



Ao longo das duas últimas semanas epidemiológicas (20 de março a 2 de abril) permaneceu a tendência de melhora dos indicadores que vêm sendo monitorados pelo Observatório Covid-19 Fiocruz, apontando para um cenário bastante positivo no país, ainda que isto não signifique que a pandemia chegou ao fim. Em relação aos indicadores de incidência e mortalidade por Covid-19 observou-se a manutenção da tendência de queda. Deve-se destacar que, como nas “ondas” anteriores, a redução é menos acentuada do que a intensidade dos momentos de subida dessas ondas. A tendência de queda se refletiu também em uma alteração importante no quadro de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) por Covid-19 no país. Em fases mais críticas da pandemia, 98% das internações por SRAG eram positivas para Covid-19, proporção que hoje se encontra em 50,7%.

Para as taxas de ocupação de leitos de UTI SRAG/Covid-19 mantém-se a tendência de queda do indicador, que vem apresentando uma mudança importante no seu perfil, com a redução do número de leitos ou mesmo o uso dos leitos no atendimento de outros problemas de saúde, como resultado da melhora do quadro pandêmico. O cenário atual ratifica o arrefecimento da carga colocada pela Covid-19 sobre o sistema de saúde e, mais especificamente, sobre leitos de alta complexidade.

Em relação à vacinação, o quadro atual é de 82,5% da população com a primeira dose, 75,4% com o esquema de vacinação completo e 37,1% com a dose de reforço. Estes

números não são homogêneos entre os grupos etários. Para a população idosa, cujo risco de agravamento é reconhecidamente maior, os níveis de cobertura vacinal para primeira e segunda doses são elevados (100% para população acima de 60 anos) e também para a dose de reforço (mais de 80% para os indivíduos acima de 70 anos). Em contrapartida, na população com menos de 30 anos, apenas 1 em cada 3 brasileiros tomou a dose de reforço.

Neste sentido, a análise do perfil demográfico merece destaque. Em que pese o fato de o número de internações ter diminuído substancialmente, proporcionalmente elas têm ocorrido mais entre idosos – o que já era esperado, diante do risco aumentado – e entre crianças. Por esta razão, é necessário ter atenção especial ao estímulo para a vacinação entre os idosos, já que para eles está disponível a quarta dose da vacina, e as crianças de 5 a 11 anos, para as quais a cobertura vacinal ainda cresce de forma muito lenta.

Para que se mantenha a tendência de redução dos principais impactos da pandemia, causando a diminuição do número de casos graves, internações e óbitos, é fundamental que se amplie a cobertura vacinal. Para destacar este aspecto, este Boletim traz o box **Vacinas protegem a saúde e salvam vidas**, contendo uma síntese das principais evidências sobre a efetividade e importância para diferentes grupos populacionais. Ainda enfatiza-se a necessidade do uso de máscaras de proteção, que têm se mostrado eficientes para a proteção das doenças respiratórias, de forma que o uso em ambientes fechados contribui para evitar a transmissão de agentes infecciosos.

Casos e óbitos por Covid-19

Ao longo das duas últimas semanas epidemiológicas (20 de março a 2 de abril) observou-se a manutenção da tendência de queda de indicadores de incidência e mortalidade por Covid-19. No entanto, como nas “ondas” anteriores, essa redução é menos acentuada que a velocidade de subida das curvas. Esse padrão pode demonstrar uma tendência de redução gradual dos principais impactos da pandemia, causando a diminuição do número de casos graves, internações e óbitos, que pode permanecer caso não haja a entrada de novas variantes mais letais ou que escapem da imunidade provocada por vacinas contra a Covid-19.

Foi registrada uma média de 26 mil casos diários, representando um decréscimo de 36% em relação às duas semanas anteriores (6 a 19 de março). Também foi observada a redução do número de óbitos por Covid-19 no período, com uma média diária de 215 óbitos, cerca de 41% abaixo dos valores das duas semanas anteriores.

Como reflexo dessa tendência geral, houve queda dos indicadores de transmissão em grande parte dos estados, como Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Mato Grosso e também no Distrito Federal. Pela primeira vez, desde maio de 2020, nenhum estado superou a marca de 0,3 óbito por 100 mil habitantes. As maiores taxas de incidência de Covid-19 foram observadas em Rondônia, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande 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).

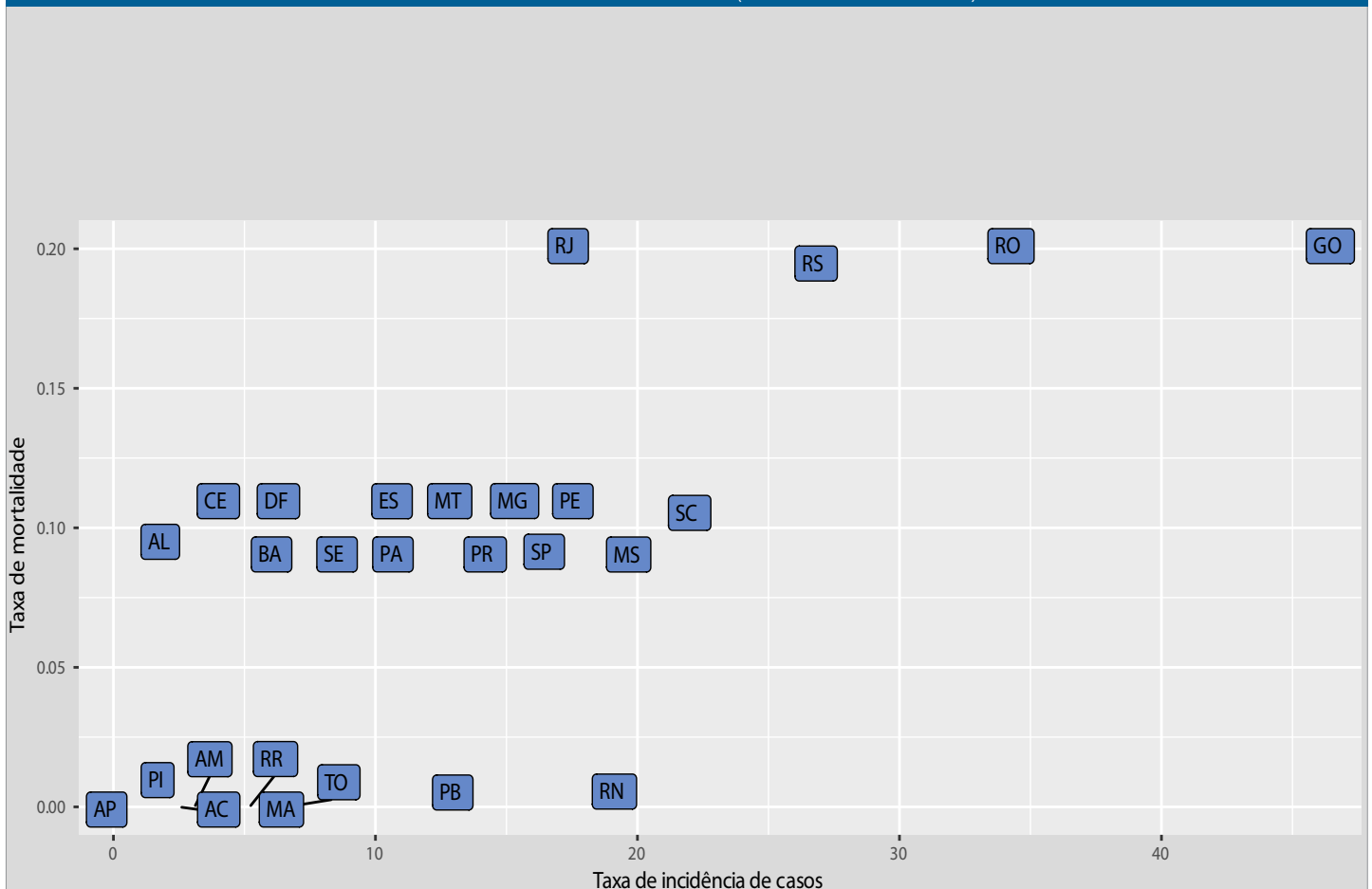
Não foi possível o acesso a dados recentes de testes de

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 apresentam 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.

