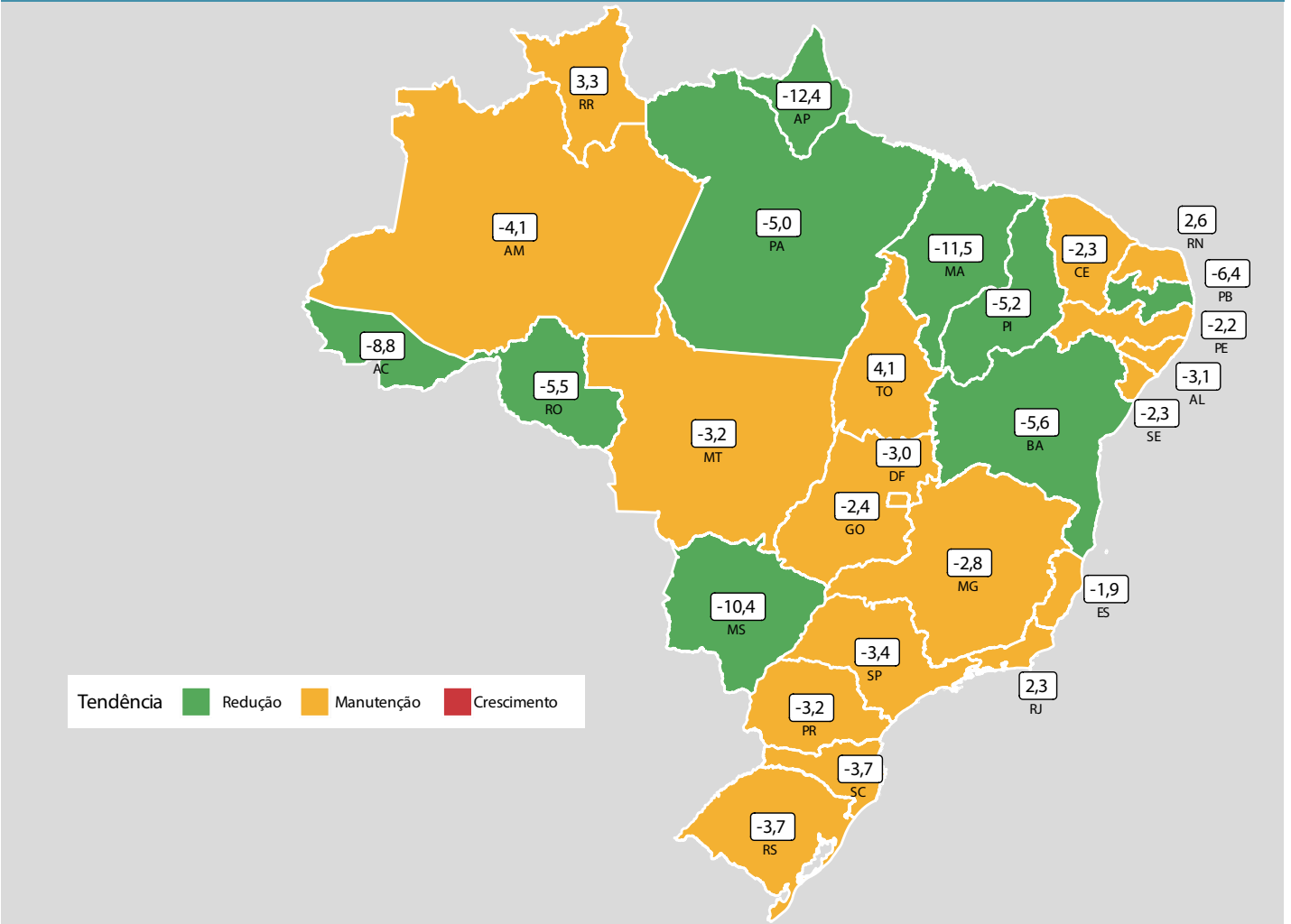


TENDÊNCIA DE INCIDÊNCIA DE COVID-19 - CRESCIMENTO MÉDIO DIÁRIO DO NÚMERO DE CASOS (%) NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS



Observatório Covid-19 | Fiocruz

TENDÊNCIA DE MORTALIDADE POR COVID-19 - CRESCIMENTO MÉDIO DIÁRIO DO NÚMERO DE ÓBITOS (%) NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Os mapas têm como objetivo apontar tendências na incidência de casos e de mortalidade nas últimas duas semanas epidemiológicas. O valor acima de 5% indica uma situação de alerta máximo; variação entre a -5 e +5% indica estabilidade e manutenção do alerta e menor que -5% indica redução, mesmo que temporária, da transmissão.

TENDÊNCIAS DA INCIDÊNCIA E DA MORTALIDADE POR COVID-19

| Região | UF | Casos | % | Óbitos | % | Taxa de casos | Taxa de óbitos |
|--------------|---------------------|-------|---------|--------|---------|---------------|----------------|
| Norte | Rondônia | | ↓ -7,8 | | ↓ -5,5 | 38,1 | 0,2 |
| Norte | Acre | | ↓ -15,2 | | ↓ -8,8 | 17,9 | 0,1 |
| Norte | Amazonas | | ↔ 1,1 | | ↔ -4,1 | 9,4 | 0,0 |
| Norte | Roraima | | ↔ -0,8 | | ↔ 3,3 | 9,4 | 0,1 |
| Norte | Pará | | ↔ 0,4 | | ↔ -5,0 | 14,9 | 0,1 |
| Norte | Amapá | | ↔ 0,4 | | ↓ -12,4 | 1,0 | 0,1 |
| Norte | Tocantins | | ↔ -3,0 | | ↔ 4,1 | 11,7 | 0,1 |
| Nordeste | Maranhão | | ↔ 1,2 | | ↓ -11,5 | 6,6 | 0,0 |
| Nordeste | Piauí | | ↔ -2,5 | | ↓ -5,2 | 3,2 | 0,1 |
| Nordeste | Ceará | | ↓ -5,4 | | ↔ -2,3 | 5,4 | 0,2 |
| Nordeste | Rio Grande do Norte | | ↑ 5,9 | | ↔ 2,6 | 18,9 | 0,1 |
| Nordeste | Paraíba | | ↔ -0,5 | | ↓ -6,4 | 22,1 | 0,1 |
| Nordeste | Pernambuco | | ↔ -1,7 | | ↔ -2,2 | 25,6 | 0,1 |
| Nordeste | Alagoas | | ↓ -6,6 | | ↔ -3,1 | 5,5 | 0,2 |
| Nordeste | Sergipe | | ↔ 2,7 | | ↔ -2,3 | 7,5 | 0,1 |
| Nordeste | Bahia | | ↔ -1,0 | | ↓ -5,6 | 7,8 | 0,1 |
| Sudeste | Minas Gerais | | ↔ -3,7 | | ↔ -2,8 | 22,8 | 0,2 |
| Sudeste | Espírito Santo | | ↓ -6,6 | | ↔ -1,9 | 16,2 | 0,2 |
| Sudeste | Rio de Janeiro | | ↔ 1,5 | | ↔ 2,3 | 19,0 | 0,2 |
| Sudeste | São Paulo | | ↔ 1,0 | | ↔ -3,4 | 18,6 | 0,2 |
| Sul | Paraná | | ↔ -4,7 | | ↔ -3,2 | 30,5 | 0,2 |
| Sul | Santa Catarina | | ↔ -2,3 | | ↔ -3,7 | 31,6 | 0,2 |
| Sul | Rio Grande do Sul | | ↔ -2,1 | | ↔ -3,7 | 38,3 | 0,3 |
| Centro-Oeste | Mato Grosso do Sul | | ↔ -1,8 | | ↓ -10,4 | 33,8 | 0,3 |
| Centro-Oeste | Mato Grosso | | ↓ -6,1 | | ↔ -3,2 | 22,3 | 0,2 |
| Centro-Oeste | Goiás | | ↔ 3,0 | | ↔ -2,4 | 59,8 | 0,3 |
| Centro-Oeste | Distrito Federal | | ↓ -7,5 | | ↔ -3,0 | 14,2 | 0,2 |

Níveis de atividade e incidência de SRAG

Nas semanas epidemiológicas 10 e 11 de 2022 (6 a 19 de março), as Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) seguiram em declínio no país. Entretanto, observa-se que a redução foi menos intensa quando comparada a semanas anteriores. Atualmente, pela estimativa de nowcasting, a taxa de incidência de SRAG no país é de 2,3 casos por 100 mil habitantes.

Em termos de tendências observadas nos estados, a maioria mantém tendência de queda nas incidências de SRAG. No entanto, em Roraima, Sergipe, Espírito Santo e Distrito Federal observou-se tendência de aumento. Diante disso, essas unidades da Federação devem ter mais atenção na vigilância epidemiológica e será importante acompanhá-las nas próximas semanas. Tocantins, Maranhão, Ceará e Rio de Janeiro encontram-se em estabilidade e os demais estados em redução. Nas capitais a tendência é de redução, porém menos acentuada. Em Boa Vista, Florianópolis, Fortaleza e Aracaju há tendência de alta. No Rio de Janeiro, Vitória, Salvador, Belém, Maceió e Porto Velho observa-

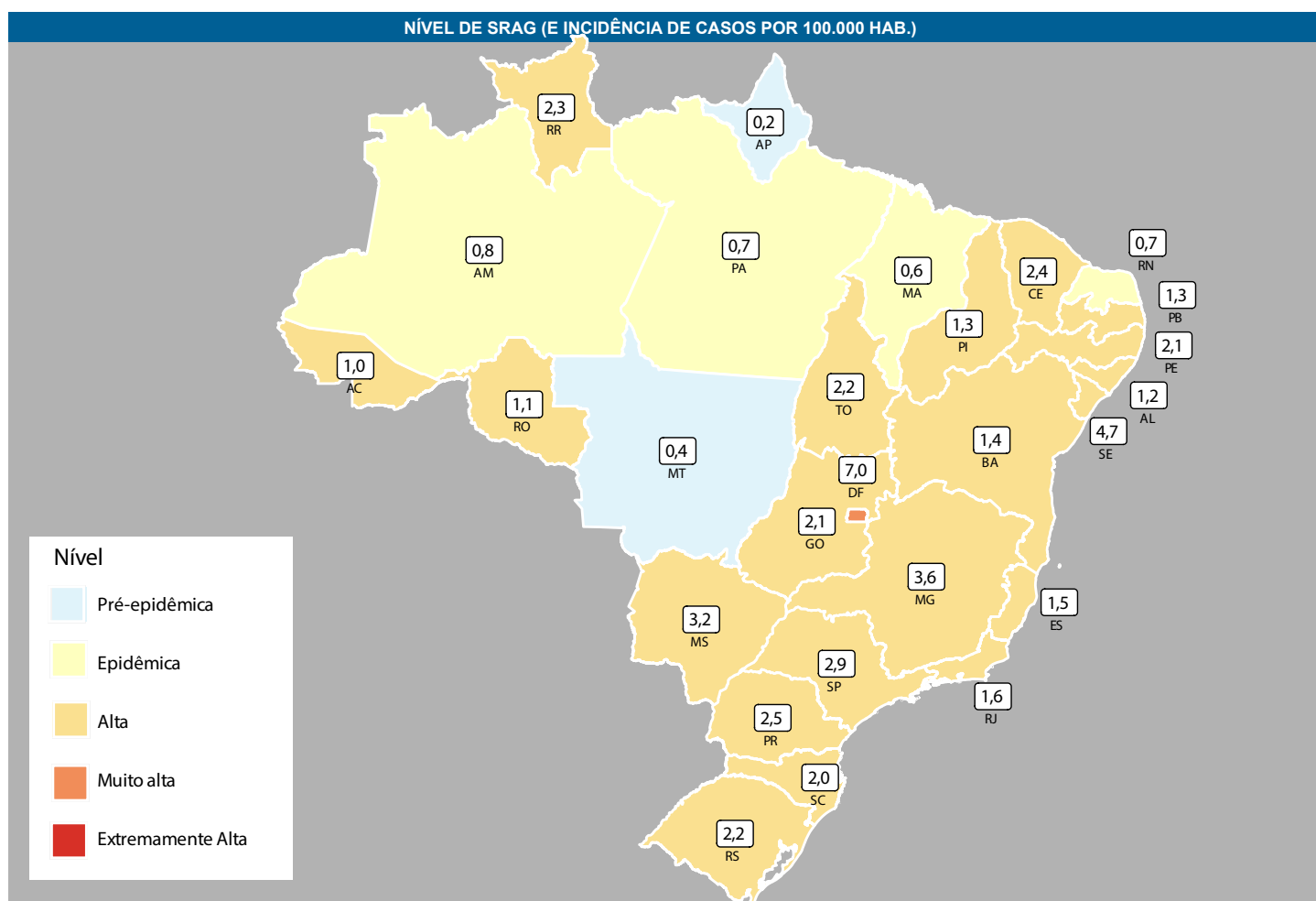
se estabilidade e nas demais capitais constata-se declínio das respectivas incidências. Vale notar, pelos dados do Boletim Infogripe, que mesmo com estas tendências a maioria das macrorregiões de saúde ainda encontra-se em nível alto de transmissão.