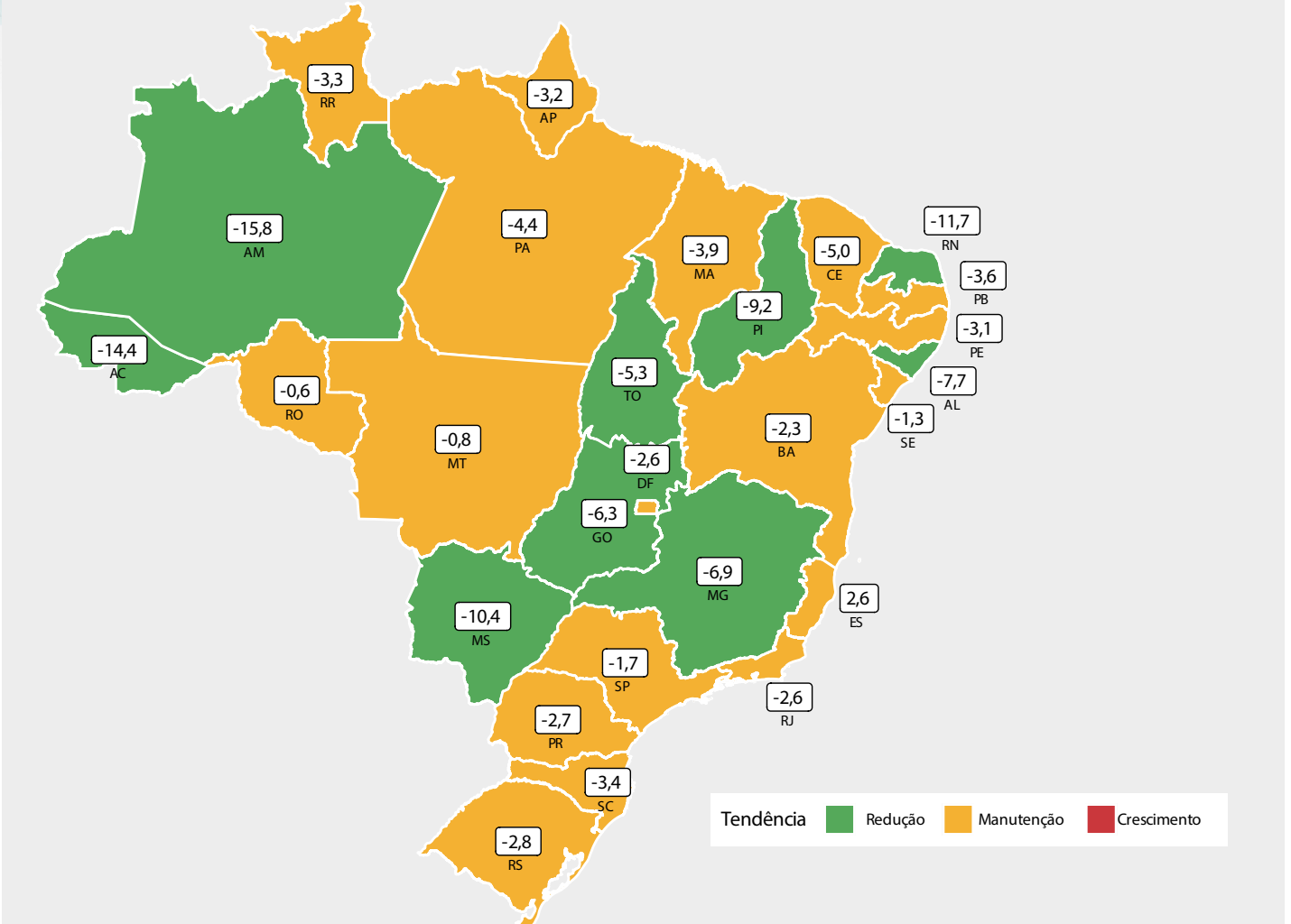
A taxa de letalidade por Covid-19, isto é, a proporção de casos notificados que evoluíram para óbito, permaneceu em valores próximos a 0,8%. Ao longo de 2021 esses valores oscilavam entre 2% e 3%. Foram reduzidos para 0,2% no início de 2022 e ao longo de março voltaram a aumentar para 1%. A redução do indicador, observada durante a terceira onda epidêmica, deveu-se principalmente à vacinação de grande parte da população-alvo e à menor gravidade da infecção pela Ômicron. Os dados permitem afirmar que a “terceira onda” epidêmica no Brasil, com o predomínio da 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 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, com a distribuição estratégica de teses, a capacitação profissional para atividades de vigilância e cuidado, o reforço da atenção primária de saúde e o atendimento de síndromes pós-Covid.

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

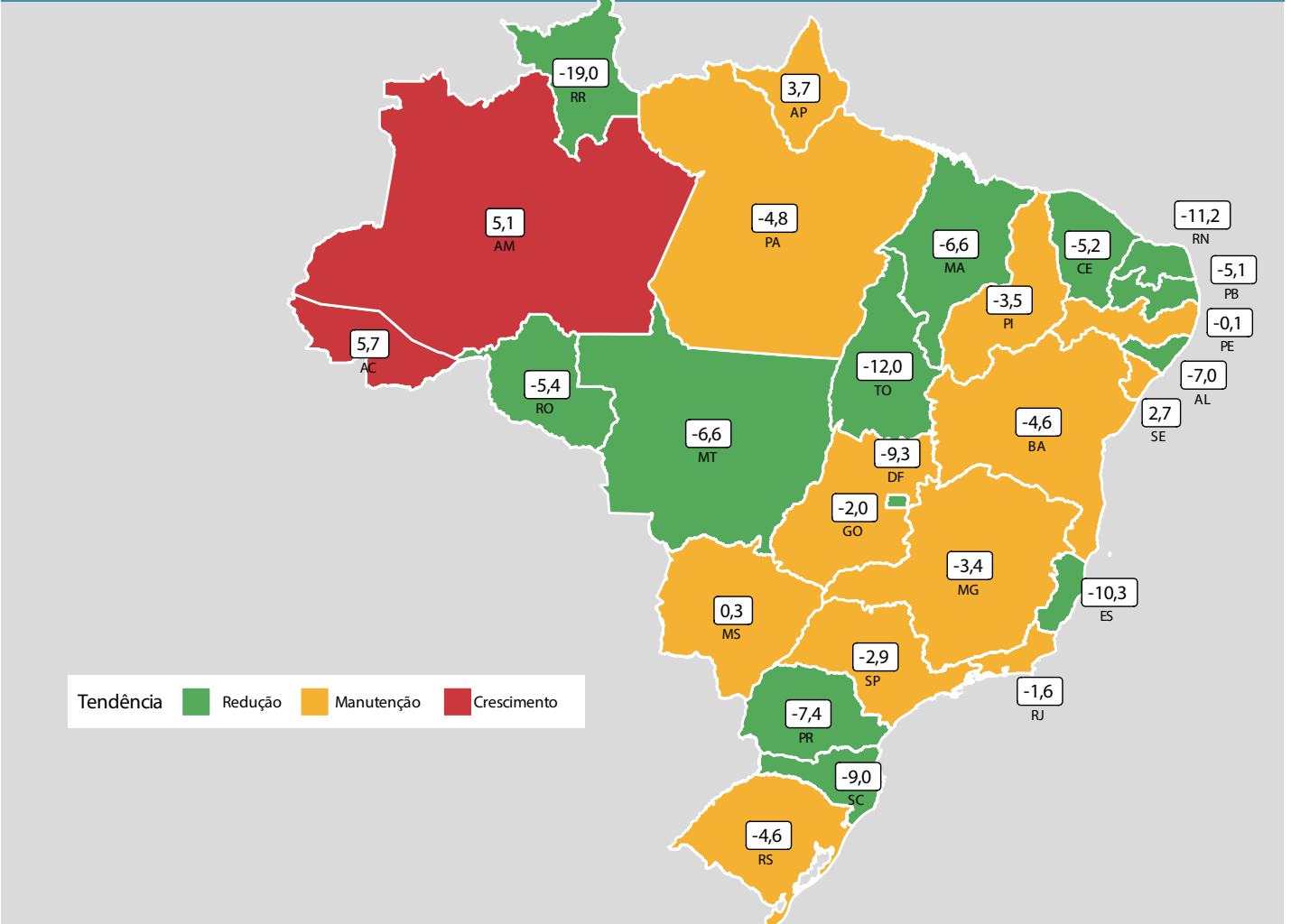


TENDÊNCIA DE INCIDÊNCIA DE COVID-19 - CRESCIMENTO MÉDIO DIÁRIO DO NÚMERO DE CASOS (%) NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS



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		↔ -0,6		↓ -5,4	33,0	0,2
Norte	Acre		↓ -14,4		↑ 5,7	2,5	0,0
Norte	Amazonas		↓ -15,8		↑ 5,1	3,1	0,0
Norte	Roraima		↔ -3,3		↓ -19,0	5,2	0,0
Norte	Pará		↔ -4,4		↔ -4,8	11,7	0,1
Norte	Amapá		↔ -3,2		↔ 3,7	0,9	0,0
Norte	Tocantins		↓ -5,3		↓ -12,0	6,6	0,0
Nordeste	Maranhão		↔ -3,9		↓ -6,6	5,1	0,0
Nordeste	Piauí		↓ -9,2		↔ -3,5	1,7	0,0
Nordeste	Ceará		↔ -5,0		↓ -5,2	4,1	0,1
Nordeste	Rio Grande do Norte		↓ -11,7		↓ -11,2	17,9	0,0
Nordeste	Paraíba		↔ -3,6		↓ -5,1	11,8	0,0
Nordeste	Pernambuco		↔ -3,1		↔ -0,1	17,8	0,1
Nordeste	Alagoas		↓ -7,7		↓ -7,0	2,9	0,1
Nordeste	Sergipe		↔ -1,3		↔ 2,7	7,9	0,1
Nordeste	Bahia		↔ -2,3		↔ -4,6	5,2	0,1
Sudeste	Minas Gerais		↓ -6,9		↔ -3,4	15,2	0,1
Sudeste	Espírito Santo		↔ 2,6		↓ -10,3	9,6	0,1
Sudeste	Rio de Janeiro		↔ -2,6		↔ -1,6	16,2	0,2
Sudeste	São Paulo		↔ -1,7		↔ -2,9	15,3	0,1
Sul	Paraná		↔ -2,7		↓ -7,4	14,7	0,1
Sul	Santa Catarina		↔ -3,4		↓ -9,0	20,8	0,1
Sul	Rio Grande do Sul		↔ -2,8		↔ -4,6	28,0	0,2
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul		↓ -10,4		↔ 0,3	18,6	0,1
Centro-Oeste	Mato Grosso		↔ -0,8		↓ -6,6	13,3	0,1
Centro-Oeste	Goiás		↓ -6,3		↔ -2,0	45,4	0,2
Centro-Oeste	Distrito Federal		↔ -2,6		↓ -9,3	7,1	0,1

Níveis de atividade e incidência de SRAG

Nas semanas epidemiológicas 12 e 13 observou-se uma alteração importante no quadro das Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) no país, visto que a proporção de casos de SRAG por Covid-19 apontada no último Boletim InfoGripe foi de 50,7%. Houve diminuição do número de casos de Covid-19 na população em geral e aumento de casos de outras doenças respiratórias, em particular na população infantil, que apresentou número significativo de casos de infecção por vírus sincicial respiratório (VSR). Com todos estes efeitos reunidos, a taxa de incidência no país reduziu pouco, apesar de uma redução importante das SRAG por Covid-19. Vale observar que as SRAG são casos de hospitalização e óbito por doenças respiratórias. Em 2020 e 2021 as SRAG por Covid-19 corresponderam a mais de 95% dos casos de SRAG com identificação do vírus.

A avaliação de incidência das SRAG é realizada por meio de estimativa (*nowcasting*) de casos recentes em modelo estatístico no InfoGripe. A média móvel por meio desta estimativa apontou Rondônia com a incidência mais baixa, avaliada em 0,4 caso por 100 mil habitantes. No restante do país ainda há altas incidências, apesar de estarem em níveis muito distintos de outros momentos da pandemia. No Mato Grosso, Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte e Alagoas as taxas de incidência de SRAG encontram-se na faixa entre 0,5 a 1 caso por 100 mil habitantes.

Nos demais estados as taxas de incidência foram avaliadas entre 1 a 5 casos por 100 mil habitantes.

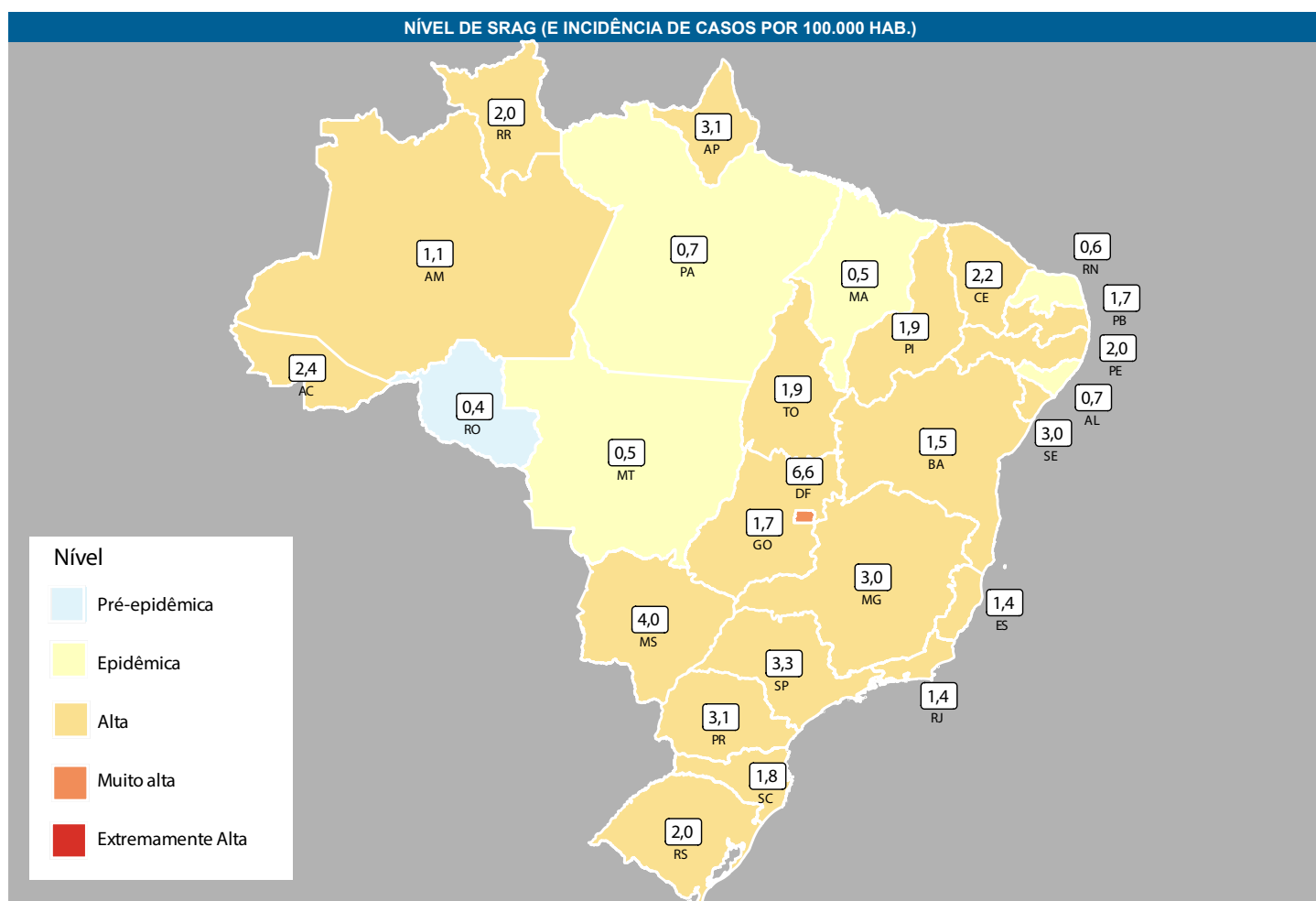
As tendências de aumento ou redução de casos SRAG variam entre os estados, segundo avaliação do boletim InfoGripe. Acre, Roraima, Amapá, Paraíba, Maranhão, Piauí, Bahia, Tocantins, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Distrito Federal tiveram tendência de aumento. No entanto, para Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Minas Gerais, São Paulo, Alagoas e Pará as tendências apontam redução nos casos. Nos outros estados há uma estabilidade.