As notificações SRAG referem-se a casos graves, com hospitalização e/ou óbito, por doenças respiratórias. As tendências recentes de diminuição de casos aparecem para todas as faixas etárias, com exceção de 0 a 4 e 5 a 11 anos, em que há presença de casos de SRAG por Covid-19, como também por outras doenças respiratórias. É importante a vacinação contra a Covid-19 para crianças, assim como as demais vacinas do calendário infantil. Para a população em geral, também é importante o esquema completo de vacinação e as doses de reforço para os adultos.

As estimativas de incidência de SRAG são realizadas por meio de modelo estatístico para nowcasting no projeto Infogripe (PROCC/Fiocruz), utilizando dados da vigilância de SRAG (Sivep-Gripe).

| NÍVEIS DE ATIVIDADE E INCIDÊNCIA DE SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS GRAVES (SRAG) | | | | | |
|--|---------------------|-------|------|---------------|--|
| Região | UF | Casos | Taxa | Nível | |
| Norte | Rondônia | | 1,1 | Alta | |
| Norte | Acre | | 1,0 | Alta | |
| Norte | Amazonas | | 0,8 | Epidêmica | |
| Norte | Roraima | | 2,3 | Alta | |
| Norte | Pará | | 0,7 | Epidêmica | |
| Norte | Amapá | | 0,2 | Pré-epidêmica | |
| Norte | Tocantins | | 2,2 | Alta | |
| Nordeste | Maranhão | | 0,6 | Epidêmica | |
| Nordeste | Piauí | | 1,3 | Alta | |
| Nordeste | Ceará | | 2,4 | Alta | |
| Nordeste | Rio Grande do Norte | | 0,7 | Epidêmica | |
| Nordeste | Paraíba | | 1,3 | Alta | |
| Nordeste | Pernambuco | | 2,1 | Alta | |
| Nordeste | Alagoas | | 1,2 | Alta | |
| Nordeste | Sergipe | | 4,7 | Alta | |
| Nordeste | Bahia | | 1,4 | Alta | |
| Sudeste | Minas Gerais | | 3,6 | Alta | |
| Sudeste | Espírito Santo | | 1,5 | Alta | |
| Sudeste | Rio de Janeiro | | 1,6 | Alta | |
| Sudeste | São Paulo | | 2,9 | Alta | |
| Sul | Paraná | | 2,5 | Alta | |
| Sul | Santa Catarina | | 2,0 | Alta | |
| Sul | Rio Grande do Sul | | 2,2 | Alta | |
| Centro-Oeste | Mato Grosso do Sul | | 3,2 | Alta | |
| Centro-Oeste | Mato Grosso | | 0,4 | Pré-epidêmica | |
| Centro-Oeste | Goiás | | 2,1 | Alta | |
| Centro-Oeste | Distrito Federal | | 7,0 | Muito alta | |

Observatório Covid-19 | Fiocruz



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Perfil demográfico

O perfil demográfico dos casos de internação por Covid-19 ganhou destaque no Boletim do Observatório Covid-19 Fiocruz há exatamente um ano. Naquele momento, o fenômeno do rejuvenescimento era a característica mais marcante no cenário epidemiológico. Ele foi resultado, por um lado, do avanço da vacinação entre os idosos, inicialmente. Por outro, foi influenciado pelo retorno da população economicamente ativa às atividades presenciais, em meio ao surgimento da variante Gamma. Por isto, houve aumento absoluto de casos em todos os grupos etários, de forma desproporcional entre adultos jovens. Desde então, a vacinação progrediu aos demais grupos etários, houve novas fases da pandemia, com a introdução de novas variantes – a Delta e a Ômicron – e o impacto que elas causaram em um país com maior cobertura vacinal, mas com exaustão nas medidas de distanciamento físico. Estas medidas, que também se comportam de forma desigual entre os grupos etários, ratificam a importância da análise do perfil etário dos casos de maior gravidade e fatalidade.

A transmissão comunitária da variante Ômicron fez crescer o número de casos em níveis impressionantes desde o final de dezembro de 2021. A análise atual compreende esse período, incluindo dados entre a Semana Epidemiológica (SE) 50 de 2021 (12 a 18 de dezembro) até a SE 10 de 2022 (6 a 12 de março)¹. O que se observa é que a idade média das internações vem reduzindo consistentemente e também a mediana das internações apresentou queda nas duas últimas semanas. Houve manutenção da idade média e idade mediana das internações em UTI e discreto aumento da idade média e principalmente da mediana de óbitos. Na SE 10 de 2022, metade das internações ocorreu entre pessoas entre 70 anos (leitos clínicos) e 72 anos (leitos de UTI). Sobre os óbitos, metade dos eventos ocorreu em pessoas com no mínimo 78 anos (figura 1). Esta evidência reforça a ideia de que a população, principalmente a mais longe-

va, tem maior vulnerabilidade às formas graves e fatais da Covid-19. **Na fase atual, em que o país completa seis meses desde o início da aplicação das primeiras doses de reforço entre os idosos, há recomendação da necessidade de aplicação de uma quarta dose nesse grupo.**

O deslocamento da curva de distribuição das internações e óbitos é notável. À medida em que a onda provocada pela transmissão comunitária da variante Ômicron crescia em número de casos novos – e, conseqüentemente, em número de internações – observou-se também um padrão cada vez mais envelhecido, semana após semana, das formas graves da doença (figura 2). **Desde o momento do pico da nova fase, que ocorreu aproximadamente na SE 5 de 2022 (31 de janeiro a 5 de fevereiro), houve recuo da curva de distribuição proporcional por idade simples, ainda que de forma discreta.**

É importante mencionar que a variabilidade em torno da idade média aumentou durante esta fase da pandemia. Isto significa que, **ao mesmo tempo em que casos graves e fatais ficaram mais concentrados nas idades mais avançadas, cresceu a contribuição de grupos mais jovens, principalmente de crianças, no quantitativo total de número de casos.** Isto se expressou no número absoluto de internações entre crianças (figura 3), assim como na contribuição proporcional dessa faixa etária nas internações (figura 4). **Por um lado, a idade se estabelece como um fator de risco independente para o agravamento, demonstrada pela elevada ocorrência de internações e óbitos entre idosos. Por outro lado, a maior vulnerabilidade das crianças, provocada principalmente pela baixa adesão deste grupo à vacinação, compromete igualmente o grupo que se encontra no extremo oposto da pirâmide etária. O que ocorre, ao final, é uma maior contribuição relativa dos grupos extremos da pirâmide etária para as internações e óbitos.**

1. A análise inclui dados até a semana epidemiológica 10/2022. Os dados da semana epidemiológica 11 ainda se encontram em processamento, pois muitos casos permanecem abertos, ainda em investigação e/ou tratamento hospitalar (portanto, sem desfecho).

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO DE MÉDIA E MEDIANA DE IDADE PARA INTERNAÇÕES CLÍNICAS, INTERNAÇÕES EM UTI E ÓBITOS POR COVID-19 SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2022

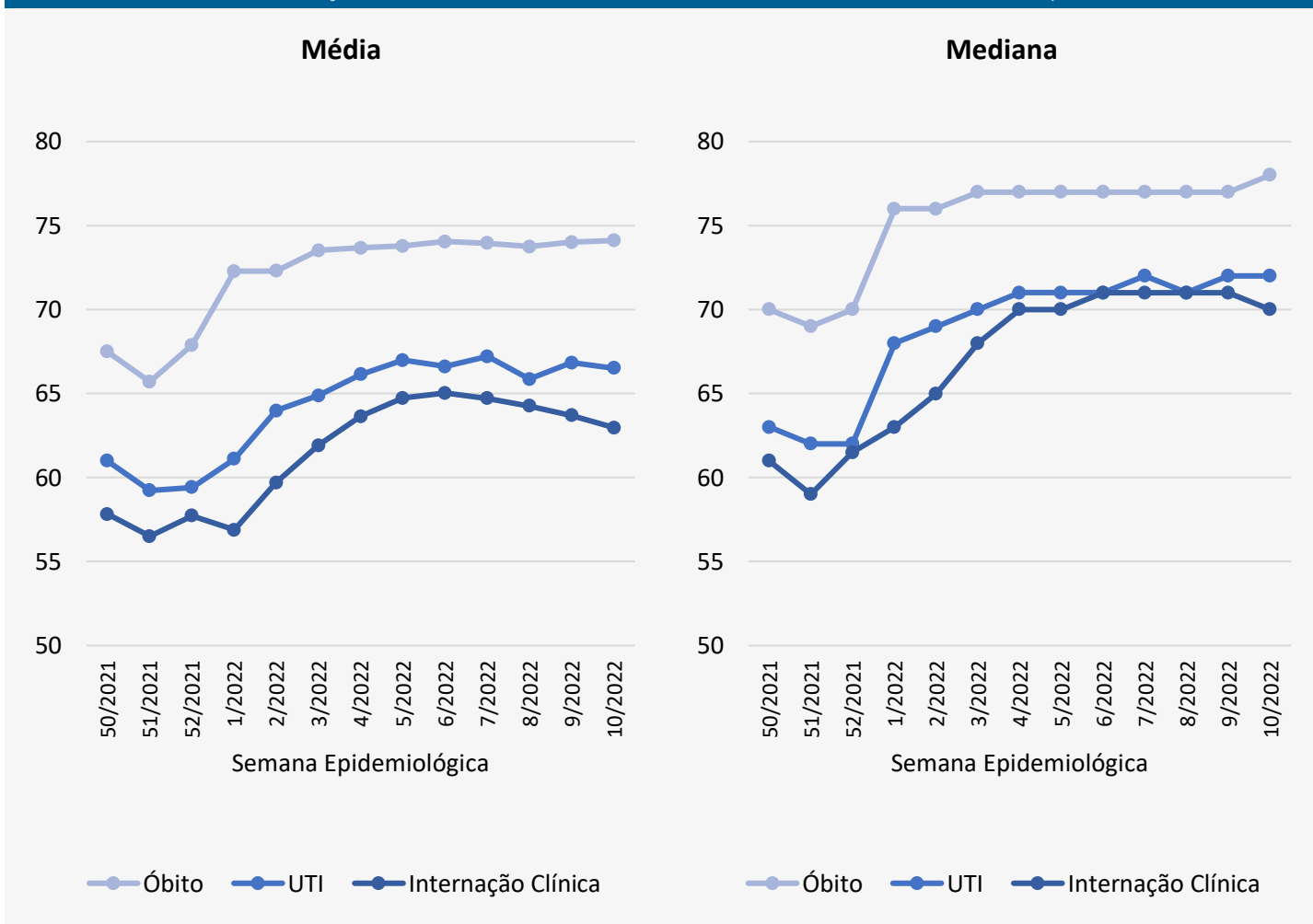
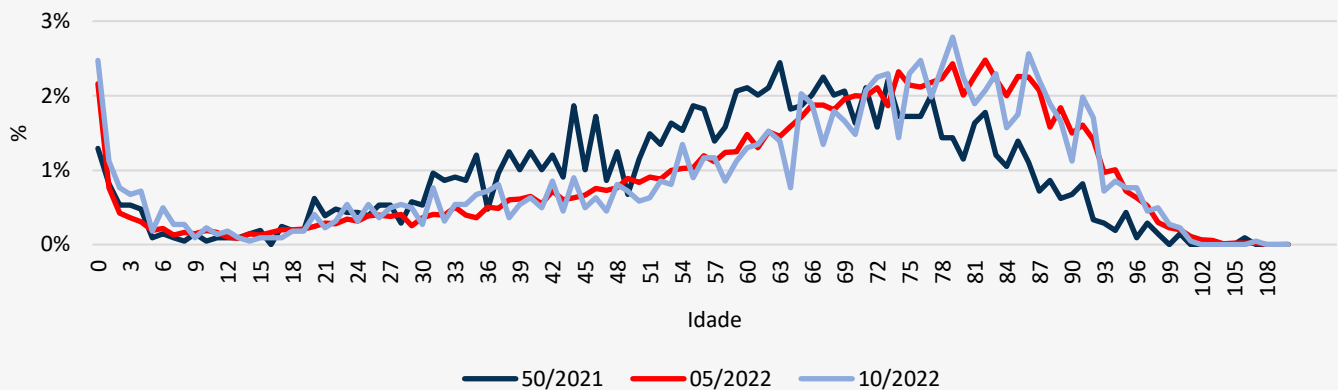
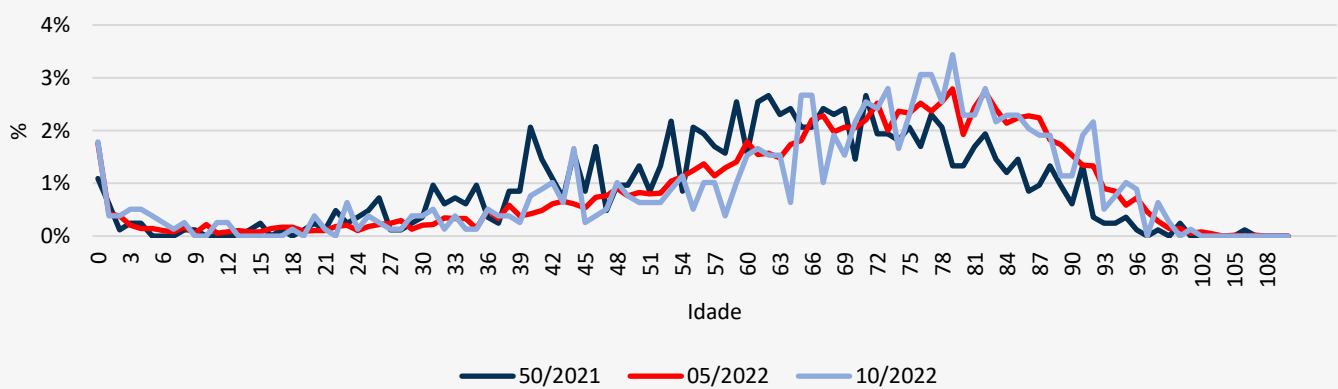


FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICAS, INTERNAÇÕES EM UTI E ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2022

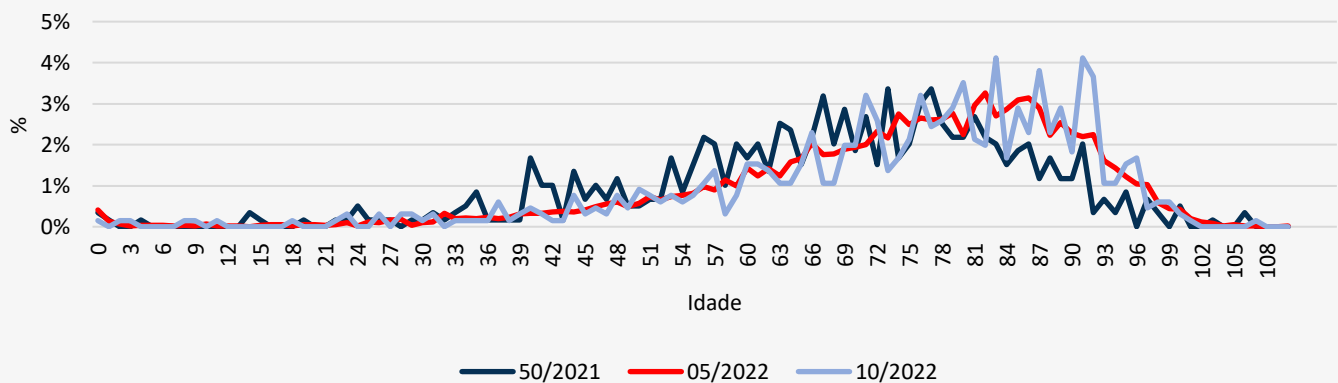
INTERNAÇÕES CLÍNICAS



INTERNAÇÕES EM UTI



ÓBITOS



Fonte: Sivep-Gripe, 2022

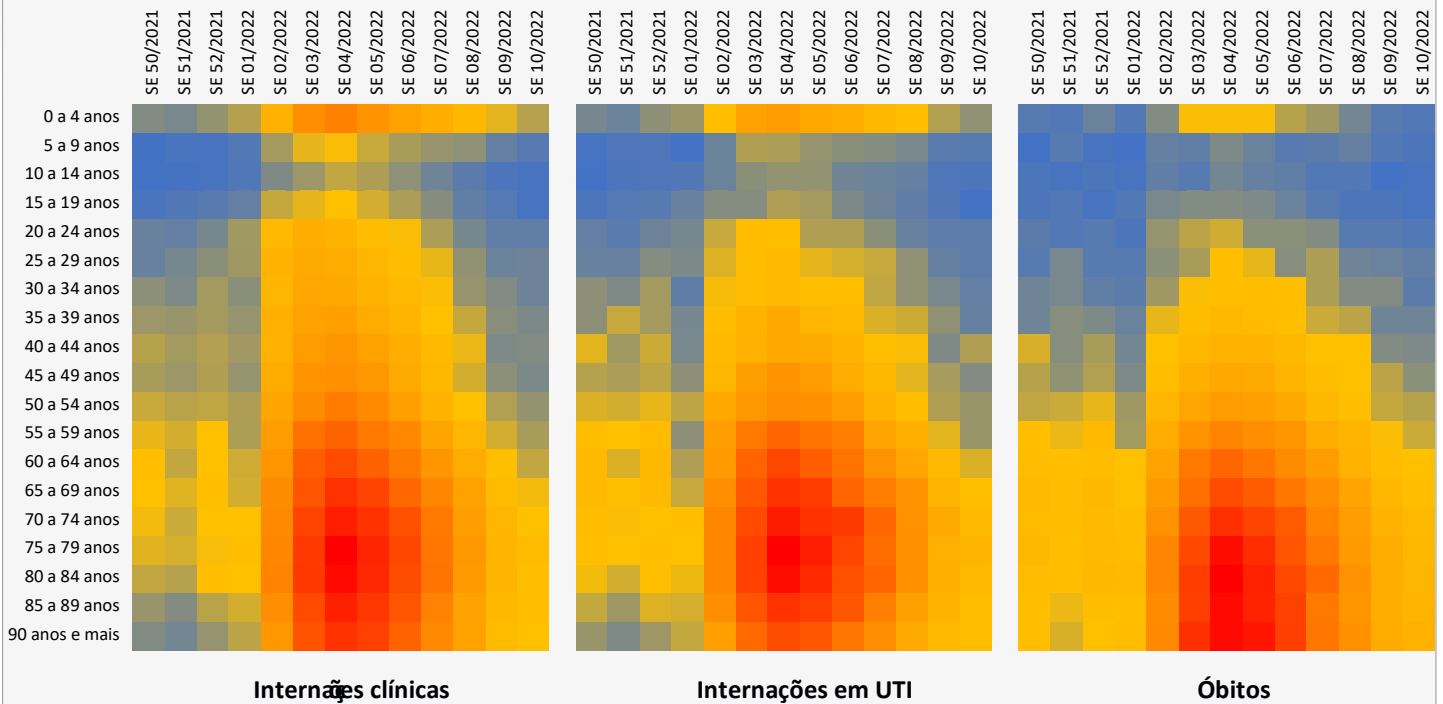
Se os adultos – e principalmente os idosos – têm importante contribuição relativa nas internações e óbitos, devido à concomitância de comorbidades e da própria imunosenescência, as crianças representam uma preocupação para o enfrentamento da pandemia. Trata-se de um grupo com intensa interação social com outros grupos – inclusive nas escolas, que retornam gradualmente às atividades presenciais. Isto contribui diretamente para a dinâmica da transmissão da doença. Além disso, elas se tornaram particularmente vulneráveis por estarem cercadas de pessoas já com esquema vacinal completo, ou em curso, tornando-se alvo do vírus, que não encontra nelas barreiras para a sua multiplicação. Finalmente, um aumento de casos sintomáticos graves em crianças cria uma situação de colapso com maior facilidade, uma vez que há uma histórica baixa disponibilidade de leitos de UTI neonatal e, principalmente, de CTI pediátrico no país.

Finalmente, pode-se dizer que o ponto de mudança da Covid-19, de pandemia para endemia, que tem na Organização Mundial de Saúde a principal referência para esta definição, certamente envolverá um conjunto de indicadores, sendo um deles o de letalidade. Quando a ocorrência de formas graves que requerem internação for suficientemente pequena para gerar poucos óbitos, e não criar pressão sobre o sistema de saúde, será possível saber que se trata de uma doença para a qual se poderá assumir ações de médio e longo prazo sem precisar contar com estratégias de

resposta imediata. O que se observa, para a letalidade hospitalar (probabilidade de morte entre aqueles que demandaram por internações), é que há um gradiente na relação entre a letalidade e a idade. Ou seja, a letalidade hospitalar cresce à medida em que progride a idade dos grupos etários (figura 5). **Nota-se, ainda, uma tendência recente de queda da letalidade nos grupos etários de 0 a 9 anos e entre 20 e 79 anos. Isso traduz, por um lado, uma possível reorganização da rede assistencial pediátrica para lidar com a demanda por internação de crianças. Ao mesmo tempo, a progressiva redução de internações permite maior acomodação desta demanda. Preocupa, entretanto, a manutenção da letalidade no grupo de 80 anos e mais (o que reforça a necessidade de resgate daqueles que ainda não tomaram a terceira dose e a aplicação da quarta dose daqueles elegíveis). Ainda se destaca o aumento, ainda que discreto, da letalidade hospitalar entre adolescentes de 10 a 19 anos.**

A distribuição etária das formas mais graves, portanto, ainda é um indicador importante para uma melhor organização da rede assistencial, assim como para a definição de novos protocolos de prevenção, principalmente com a celeridade da aprovação da vacinação para população abaixo de 5 anos e busca ativa de crianças entre 5 e 11 anos. Atenção especial ainda deve ser dada ao grupo de idosos mais longevos, para o qual se inicia a aplicação da quarta dose.