Como em semanas anteriores, as tendências recentes de diminuição de casos aparecem para todas as faixas etárias, com exceção de 0 a 4 anos e de 5 a 11 anos, em que há presença de casos de Covid-19 e outras doenças respiratórias. Para estas doenças pode haver um componente sazonal contribuindo para o aumento, com a chegada do outono. Neste sentido, o uso de máscaras de proteção tem se mostrado eficiente para proteção das doenças respiratórias, de forma que a utilização em ambientes fechados contribui para evitar a transmissão de agentes infecciosos.

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		0,4	Pré-epidêmica
Norte	Acre		2,4	Alta
Norte	Amazonas		1,1	Alta
Norte	Roraima		2,0	Alta
Norte	Pará		0,7	Epidêmica
Norte	Amapá		3,1	Alta
Norte	Tocantins		1,9	Alta
Nordeste	Maranhão		0,5	Epidêmica
Nordeste	Piauí		1,9	Alta
Nordeste	Ceará		2,2	Alta
Nordeste	Rio Grande do Norte		0,6	Epidêmica
Nordeste	Paraíba		1,7	Alta
Nordeste	Pernambuco		2,0	Alta
Nordeste	Alagoas		0,7	Epidêmica
Nordeste	Sergipe		3,0	Alta
Nordeste	Bahia		1,5	Alta
Sudeste	Minas Gerais		3,0	Alta
Sudeste	Espírito Santo		1,4	Alta
Sudeste	Rio de Janeiro		1,4	Alta
Sudeste	São Paulo		3,3	Alta
Sul	Paraná		3,1	Alta
Sul	Santa Catarina		1,8	Alta
Sul	Rio Grande do Sul		2,0	Alta
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul		4,0	Alta
Centro-Oeste	Mato Grosso		0,5	Epidêmica
Centro-Oeste	Goiás		1,7	Alta
Centro-Oeste	Distrito Federal		6,6	Muito alta

Observatório Covid-19 | Fiocruz



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Perfil demográfico

Idade média e mediana das internações recua e crianças preocupam: um novo rejuvenescimento?

A evolução temporal da cobertura vacinal deu ao perfil demográfico das internações um ritmo de transição da idade dos casos que agravaram a ponto de demandar cuidados hospitalares. O acompanhamento do perfil etário, realizado por mais de um ano pelo Observatório Covid-19 Fiocruz, vem demonstrando isso. Ao longo do primeiro semestre de 2021 foi observado o rejuvenescimento da pandemia, com a redução constante da idade média e mediana das internações, em leitos clínicos e em leitos hospitalares. Importante recordar que este fenômeno 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 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) 50/2021 (12 a 18 de dezembro) até a SE 12/2022 (20 a 26 de março)¹. **O que se observa é que a idade média das internações e óbitos vem reduzindo consistentemente e agora também a mediana das internações apresentou queda nas duas últimas semanas. A idade média das internações, agora, se mantém abaixo dos 60 anos.** Na SE 12/2022 metade das internações ocorreu entre pessoas até 67 anos (leitos clínicos e UTI). Sobre os óbitos,

metade dos eventos ocorreu em pessoas com no mínimo 74 anos (figura 1). Esta evidência reforça a ideia de que a população, principalmente a mais longeva, 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. Concomitantemente, há necessidade absoluta de avanço na vacinação dos mais jovens elegíveis (5 a 11 anos) e o início do debate sobre vacinação na faixa de 0 a 4 anos.**

O deslocamento da curva de distribuição das internações e óbitos é notável. À medida em que a onda provocada pela transmissão comunitária da 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 5/2022 (31 de janeiro a 5 de fevereiro), houve recuo da curva de distribuição proporcional por idade simples. Inicialmente isto ocorreu de forma discreta. Contudo, este fenômeno manteve-se sustentado no tempo e hoje é cada vez mais evidente.**

A este respeito, 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 estão mais concentrados nas idades mais avançadas, cresce a contribuição de grupos mais jovens, principalmente de crianças, no quantitativo total de número de casos.** Isto se expressa no número absoluto de internações entre crianças (figura 3), assim como na contribuição proporcional desta 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**

1. A análise inclui dados até a semana epidemiológica 12/2022. Os dados da semana epidemiológica 13 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

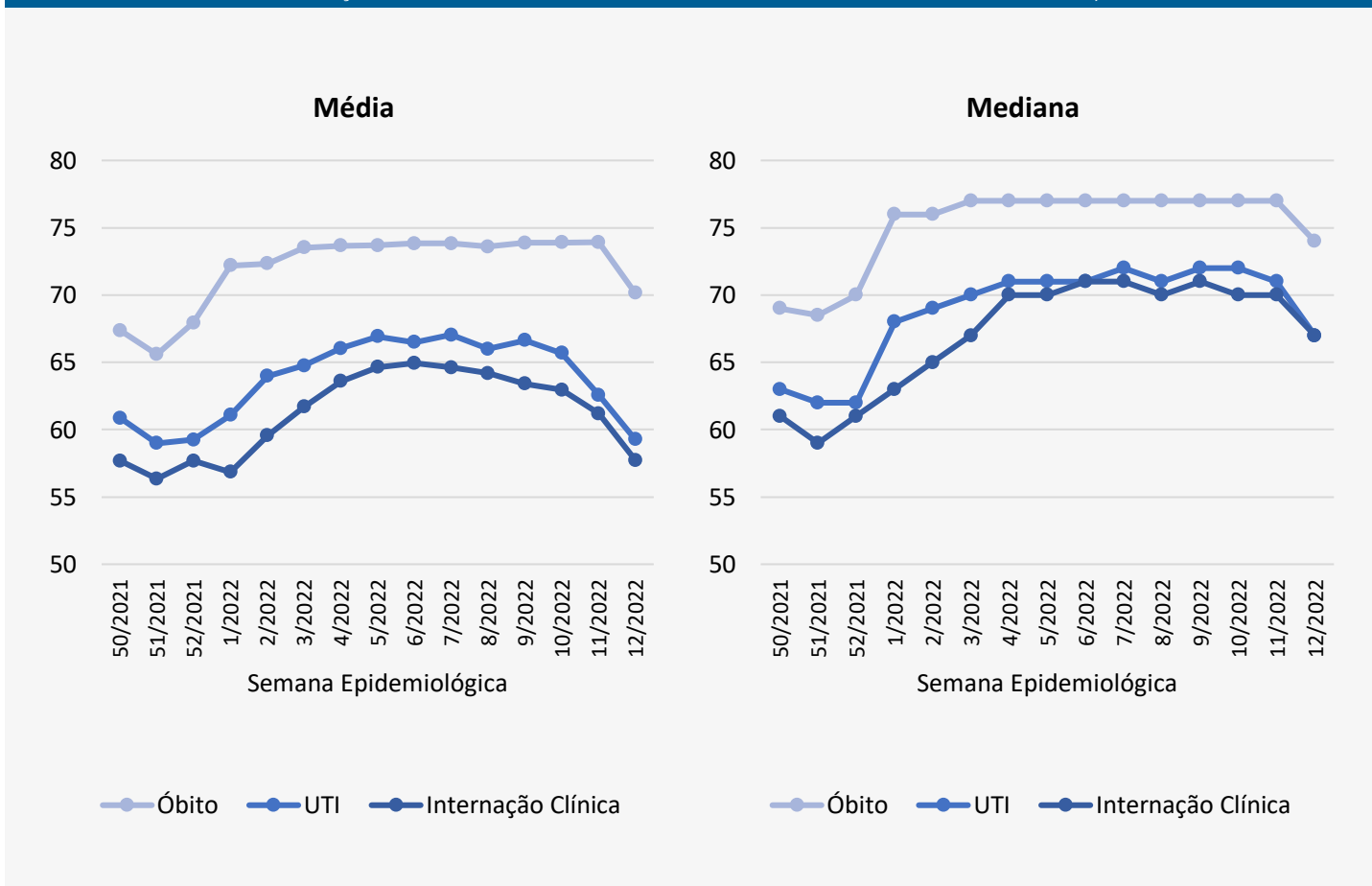
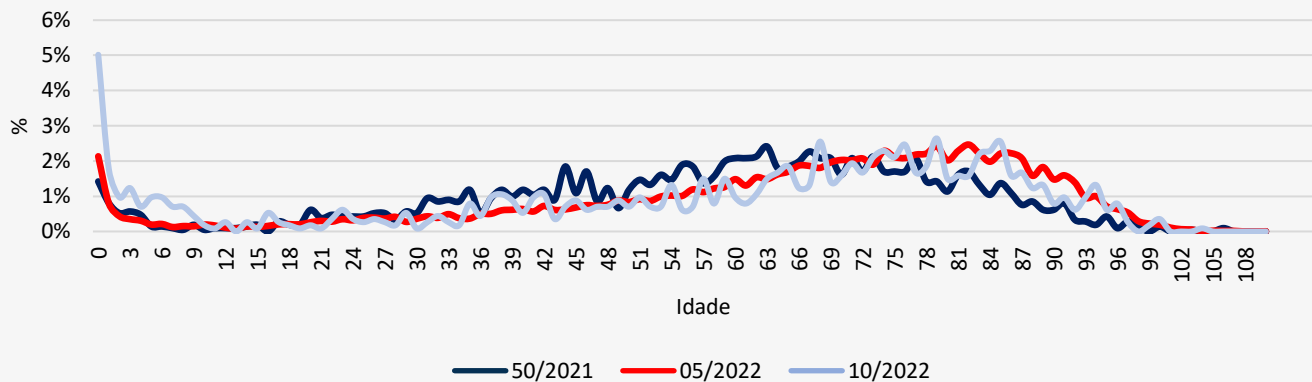
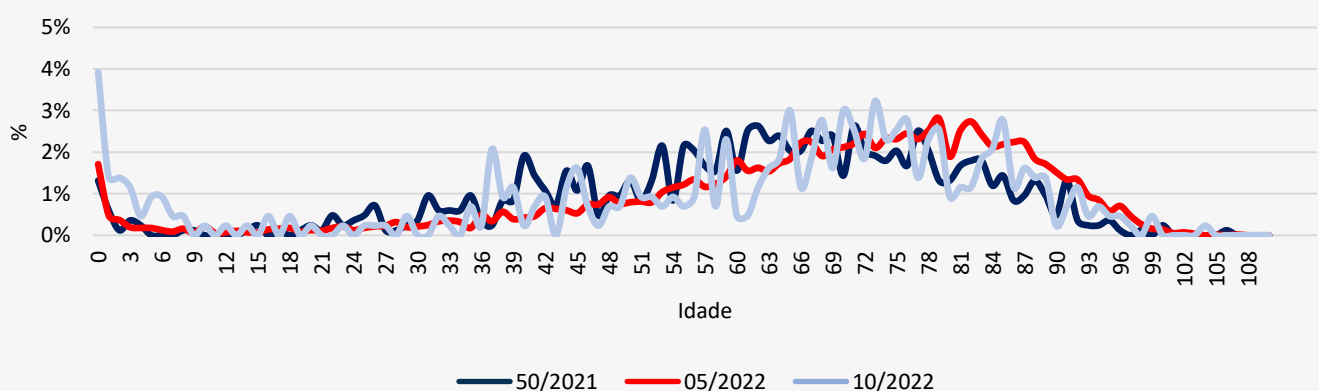


FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICAS, INTERNAÇÕES EM UTI E ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2022

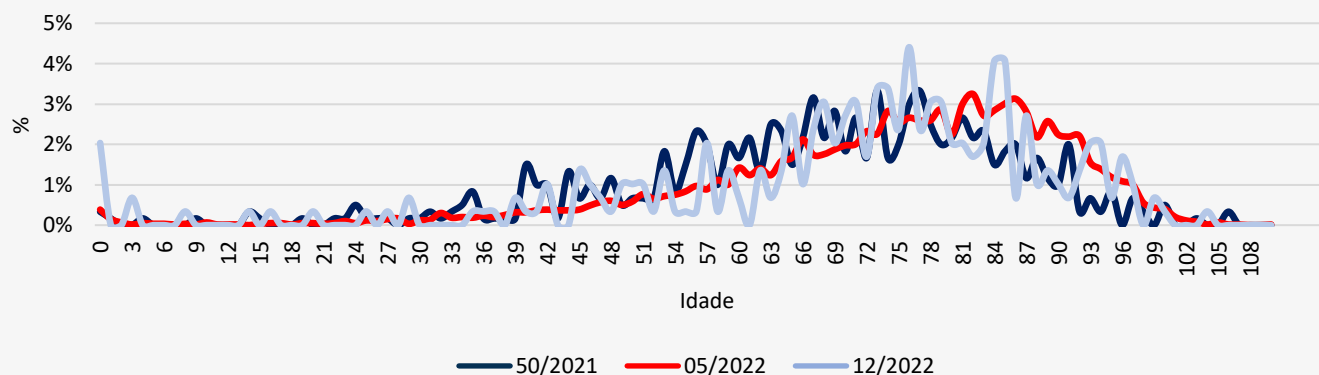
INTERNAÇÕES CLÍNICAS



INTERNAÇÕES EM UTI



ÓBITOS



Fonte: Sivep-Gripe, 2022

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, especialmente das crianças. Notadamente, a fase atual mostra um rejuvenescimento com novo padrão, a partir da base da pirâmide, e não pelo topo.