FIGURA 3: DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA DE INTERNAÇÕES CLÍNICAS, INTERNAÇÕES EM UTI E ÓBITOS POR COVID-19. BRASIL, 2022



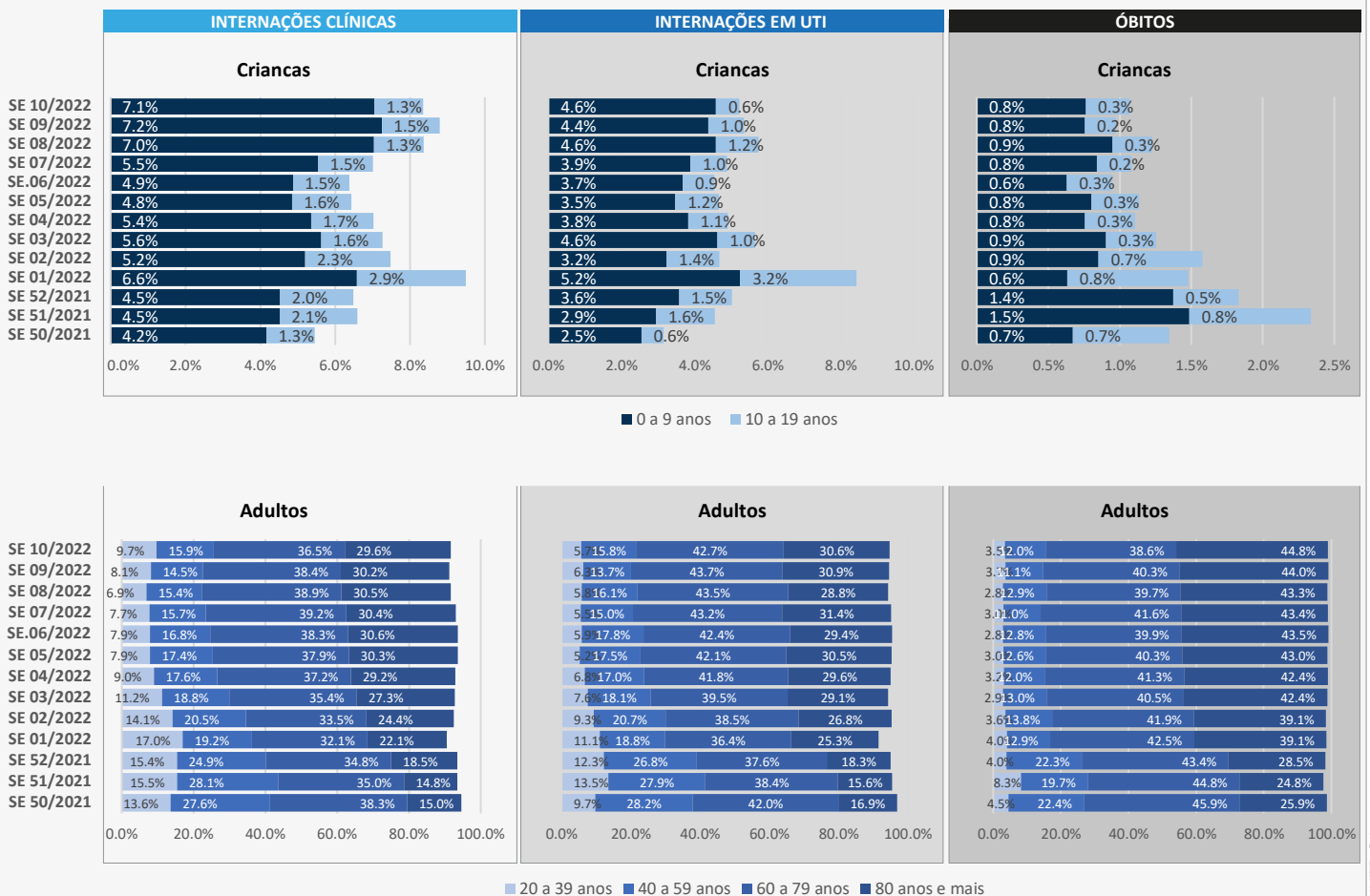
Internações clínicas

Internações em UTI

Óbitos

Fonte: SIVEP-Gripe, 2022

FIGURA 4: DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE INTERNAÇÕES CLÍNICAS, INTERNAÇÕES EM UTI E ÓBITOS POR COVID-19 EM GRUPOS ETÁRIOS SELECIONADOS. BRASIL, 2022

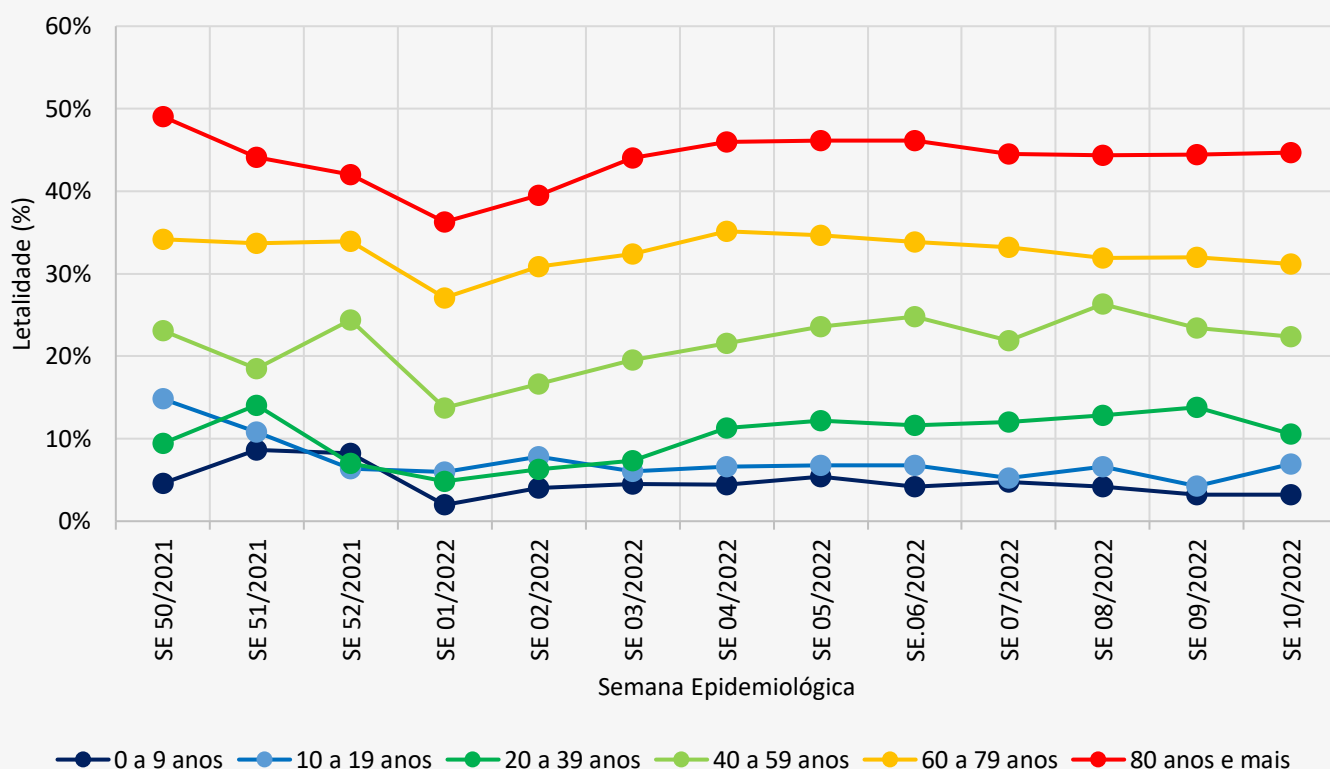


■ 0 a 9 anos ■ 10 a 19 anos

■ 20 a 39 anos ■ 40 a 59 anos ■ 60 a 79 anos ■ 80 anos e mais

Fonte: SIVEP-Gripe, 2022

FIGURA 5: LETALIDADE HOSPITALAR POR COVID-19 SEGUNDO GRUPOS ETÁRIOS. BRASIL, 2022



Fonte: SIVEP-Gripe, 2022

Leitos de UTI para Covid-19

Pela primeira vez, desde que teve início o monitoramento das taxas de ocupação de leitos de UTI SRAG/Covid-19 em julho de 2020, o mapa do Brasil está “verde”, sinalizando que todos os estados e o Distrito Federal estão com taxas inferiores a 60%. Em muitas unidades federativas volta-se a observar queda no número de leitos que foram reabertos durante a onda da pandemia produzida pela variante Ômicron.

Comparando-se a disponibilidade de leitos de UTI SRAG/Covid-19 para adultos no SUS entre 21 de fevereiro e 21 de março, sublinham-se quedas nos leitos em Rondônia (126 para 117), Pará (214 para 174), Tocantins (108 para 90), Piauí (184 para 113), Ceará (368 para 152), Rio Grande do Norte (176 para 130), Paraíba (266 para 210), Pernambuco (1.073 para 997), Alagoas (188 para 107), Sergipe (58 para 40), Bahia (605 para 538), Minas Gerais (deixou-se de computar separadamente leitos de UTI SRAG/Covid-19, voltando-se a considerar o indicador global de ocupação de leitos de UTI do SUS), Espírito Santo (402 para 197), Rio de Janeiro (1.409 para 1.033), Paraná (708 para 583), Santa Catarina (453 para 194), Rio Grande do Sul (2.318 para 2.035, incluindo o conjunto de leitos de UTI no SUS), Mato Grosso do Sul (230 para 218), Mato Grosso (282 para 236), Goiás (241 para 161) e Distrito Federal (88 para 66).

Nas unidades, as taxas de ocupação de leitos de UTI SRAG/Covid-19 para adultos no SUS observadas em 21 de março foram as seguintes: Rondônia (32%), Acre (10%), Amazonas (6%), Roraima (19%), Pará (26%), Amapá (7%), Tocantins (16%), Maranhão (23%), Piauí (30%), Ceará (24%), Rio Grande do Norte (24%), Paraíba (16%), Pernambuco (43%), Alagoas (22%), Sergipe (59%), Bahia (22%), Minas Gerais (55%, levando-se em conta não somente os leitos de UTI SRAG/Covid-19, mas todos os leitos de UTI no SUS, o que compromete comparações da taxa atual com a de semanas anteriores), Espírito Santo (38%), Rio de Janeiro (22%), São Paulo (27%), Paraná (40%), Santa Catarina (36%), Rio Grande do Sul (58%, também considerando o conjunto de leitos de UTI do SUS), Mato Grosso do Sul (25%), Mato Grosso (27%), Goiás (32%) e Distrito Federal (52%). Acre (de 40% para 10%), Espírito Santo (de 59% para 38%) e Goiás (de 58% para 32%) apresentaram queda de mais de 20 pontos percentuais em suas taxas de ocupação de leitos UTI SRAG/Covid-19 para adultos no SUS.

Entre as capitais com taxas divulgadas (25 do total), somente Goiânia (68%), registrando 57 leitos, encontra-se na zona de alerta intermediário – taxas iguais ou superiores a 60% e inferiores a 80%. As demais capitais estão fora da zona de alerta, com taxas inferiores a 60%: Porto Velho (43%), Rio Branco (10%), Manaus (6%), Boa Vista (19%), Macapá (8%), Palmas (8%), São Luís (14%), Teresina (30%, incluindo leitos públicos e privados), Fortaleza (44%), Natal (estimativa de 35%, sendo 15% por Covid-19), João Pessoa (19%), Recife (7%,

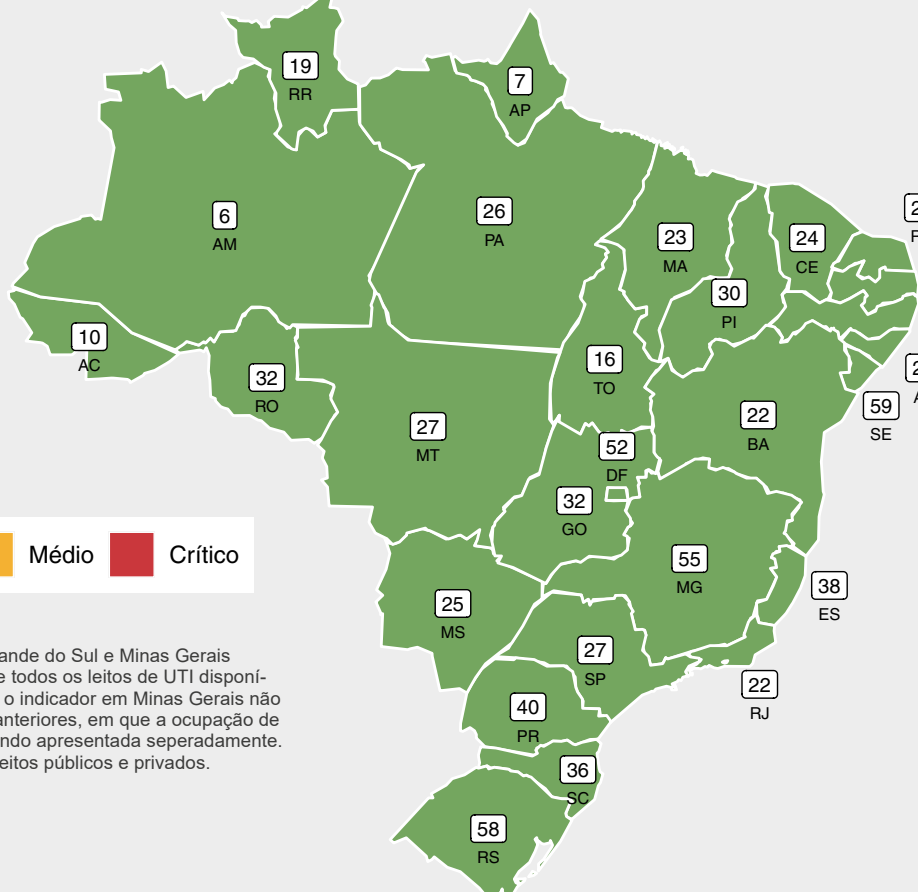
considerando somente leitos municipais), Maceió (38%), Salvador (23%), Belo Horizonte (28%), Vitória (39%), São Paulo (29%), Curitiba (37%), Florianópolis (29%), Porto Alegre (59%, considerando taxa de ocupação de todos os leitos de UTI do SUS), Campo Grande (39%), Cuiabá (32%) e Brasília (52%).

No último dia 21 de março, a cidade do Rio de Janeiro tinha 6% dos leitos SRAG/Covid-19 ocupados por pacientes com Covid-19 ativa e 10% por pacientes com Covid longa; outros 57% dos 239 leitos de UTI SRAG/Covid-19 disponíveis estavam ocupados por pacientes com outros diagnósticos. De modo geral, as capitais apresentaram tendência de queda no indicador, merecendo especial destaque Rio Branco, que apresentou uma redução de 40 pontos percentuais (passando de 50% para 10%). Salvador (de 61% para 23%), Vitória (de 67% para 39%) e Palmas (de 30% para 8%) também apresentaram significativa melhora, superando 20 pontos percentuais na queda do indicador.

O Rio Grande do Sul e sua capital, Porto Alegre, reportam taxas considerando todo o conjunto de leitos de UTI do SUS, tendo sido registrado, em 21 de março, que entre as internações em leitos de UTI somente 14% daquelas ocorridas no estado e 9% na capital foram de pacientes com Covid-19 ou suspeitos. Em Minas Gerais, do total de leitos de UTI disponíveis no SUS, pouco menos de 5% estavam ocupados em 21 de março por pacientes com Covid-19. No caso do Piauí, cabe lembrar que a taxa considera leitos públicos e privados. O Rio Grande do Norte destaca que, da taxa de 24%, uma parcela de 10% corresponde, de fato, a internações por Covid-19. É similar ao que ocorre em Santa Catarina, que indica que, da taxa de 36%, uma parcela de 25% corresponde a internações por Covid-19. No que concerne à cidade do Rio de Janeiro, destaca-se que a taxa foi obtida a partir de dados do Censo Hospitalar Diário, disponível no Painel da Secretaria Municipal de Saúde, considerando um total de 239 leitos de UTI SRAG/Covid-19 para adultos não bloqueados, entre os quais 65 (27,2%) livres, 14 (5,9%) ocupados por pacientes com Covid-19 ativa, 23 (9,6%) ocupados por pacientes pós-Covid e 137 (57,3%) por pacientes com outros diagnósticos.

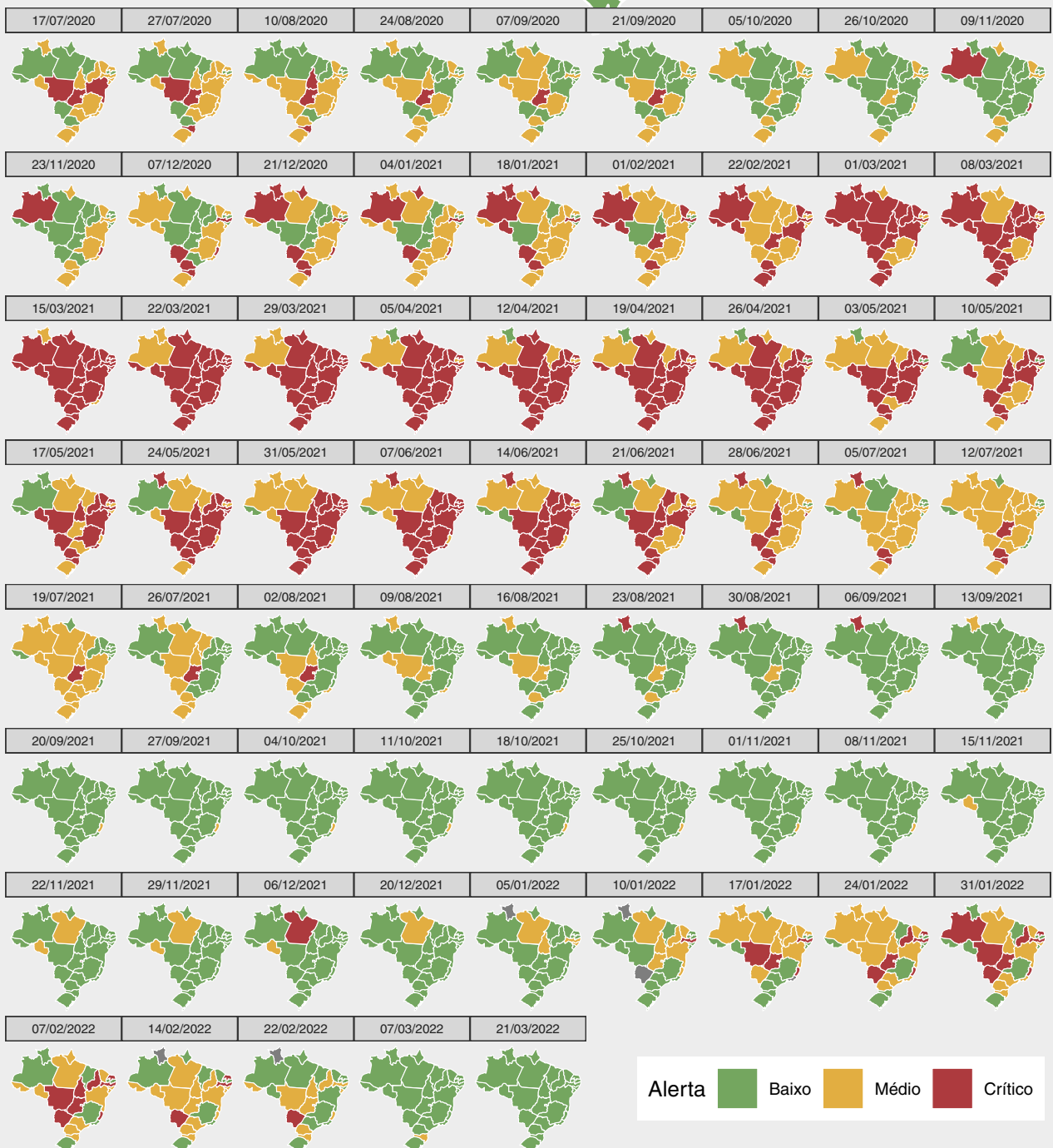
Os indicadores epidemiológicos e as taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 vão sinalizando esperança sobre a aproximação do fim da pandemia, embora ainda seja necessário o princípio da precaução no sentido da prevenção e detecção rápida de quaisquer reveses ainda possíveis. É importante vislumbrar a possível incorporação de medicamentos baseados em evidências científicas hoje disponíveis para o tratamento da Covid-19 moderada ou grave, assim como empreender todos os esforços para a ampliação das coberturas na vacinação contra a Covid-19, que passa também a adicionar a perspectiva de uma quarta dose. Por fim, insistimos que o estímulo à distribuição e uso adequado de máscaras em lugares públicos é uma estratégia em que benefícios superam quaisquer malefícios ou desconforto.

TAXA DE OCUPAÇÃO (%) DE LEITOS DE UTI COVID-19 PARA ADULTOS

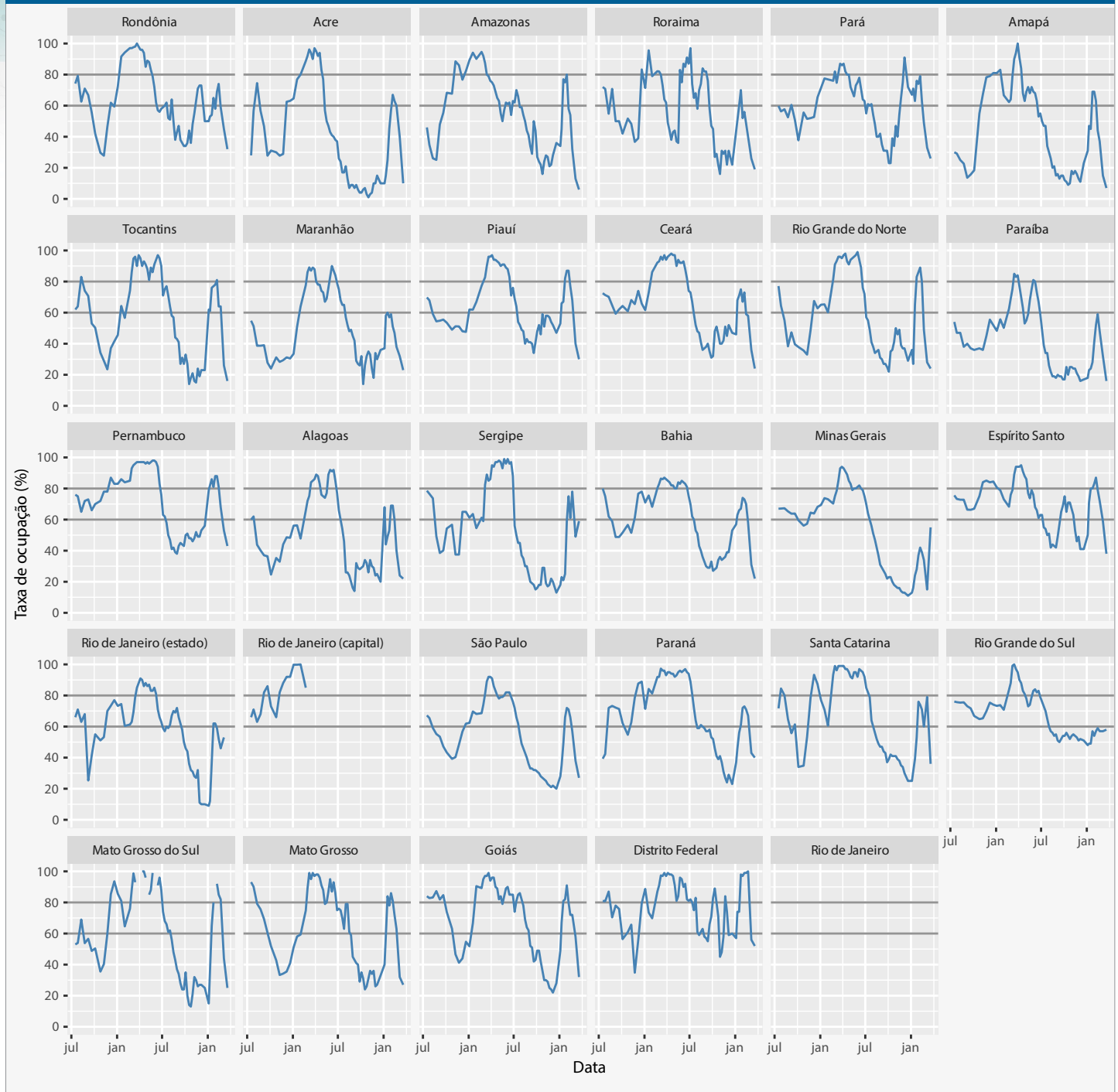


Alerta ■ Baixo ■ Médio ■ Crítico

Os dados referentes ao Rio Grande do Sul e Minas Gerais correspondem a percentuais de todos os leitos de UTI disponíveis no SUS. Especificamente, o indicador em Minas Gerais não é comparável ao de semanas anteriores, em que a ocupação de leitos SRAG/Covid-19 vinha sendo apresentada separadamente. Os dados de Piauí computam leitos públicos e privados.