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,

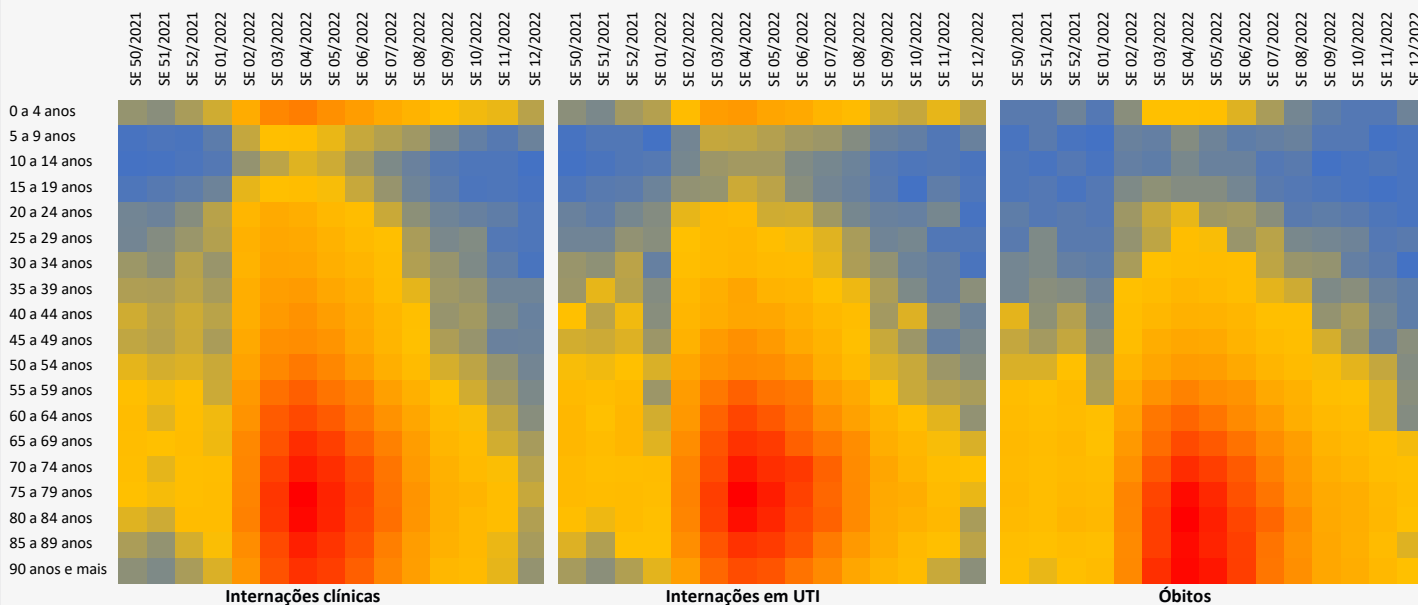
de CTI pediátrico no país.

Finalmente, a respeito da letalidade hospitalar (probabilidade de morte entre aqueles que demandaram por internações), 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 entre idosos mais longevos – mas ainda em níveis bastante elevados –, e crescimento entre crianças e adolescentes.

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 da 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).