TAXA DE OCUPAÇÃO (%) DE LEITOS DE UTI COVID-19 PARA ADULTOS



Quem está internado em UTI por Covid-19 no Brasil?

O cenário atual das internações em UTI por Covid-19 no Brasil é otimista. Pela primeira vez todos os estados se encontram fora da zona de alerta para o indicador referente à taxa de ocupação de leitos de UTI SRAG/Covid-19 para adultos no SUS. Até o fechamento da Semana Epidemiológica 11 havia 836 pessoas internadas em UTI por Covid-19 ativa. Essas pessoas representam a situação de maior gravidade entre casos ativos. Uma vez que a Covid-19 caminha para um novo cenário, é importante reconhecer um padrão entre essas pessoas, seja para a detecção precoce de sintomas entre casos que são hospitalizados, seja para a identificação de perfis de comorbidade que tragam risco adicional para o agravamento. A tabela 1 descreve este padrão.

O padrão sintomatológico no momento da internação, dos casos que evoluíram de forma mais grave, manteve-se semelhante ao longo da pandemia. Os sinais e sintomas mais prevalentes foram dispneia (71%), saturação baixa de oxigênio (abaixo de 95%, de 69%) e desconforto respiratório (60%). Quanto às comorbidades, 70% dos pacientes internados atualmente em UTI têm alguma condição crônica. As mais prevalentes são cardiopatia (43%), diabetes (39%) e obesidade (9%). Todas essas condições têm associação com disfunções endoteliais, o que já é bem reconhecido como um caminho importante na patogênese da Covid-19. Convém mencionar que há dez mulheres gestantes ou puérperas internadas em condição crítica, o que é relevante pelo risco de mortalidade materna associada à atividade da Covid-19.

A fim de poder identificar situações de vulnerabilidade, além de reconhecer, mesmo que parcialmente, a localização dos casos, é importante verificar o perfil demográfico desse grupo (tabela 2). Situações mais críticas ocorrem principalmente entre homens (51%), pessoas idosas (62%) e pretos e pardos (49%). Vale mencionar a qualidade do preenchimento das fichas do Sivep-Gripe, que contam com variáveis, como escolaridade, que chegam ao subregistro da informação em 41%. A respeito da espacialização dos casos, observa-se que há uma distribuição desigual nos estados. Em torno de 24% das internações ocorrem apenas em São Paulo e no Rio de Janeiro, uma possível consequência da disponibilidade de leitos se dar igualmente de forma desigual. A vasta maioria das internações ocorre na zona urbana (77%), o que guarda coerência com a disponibilidade de serviços de alta complexidade ser maior – e quase exclusiva – em áreas urbanas.

Finalmente, é importante mencionar que 48% das internações ocorrem entre pessoas que estão hospitalizadas fora de seu município de origem, reforçando a necessidade da organização adequada da rede assistencial de forma regionalizada, para que municípios de maior porte, e que são polos regionais, possam se organizar para atender à demanda do entorno. Esse dado é relevante por mostrar que é imprescindível que os gestores se sensibilizem com a ideia de que as decisões tomadas em um município afetam a situação sanitária das cidades que compõem a região de saúde em conjunto com estes grandes polos.

TABELA 1: PADRÃO SINTOMATOLÓGICO E COMORBIDADES ASSOCIADAS ÀS INTERNAÇÕES EM UTI POR COVID-19 ATIVA. BRASIL, 2022

| SINAIS E SINTOMAS (n=836) | | | COMORBIDADE (n=538) | | |
|---------------------------------|------------|---------------|----------------------------|------------|---------------|
| | n | % | | n | % |
| Febre | | | Fator de risco | | |
| Sim | 426 | 51,0% | Sim | 583 | 69,7 |
| Não | 233 | 27,9% | Não | 253 | 30,3 |
| Ignorado | 177 | 21,2% | Total | 836 | 100,0 |
| Tosse | | | Cardiopatia | | |
| Sim | 541 | 64,7% | Sim | 253 | 43,4% |
| Não | 157 | 18,8% | Não | 211 | 36,2% |
| Ignorado | 138 | 16,5% | Ignorado | 119 | 20,4% |
| Dor de garganta | | | Doença hematológica | | |
| Sim | 136 | 16,3% | Sim | 12 | 2,1% |
| Não | 414 | 49,5% | Não | 338 | 58,0% |
| Ignorado | 286 | 34,2% | Ignorado | 233 | 40,0% |
| Dispneia | | | Doença hepática | | |
| Sim | 592 | 70,8% | Sim | 8 | 1,4% |
| Não | 121 | 14,5% | Não | 336 | 57,6% |
| Ignorado | 123 | 14,7% | Ignorado | 239 | 41,0% |
| Desconforto Respiratório | | | Asma | | |
| Sim | 500 | 59,8% | Sim | 15 | 2,6% |
| Não | 147 | 17,6% | Não | 331 | 56,8% |
| Ignorado | 189 | 22,6% | Ignorado | 237 | 40,7% |
| Saturação abaixo de 95% | | | Diabetes | | |
| Sim | 575 | 68,8% | Sim | 225 | 38,6% |
| Não | 113 | 13,5% | Não | 209 | 35,8% |
| Ignorado | 148 | 17,7% | Ignorado | 149 | 25,6% |
| Diarreia | | | Doença neurológica | | |
| Sim | 68 | 8,1% | Sim | 38 | 6,5% |
| Não | 462 | 55,3% | Não | 327 | 56,1% |
| Ignorado | 306 | 36,6% | Ignorado | 218 | 37,4% |
| Vômito | | | Pneumopatia | | |
| Sim | 73 | 8,7% | Sim | 35 | 6,0% |
| Não | 462 | 55,3% | Não | 325 | 55,7% |
| Ignorado | 301 | 36,0% | Ignorado | 223 | 38,3% |
| Dor abdominal | | | Imunodepressão | | |
| Sim | 64 | 7,7% | Sim | 28 | 4,8% |
| Não | 452 | 54,1% | Não | 320 | 54,9% |
| Ignorado | 320 | 38,3% | Ignorado | 235 | 40,3% |
| Fadiga | | | Doença renal | | |
| Sim | 212 | 25,4% | Sim | 50 | 8,6% |
| Não | 338 | 40,4% | Não | 308 | 52,8% |
| Ignorado | 286 | 34,2% | Ignorado | 225 | 38,6% |
| Perda Olfativa | | | Obesidade | | |
| Sim | 56 | 6,7% | Sim | 51 | 8,7% |
| Não | 450 | 53,8% | Não | 288 | 49,4% |
| Ignorado | 330 | 39,5% | Ignorado | 244 | 41,9% |
| Perda paladar | | | | | |
| Sim | 50 | 6,0% | | | |
| Não | 448 | 53,6% | | | |
| Ignorado | 338 | 40,4% | | | |
| TOTAL | 836 | 100,0% | TOTAL | 583 | 100,0% |
| PERFIL OBSTÉTRICO | | | | | |
| Gestante | | | Puérpera | | |
| Sim | 6 | 0,8 | Sim | 4 | 0,5 |
| Não/Não se aplica | 800 | 28,7 | Não/Não se aplica | 832 | 41,6 |
| Ignorado | 30 | 3,6 | | | |
| TOTAL | 836 | 100,0% | TOTAL | 836 | 100,0 |

TABELA 2: PERFIL DEMOGRÁFICO E ESPACIAL DAS INTERNAÇÕES EM UTI POR COVID-19 ATIVA. BRASIL, 2022

| PERFIL DEMOGRÁFICO | | |
|-----------------------|------------|---------------|
| | n | % |
| Sexo | | |
| Feminino | 410 | 49,0 |
| Masculino | 426 | 51,0 |
| Grupo etário | | |
| 0 a 4 anos | 37 | 4,4 |
| 5 a 9 anos | 9 | 1,1 |
| 10 a 14 anos | 8 | 1,0 |
| 15 a 19 anos | 5 | 0,6 |
| 20 a 24 anos | 13 | 1,6 |
| 25 a 29 anos | 17 | 2,0 |
| 30 a 34 anos | 21 | 2,5 |
| 35 a 39 anos | 30 | 3,6 |
| 40 a 44 anos | 28 | 3,3 |
| 45 a 49 anos | 36 | 4,3 |
| 50 a 54 anos | 55 | 6,6 |
| 55 a 59 anos | 58 | 6,9 |
| 60 a 64 anos | 63 | 7,5 |
| 65 a 69 anos | 98 | 11,7 |
| 70 a 74 anos | 87 | 10,4 |
| 75 a 79 anos | 96 | 11,5 |
| 80 a 84 anos | 69 | 8,3 |
| 85 a 89 anos | 74 | 8,9 |
| 90 anos e mais | 32 | 3,8 |
| Raça | | |
| Branco | 287 | 34,3 |
| Preto | 39 | 4,7 |
| Amarelo | 9 | 1,1 |
| Pardo | 372 | 44,5 |
| Ignorado | 129 | 15,4 |
| Escolaridade | | |
| Analfabeto | 42 | 5,0 |
| Fundamental | 135 | 16,1 |
| Médio | 57 | 6,8 |
| Superior | 25 | 3,0 |
| Não se aplica | 22 | 2,6 |
| Ignorado | 342 | 40,9 |
| ESPACIALIZAÇÃO | | |
| | n | % |
| Zona | | |
| Urbana | 643 | 76,9 |
| Rural | 72 | 8,6 |
| Periurbana | 5 | 0,6 |
| Ignorado | 116 | 13,9% |
| Sede | | |
| Município | 436 | 52,2 |
| Fora do Município | 400 | 47,8 |
| TOTAL | 836 | 100,0% |

O avanço da vacinação e a distribuição de imunizantes

Segundo dados do MonitoraCovid-19, disponibilizados pelo @coronavirusbra1¹ e oriundos das informações das secretarias estaduais de Saúde, mais de 409 milhões de doses de vacinas foram administradas no Brasil. Esse dado representa a imunização de 82% da população com a primeira dose, 74% com o esquema de vacinação completo e 34% com a dose de reforço.

Treze estados apresentam mais de 80% da população vacinada com a primeira dose e 16 estados apresentam mais de 70% com a segunda. O Piauí é o estado com a vacinação mais avançada na primeira dose, com 92% da população imunizada. São Paulo imunizou 83% da população com a segunda dose e 47% com a dose de reforço.

Os dados apontam que foram aplicadas, até 22 de março, mais de 409 milhões de doses dos imunizantes, com 43% destinadas à primeira dose, 39% à segunda ou dose única e 18% à terceira (reforço ou adicional). São Paulo apresenta o maior percentual de doses destinadas para dose de reforço. Amapá, Roraima e Maranhão apresentam cerca de 50% dos imunizantes destinados à primeira dose e as maiores diferenças entre primeira e segunda doses. Junto ao Pará, estes três estados apresentam os menores percentuais de doses destinadas ao reforço.

A página do Ministério da Saúde², que traz dados sobre distribuição das vacinas, apresentou instabilidade. Com isso, são apresentados os dados mais recentes adquiridos em consulta ao site. Os dados do Ministério da Saúde (tabela 2) apontam que mais de 464 milhões de doses de imunizantes foram distribuídas aos estados e 78% dos imunizantes foram destinados aos municípios para aplicação. Dentre as 27 unidades da Federação, Roraima e Rio Grande do Norte apresentam o menor percentual de repasse de imunizantes dos estados para os municípios.

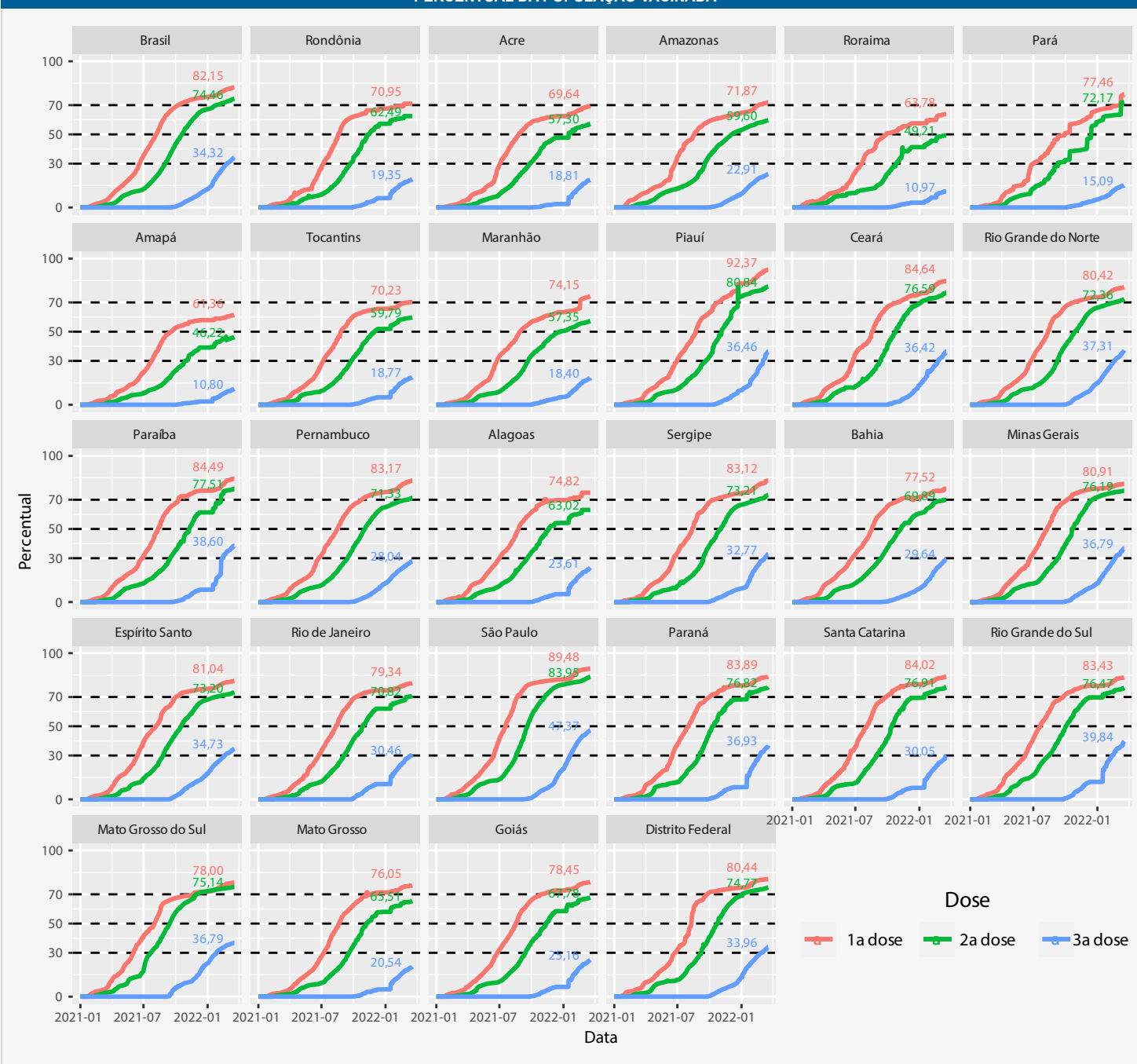
Vacinação de reforço em idosos e a primeira dose nas crianças

Segundo dados do Ministério da Saúde, a vacinação nos mais idosos apresenta cobertura de vacinação próxima a 100%. Em relação à terceira dose, a faixa etária acima de 80 anos apresenta cobertura de 75,%. Na população entre 75 anos e 79 anos a cobertura é de 77% e nas faixas etárias mais jovens essa cobertura vai diminuindo gradualmente, até que na população entre 50 a 54 anos a cobertura de da terceira dose ocorre em menos da metade da população (47%). Na população menor de 30 anos, apenas 1 a cada 4 brasileiros tomaram a terceira dose.

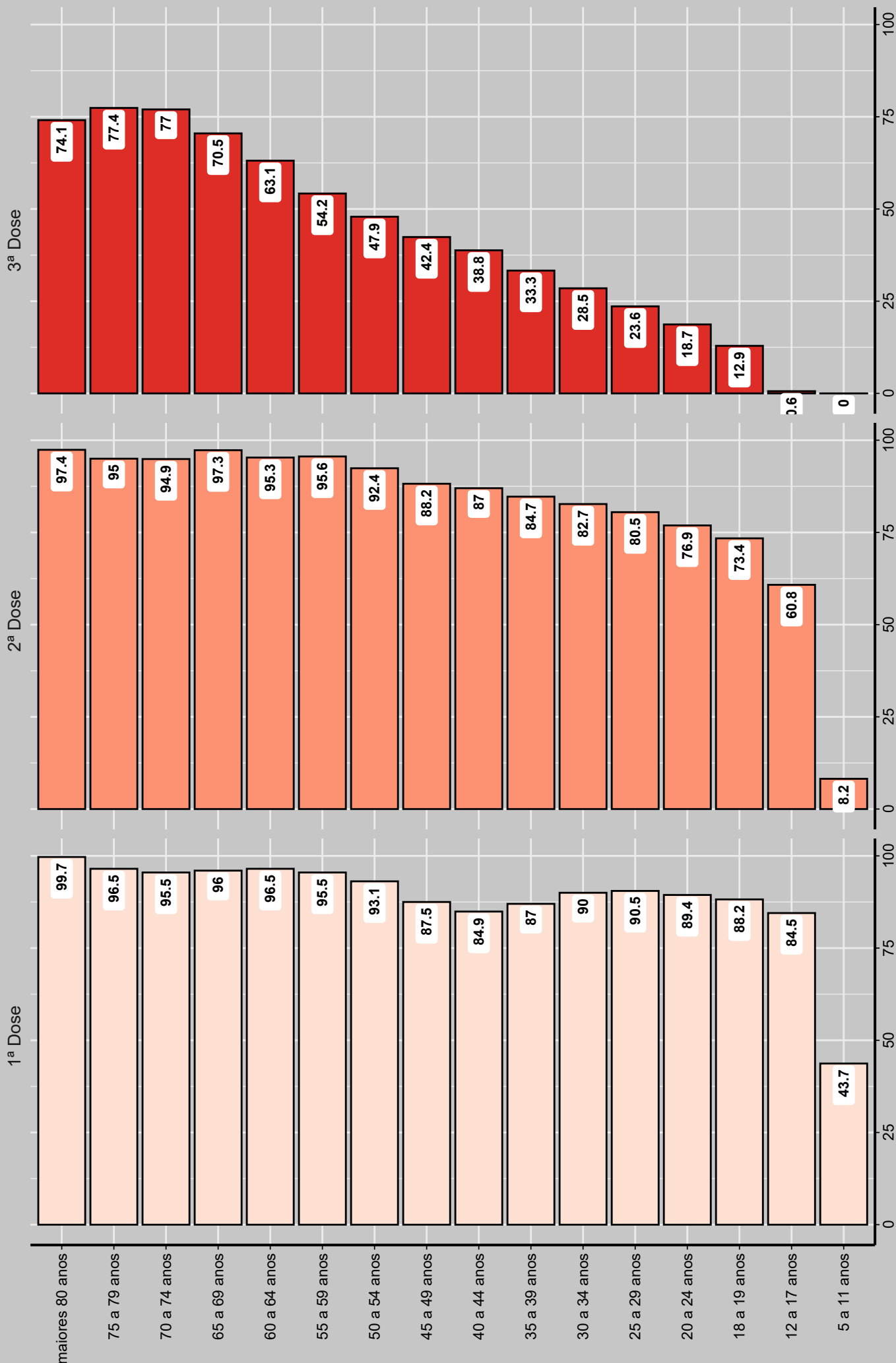
O avanço das doses de reforço no país é lento em idades mais jovens. A onda de contaminação pela variante Ômicron no final do ano e o avanço das medidas de relaxamento da circulação e utilização de máscaras podem ter desmobilizado a população na busca pela dose de reforço. A necessidade de campanhas, sobretudo para pessoas mais idosas, é necessária. Estudos já apontam a necessidade de uma quarta dose nesses grupos populacionais. Entretanto, o país avança com dificuldades na dose de reforço, o que traz preocupação numa eventual onda de casos pela sub-variante Ômicron (BA.2), que já ocorre na Europa.

1. <https://coronavirusbra1.github.io/>
2. <http://localizausus.saude.gov.br/>

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO VACINADA



COBERTURA VACINAL POR FAIXAS ETÁRIAS



*2ª Dose – incluídas doses únicas

*3ª Dose – doses adicionais e reforço

TABELA 1 - DOSES APLICADAS, PERCENTUAL SEGUNDO DOSE VACINAL E DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE AS DOSES

| UF | Doses aplicadas | Dose 1 | Dose 2 / Dose única | Dose 3 | % doses destinadas a primeira dose | % doses destinadas a segunda dose e dose única | % terceira dose |
|---------------------|-----------------|-------------|---------------------|------------|------------------------------------|--|-----------------|
| BRASIL | 409.108.887 | 175.429.352 | 159.275.415 | 74.404.120 | 42,9 | 38,9 | 18,2 |
| ACRE | 1.323.555 | 631.925 | 520.020 | 171.610 | 47,7 | 39,3 | 13,0 |
| ALAGOAS | 5.437.437 | 2.517.949 | 2.120.875 | 798.613 | 46,3 | 39,0 | 14,7 |
| AMAZONAS | 6.606.474 | 3.070.768 | 2.548.702 | 987.004 | 46,5 | 38,6 | 14,9 |
| AMAPÁ | 1.039.764 | 538.618 | 406.118 | 95.028 | 51,8 | 39,1 | 9,1 |
| BAHIA | 26.582.312 | 11.616.582 | 10.473.184 | 4.492.546 | 43,7 | 39,4 | 16,9 |
| CEARÁ | 18.438.301 | 7.846.882 | 7.166.626 | 3.424.793 | 42,6 | 38,9 | 18,6 |
| DISTRITO FEDERAL | 5.876.565 | 2.491.014 | 2.320.569 | 1.064.982 | 42,4 | 39,5 | 18,1 |
| ESPÍRITO SANTO | 7.793.055 | 3.333.267 | 3.015.057 | 1.444.731 | 42,8 | 38,7 | 18,5 |
| GOIÁS | 12.365.774 | 5.657.157 | 4.887.770 | 1.820.847 | 45,7 | 39,5 | 14,7 |
| MARANHÃO | 10.757.109 | 5.321.321 | 4.114.110 | 1.321.678 | 49,5 | 38,2 | 12,3 |
| MINAS GERAIS | 41.920.479 | 17.359.849 | 16.375.306 | 8.185.324 | 41,4 | 39,1 | 19,5 |
| MATO GROSSO DO SUL | 5.401.989 | 2.216.082 | 2.136.916 | 1.048.991 | 41,0 | 39,6 | 19,4 |
| MATO GROSSO | 5.789.646 | 2.714.019 | 2.338.586 | 737.041 | 46,9 | 40,4 | 12,7 |
| PARÁ | 14.482.157 | 6.803.890 | 6.348.111 | 1.330.156 | 47,0 | 43,8 | 9,2 |
| PARAÍBA | 8.161.826 | 3.432.808 | 3.150.406 | 1.578.612 | 42,1 | 38,6 | 19,3 |
| PERNAMBUCO | 17.835.817 | 8.056.488 | 6.920.917 | 2.858.412 | 45,2 | 38,8 | 16,0 |
| PIAUI | 6.944.095 | 3.041.736 | 2.673.760 | 1.228.599 | 43,8 | 38,5 | 17,7 |
| PARANÁ | 22.972.916 | 9.736.926 | 8.925.442 | 4.310.548 | 42,4 | 38,9 | 18,8 |
| RIO DE JANEIRO | 31.594.476 | 13.864.715 | 12.382.908 | 5.346.853 | 43,9 | 39,2 | 16,9 |
| RIO GRANDE DO NORTE | 6.819.746 | 2.868.945 | 2.588.164 | 1.362.637 | 42,1 | 38,0 | 20,0 |
| RONDÔNIA | 2.775.052 | 1.287.914 | 1.134.280 | 352.858 | 46,4 | 40,9 | 12,7 |
| RORAIMA | 809.429 | 416.316 | 321.229 | 71.884 | 51,4 | 39,7 | 8,9 |
| RIO GRANDE DO SUL | 22.930.981 | 9.570.979 | 8.774.444 | 4.585.558 | 41,7 | 38,3 | 20,0 |
| SANTA CATARINA | 14.040.342 | 6.165.669 | 5.644.226 | 2.230.447 | 43,9 | 40,2 | 15,9 |
| SERGIPE | 4.444.393 | 1.945.453 | 1.717.861 | 781.079 | 43,8 | 38,7 | 17,6 |
| SÃO PAULO | 103.571.982 | 41.793.079 | 39.308.244 | 22.470.659 | 40,4 | 38,0 | 21,7 |
| TOCANTINS | 2.393.215 | 1.129.001 | 961.584 | 302.630 | 47,2 | 40,2 | 12,6 |