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



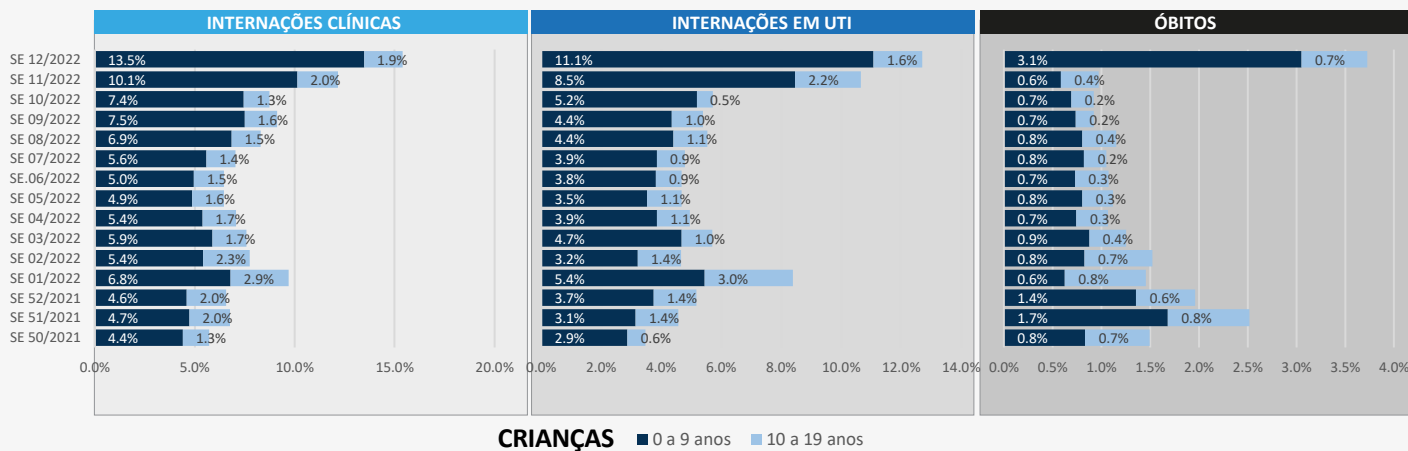
Internações clínicas

Internações em UTI

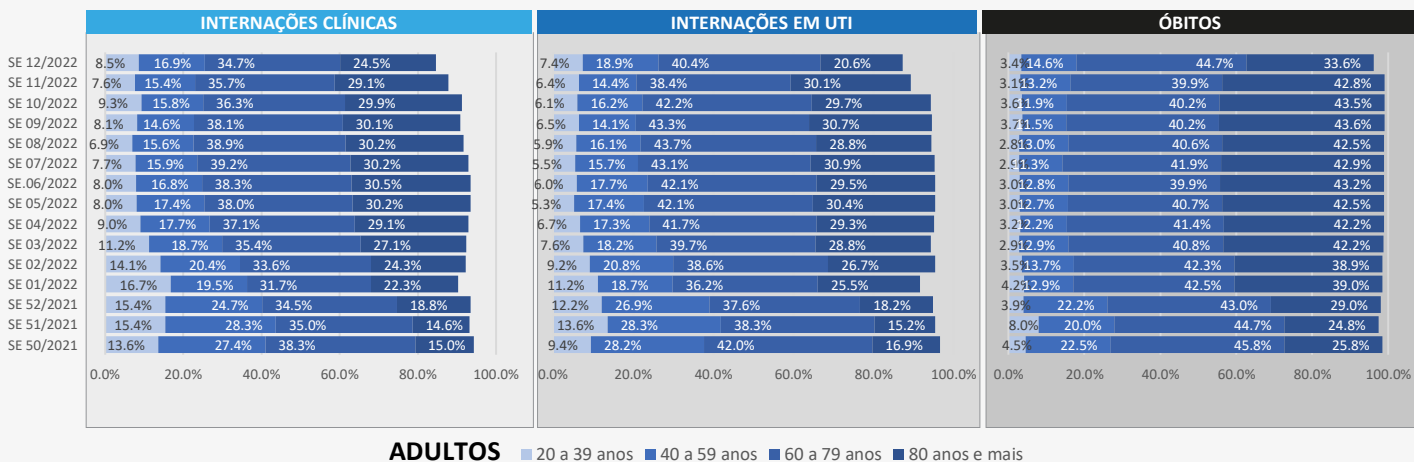
Óbitos

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



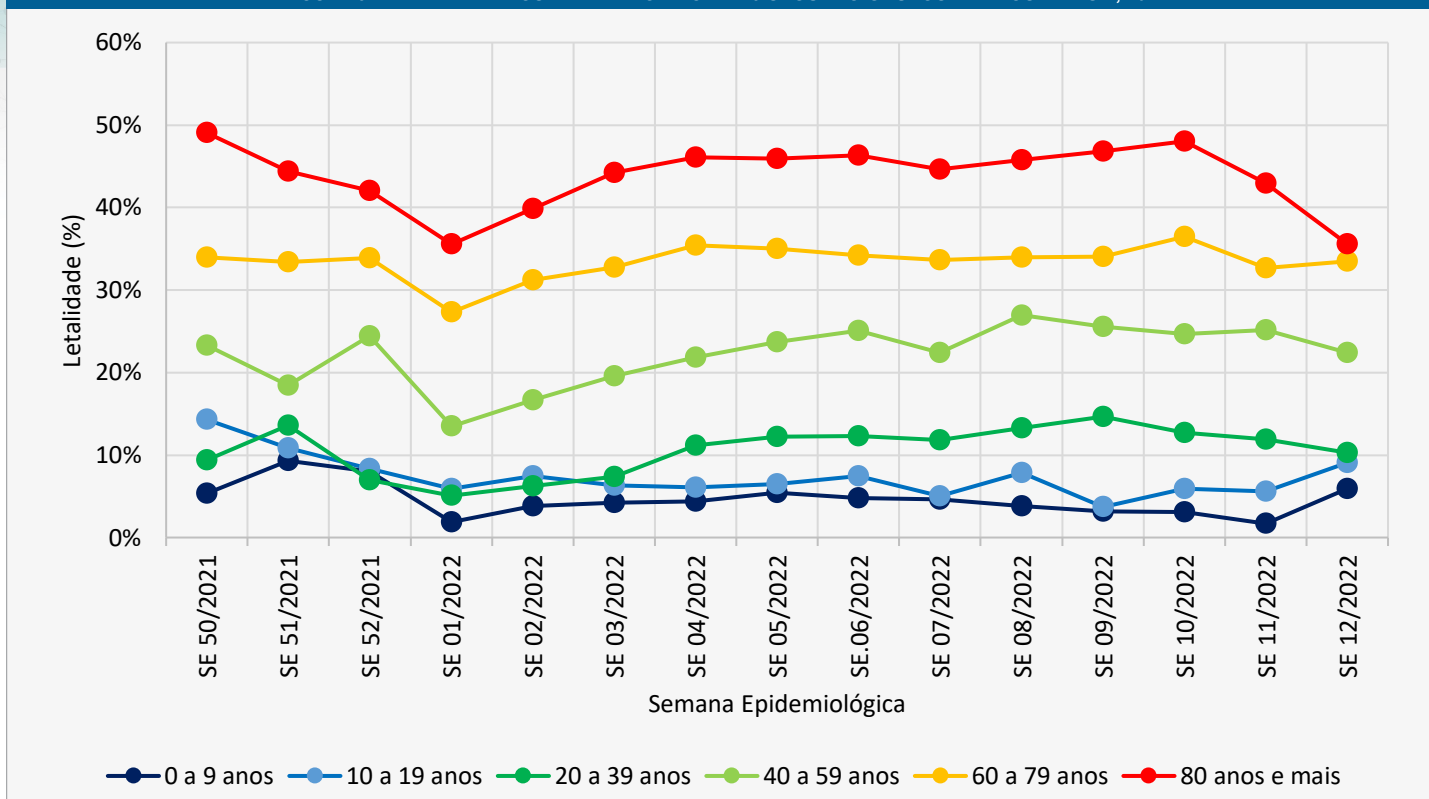
CRIANÇAS ■ 0 a 9 anos ■ 10 a 19 anos



ADULTOS ■ 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

Dados obtidos em 21 de março sinalizaram, 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, que todos os estados e o Distrito Federal estavam com taxas inferiores a 60%. Além disso, sublinhou-se que em muitas unidades federativas se observava queda no número de leitos que foram reabertos durante a onda da pandemia produzida pela variante Ômicron. O cenário relativo ao indicador apresentado pelo país no último dia 4 de abril é semelhante, ratificando o arrefecimento da carga colocada pela Covid-19 sobre o sistema de saúde e, mais especificamente, sobre leitos de alta complexidade.

A disponibilidade de leitos de UTI SRAG/Covid-19 para adultos no SUS, entre 21 de março e 4 de abril, sofreu novas reduções em diversos estados e no Distrito Federal: Rondônia (117 para 112), Amazonas (127 para 46), Roraima (27 para 8), Pará (174 para 143), Tocantins (90 para 73), Maranhão (146 para 100), Piauí (113 para 86), Ceará (152 para 123), Rio Grande do Norte (130 para 87), Paraíba (210 para 171), Pernambuco (997 para 830), Alagoas (107 para 81), Bahia (538 para 468), Espírito Santo (197 para 177), Rio de Janeiro (1.033 para 812), Paraná (583 para 503), Santa Catarina (194 para 91), Rio Grande do Sul (2.035 para 1.882, incluindo todo o conjunto de leitos de UTI no SUS), Mato Grosso do Sul (218 para 196), Mato Grosso (236 para 216), Goiás (161 para 86) e Distrito Federal (66 para 11).

Neste momento da pandemia, as taxas de ocupação de leitos de UTI/SRAG parecem deixar de ser um indicador significativo e comparações no decorrer do tempo requerem cautela. De modo geral, os estados vêm mantendo taxas bem baixas de ocupação, mesmo com a retirada de leitos, revelando a melhora do quadro pandêmico. E, neste contexto, aumentos nas taxas de ocupação podem não indicar propriamente aumento nas internações por Covid-19, mas refletir a redução do número de leitos ou mesmo o uso dos leitos no atendimento de outros problemas de saúde. De certa forma, esses elementos já têm sido apontados em boletins anteriores.

A apreciação atual de dados sugere a reorganização de serviços, frente à queda na pressão colocada pela Covid-19, para o atendimento de outros problemas de saúde. O Rio Grande do Sul e sua capital, Porto Alegre, por exemplo, que só reportam taxas de ocupação considerando todo o conjunto de leitos de UTI do SUS, apresentaram crescimento das mesmas, ao mesmo tempo em que leitos foram subtraídos, e a participação de internações em UTI por Covid-19 (suspeita ou confirmada) caiu. Em 21 de março, o Rio Grande do Sul contava com 2.035 leitos, dos quais 1.174 ocupados. Destes, 162 (13,8%) eram ocupados por pacientes com Covid-19 ou suspeitos. Em 4 de abril, contabilizaram-se 1.882 leitos, dos quais 1.124 ocupados e, destes, 106 (9,4%) por pacientes com Covid-19 ou suspeitos. Em Porto Alegre, em 21 de março, 669 leitos estavam disponíveis, e, entre eles, 392 ocupados, sendo 35 por pacientes com Covid-19 ou suspeitos. Em 4 de abril eram 510 leitos disponíveis, com 398 ocupados e 27 ocupados por Covid-19.

Em Minas Gerais, que passou a divulgar também somente a taxa global de ocupação de leitos de UTI no SUS, 4,5% dos leitos de UTI estavam ocupados em 21 de março por pacientes com Covid-19. Em 4 de abril essa participação era de 3,1%.

Vale ainda destacar a situação da cidade do Rio de Janeiro, para a qual as taxas têm sido obtidas a partir de dados do Censo Hospitalar Diário, disponível no Painel da Secretaria Municipal de Saúde. Em 21 de março eram 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. Em 4 de abril eram 242 leitos não bloqueados, entre os quais 73 (30,2%) livres, 8 (3,3%) ocupados por pacientes com Covid-19 ativa, 15 (6,2%) ocupados por pacientes pós-Covid e 146 (60,3%) por pacientes com outros diagnósticos.