Fonte: <https://coronavirusbra1.github.io/> 22/03/2022

TABELA 2 - DOSES DISTRIBUÍDAS AOS ESTADOS E REPASSADAS AOS MUNICÍPIOS

| UF | DOSES DISTRIBUÍDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE AOS ESTADOS | DOSES DISTRIBUÍDAS PELOS ESTADOS AOS MUNICÍPIOS | PERCENTUAL DE REPASSE |
|---------------------|---|---|-----------------------|
| BRASIL | 464.815.178 | 365.096.403 | 78,5 |
| ACRE | 1.711.740 | 1.285.301 | 75,1 |
| ALAGOAS | 6.367.095 | 4.947.490 | 77,7 |
| AMAZONAS | 8.379.890 | 5.977.300 | 71,3 |
| AMAPÁ | 1.557.370 | 1.330.999 | 85,5 |
| BAHIA | 32.507.403 | 25.153.703 | 77,4 |
| CEARÁ | 20.585.418 | 16.096.312 | 78,2 |
| DISTRITO FEDERAL | 6.770.717 | 0 | 100 |
| ESPÍRITO SANTO | 8.211.440 | 7.563.993 | 92,1 |
| GOIÁS | 14.626.630 | 11.687.987 | 79,9 |
| MARANHÃO | 13.154.535 | 10.171.813 | 77,3 |
| MINAS GERAIS | 48.557.089 | 38.362.545 | 79,0 |
| MATO GROSSO DO SUL | 6.217.735 | 5.056.458 | 81,3 |
| MATO GROSSO | 7.560.387 | 6.213.894 | 82,2 |
| PARÁ | 16.455.575 | 13.909.660 | 84,5 |
| PARAÍBA | 8.874.415 | 7.169.686 | 80,8 |
| PERNAMBUCO | 20.682.450 | 16.270.647 | 78,7 |
| PIAUI | 7.325.025 | 5.737.670 | 78,3 |
| PARANÁ | 26.914.730 | 20.810.933 | 77,3 |
| RIO DE JANEIRO | 39.797.175 | 32.403.546 | 81,4 |
| RIO GRANDE DO NORTE | 7.673.470 | 3.945.588 | 51,4 |
| RONDÔNIA | 3.210.408 | 2.858.732 | 89,0 |
| RORAIMA | 1.297.738 | 757.897 | 58,4 |
| RIO GRANDE DO SUL | 25.632.360 | 21.464.030 | 83,7 |
| SANTA CATARINA | 15.760.348 | 13.089.209 | 83,1 |
| SERGIPE | 4.888.965 | 3.856.564 | 78,9 |
| SÃO PAULO | 106.991.455 | 86.290.759 | 80,7 |
| TOCANTINS | 3.103.615 | 2.683.687 | 86,5 |

Fonte: : https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19VAC_Distr/DEMAS_C19VAC_Distr.html 23/03/2022

Distanciamento físico

A vacinação tem sido o grande motor para o arrefecimento de casos graves e fatais por Covid-19 no Brasil e no mundo. Sabe-se, entretanto, que o controle da pandemia não está concentrado em uma única medida, mas numa série de providências e recomendações. As medidas recentes de flexibilização do uso de máscaras trazem a necessidade de observar o cenário de distanciamento físico. A razão disso é que, sob circunstâncias de intensa circulação de pessoas nas ruas, concomitante ao abandono do uso de máscaras, podem ser criadas situações que favoreçam uma maior circulação do vírus.

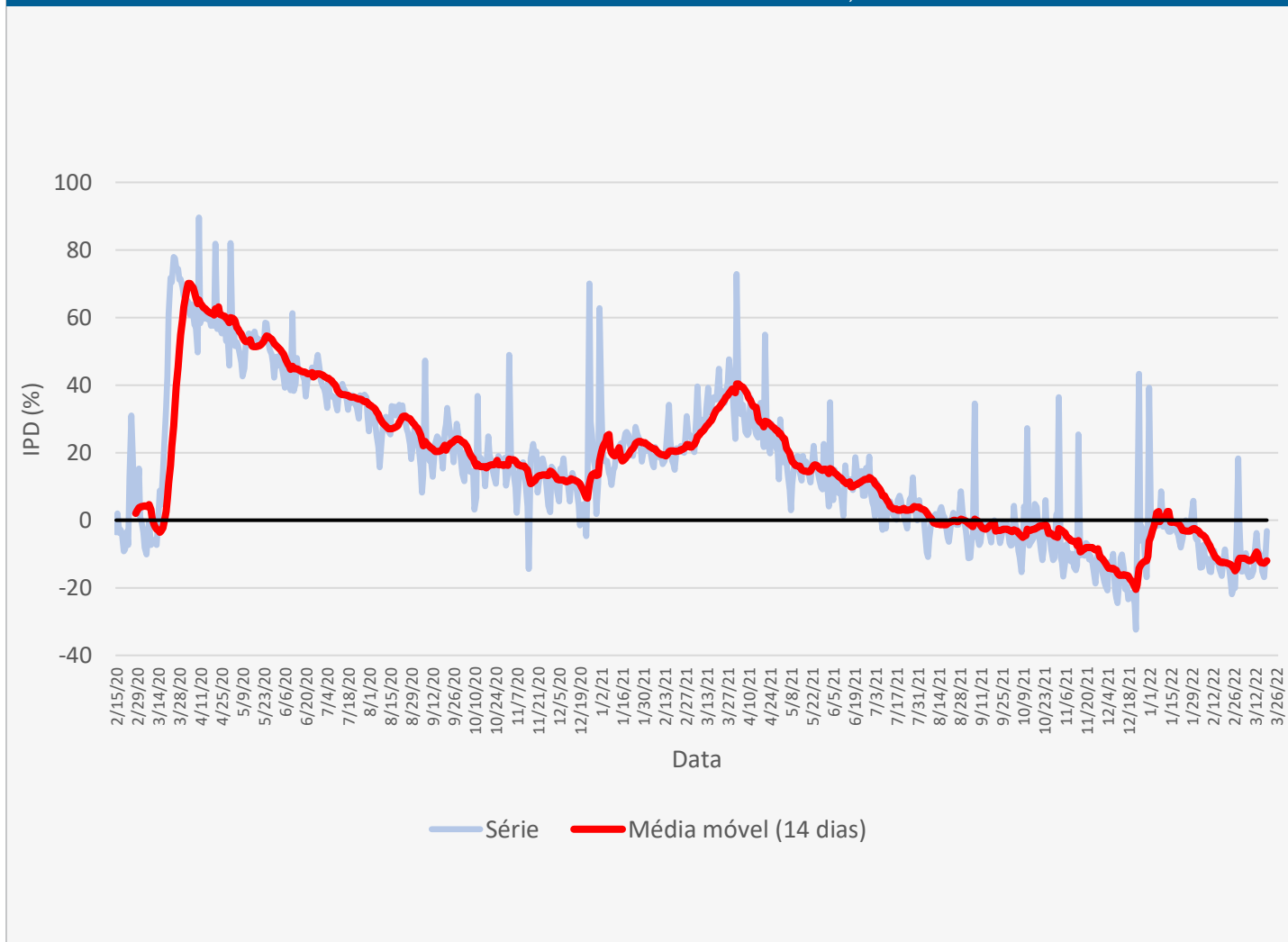
O distanciamento físico ocorreu de forma irregular no Brasil. Na ausência de diretrizes nacionais baseadas em critérios epidemiológicos, estados e municípios adotaram, ao longo dos últimos dois anos, diferentes critérios, rigidez e velocidade de adoção das medidas. De forma semelhante, a decisão sobre a não adoção do uso de máscaras como medida de proteção coletiva tem ocorrido de forma desigual entre os estados, desde aqueles que mantêm a obrigatoriedade até os que aboliram o uso mesmo em espaços fechados.

A figura 1 apresenta o Índice de Permanência Domiciliar. Ela faz um comparativo da quantidade de pessoas que se encontram em casa na data atual e no período entre 3 de janeiro e 6 de fevereiro de 2020. Um valor negativo significa que há maior circulação nas ruas do que no período anterior ao início da pandemia. Valores positivos, ao contrário, indicam que as pessoas estão mais reclusas em seus domicílios. Houve, no primeiro mês de pandemia, uma forte adesão à permanência domiciliar. O que

seguiu, aproximadamente 30 dias após o surgimento de casos de Covid-19 no Brasil, foi um gradativo declínio à adesão às medidas de distanciamento físico, até o final de 2020. No início de 2021, a população voltou a aderir mais ao distanciamento, até abril daquele ano, coincidindo com a fase mais crítica da pandemia no Brasil em termos de mortalidade, em 2021. Após isso, novamente o distanciamento físico declinou e, a partir de setembro daquele ano, chegou ao nível inferior ao período pré-pandêmico.

Mais recentemente, em janeiro de 2022, ele voltou a aumentar, de forma concomitante à explosão de casos em decorrência da transmissão comunitária pela variante Ômicron. Especula-se, então, que não foi uma redução da circulação por adesão voluntária ao distanciamento, e sim por uma necessidade imperativa diante de contato com pessoas doentes ou que testaram positivo, com poucos, ou mesmo nenhum, sintoma. Passado o período de afastamento em decorrência dos isolamentos, o distanciamento físico voltou a cair no país, atingindo, desde o fim de fevereiro, o período de menor permanência domiciliar em todo o curso da pandemia, em nível semelhante ao observado nas festas de fim de ano. Este padrão se mantém estável, sugerindo que a recomendação geral do distanciamento físico já não tem impacto efetivo sobre a população. Entretanto, ainda se fazem necessárias recomendações para situações específicas, como locais de trabalho e ambientes fechados com grande concentração de pessoas, assim como em aglomerações, ou a adoção de protocolos específicos em transportes públicos.

FIGURA 1: ÍNDICE DE PERMANÊNCIA DOMICILIAR NO BRASIL, 2020-2022



Fonte: MonitoraCovid-19, 2022