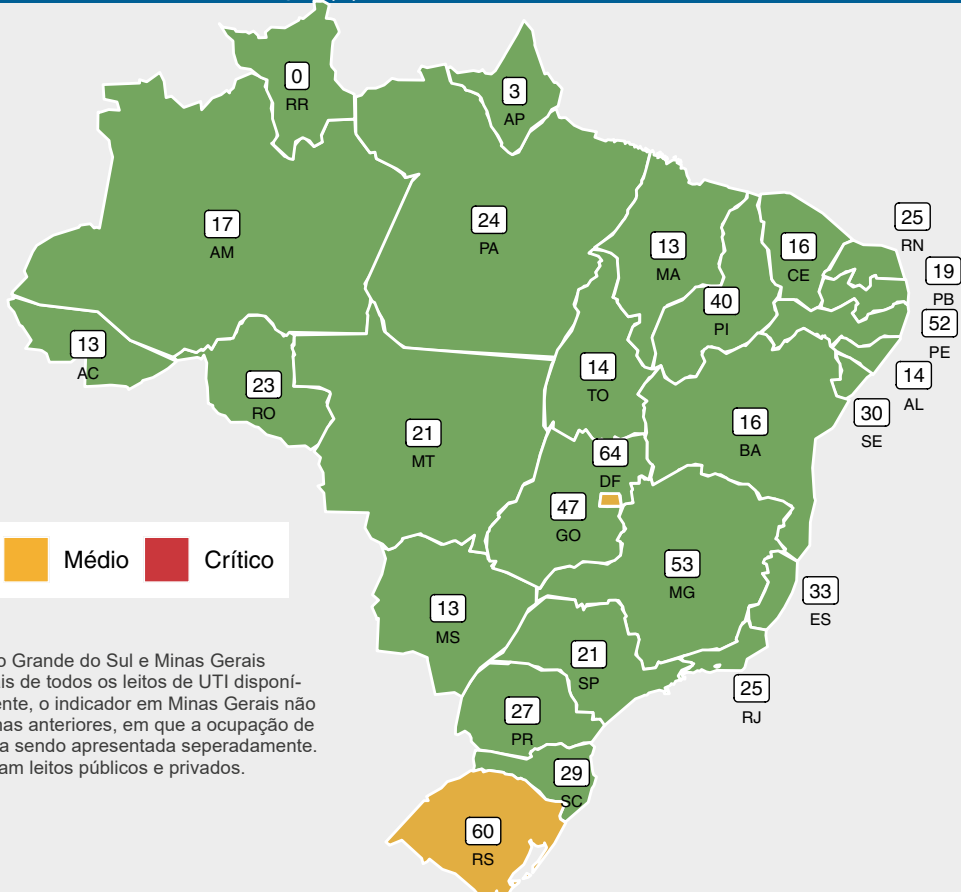
Entre as unidades federativas, as taxas de ocupação de leitos de UTI SRAG/Covid-19 para adultos no SUS, observadas em 4 de abril, foram: Rondônia (23%), Acre (13%), Amazonas (17%), Roraima (0%), Pará (24%), Amapá (3%), Tocantins (14%), Maranhão (13%), Piauí (40%), Ceará (16%), Rio Grande do Norte (25%), Paraíba (19%), Pernambuco (52%), Alagoas (14%), Sergipe (30%), Bahia (16%), Minas Gerais (53%, levando-se em conta não somente os leitos de UTI SRAG/Covid-19, mas todos os leitos de UTI no SUS), Espírito Santo (33%), Rio de Janeiro (25%), São Paulo (21%), Paraná (27%), Santa Catarina (29%), Rio Grande do Sul (60%, também considerando o conjunto de leitos de UTI do SUS), Mato Grosso do Sul (13%), Mato Grosso (21%), Goiás (47%) e Distrito Federal (64%, sendo esta taxa atribuída a retirada expressiva de leitos).

Entre as capitais com taxas divulgadas (24 do total), Goiânia (74%), com 31 leitos, e Brasília (64%), com 11 leitos, apresentaram taxas superiores a 60%. Porto Alegre mostra uma taxa de 78%, mas que não é comparável com as de outras capitais, em função de contabilizar o conjunto de leitos de UTI no SUS e não somente os leitos SRAG/Covid-19. Conforme já mencionado, naquela capital houve queda na participação de internações por Covid-19 entre as internações em UTI.

O Rio de Janeiro apresenta taxa de 70% de ocupação dos leitos de UTI SRAG/Covid-19, sendo, entretanto, somente uma parcela de 3,3% relativa a pacientes com Covid-19 ativa. As demais capitais mostram taxas inferiores a 50%: Porto Velho (46%), Rio Branco (10%), Manaus (17%), Boa Vista (0%), Macapá (8%), Palmas (8%), São Luís (7%), Fortaleza (26%), Natal (estimativa de 25%, sendo 6% por Covid-19), João Pessoa (23%), Recife (30%, considerando somente leitos municipais), Maceió (16%), Salvador (23%), Belo Horizonte (24%), Vitória (29%), São Paulo (27%), Curitiba (3%), Florianópolis (22%), Campo Grande (21%) e Cuiabá (43%).

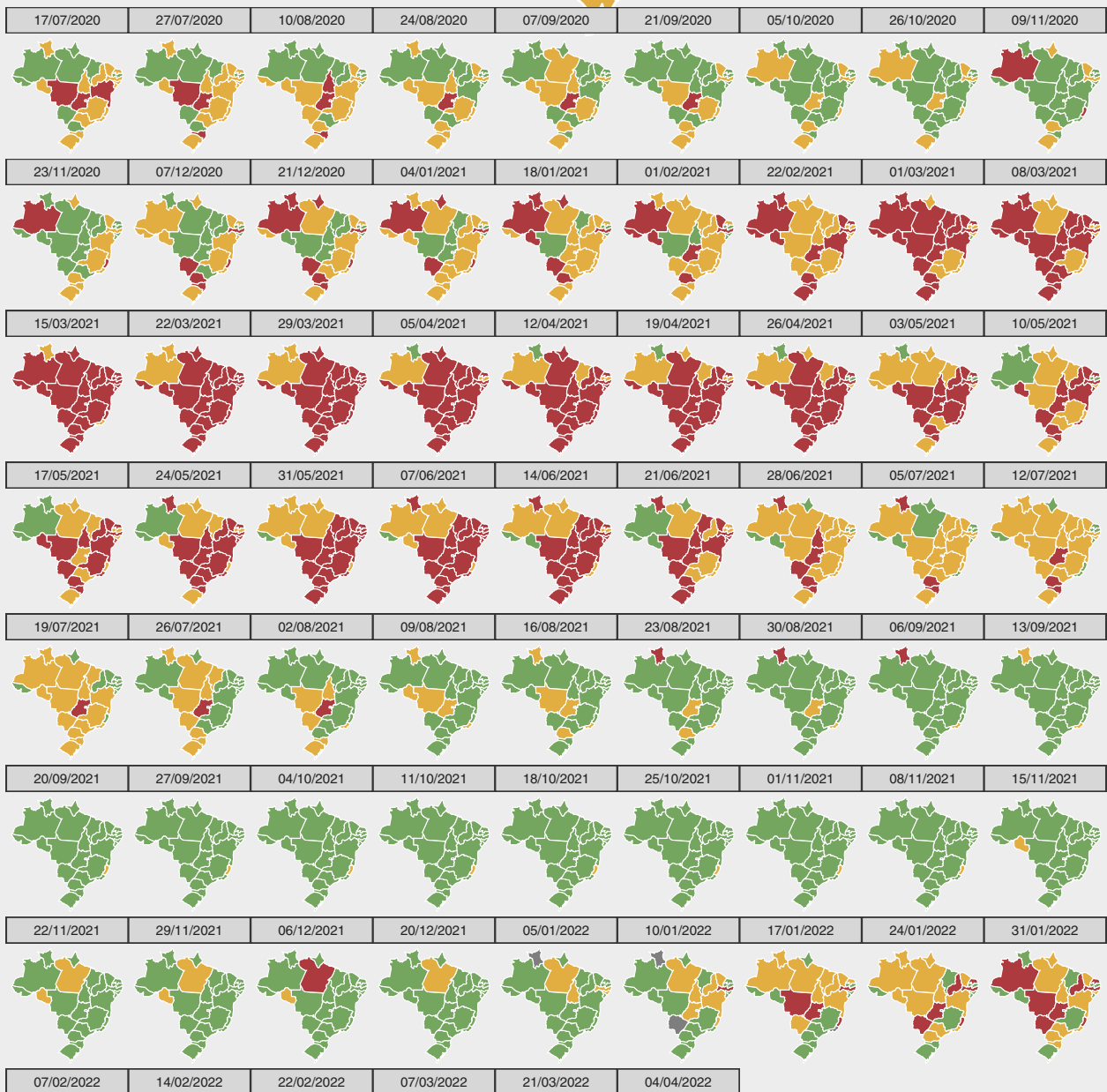
Enfim, apesar da impressão de piora em algumas taxas de ocupação de leitos de UTI, o olhar cuidadoso sobre os dados ratifica a redução de internações de pacientes com Covid-19 em leitos de UTI no Brasil e melhora do quadro pandêmico. A dinâmica de alguns dados já aponta para a reorganização dos serviços no sentido de menos foco na Covid-19 e ampliação do atendimento a outros problemas de saúde. O passivo assistencial em toda a rede de serviços de saúde é desafiador após pouco mais de dois anos da pandemia. Esforços precisam ser empreendidos no sentido do atendimento desse passivo, atenção adequada aos casos de Covid longa e vigilância da Covid-19, com atualização de planos de contingência que contemplem eventuais necessidades de expansão dos serviços de atendimento à doença.

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



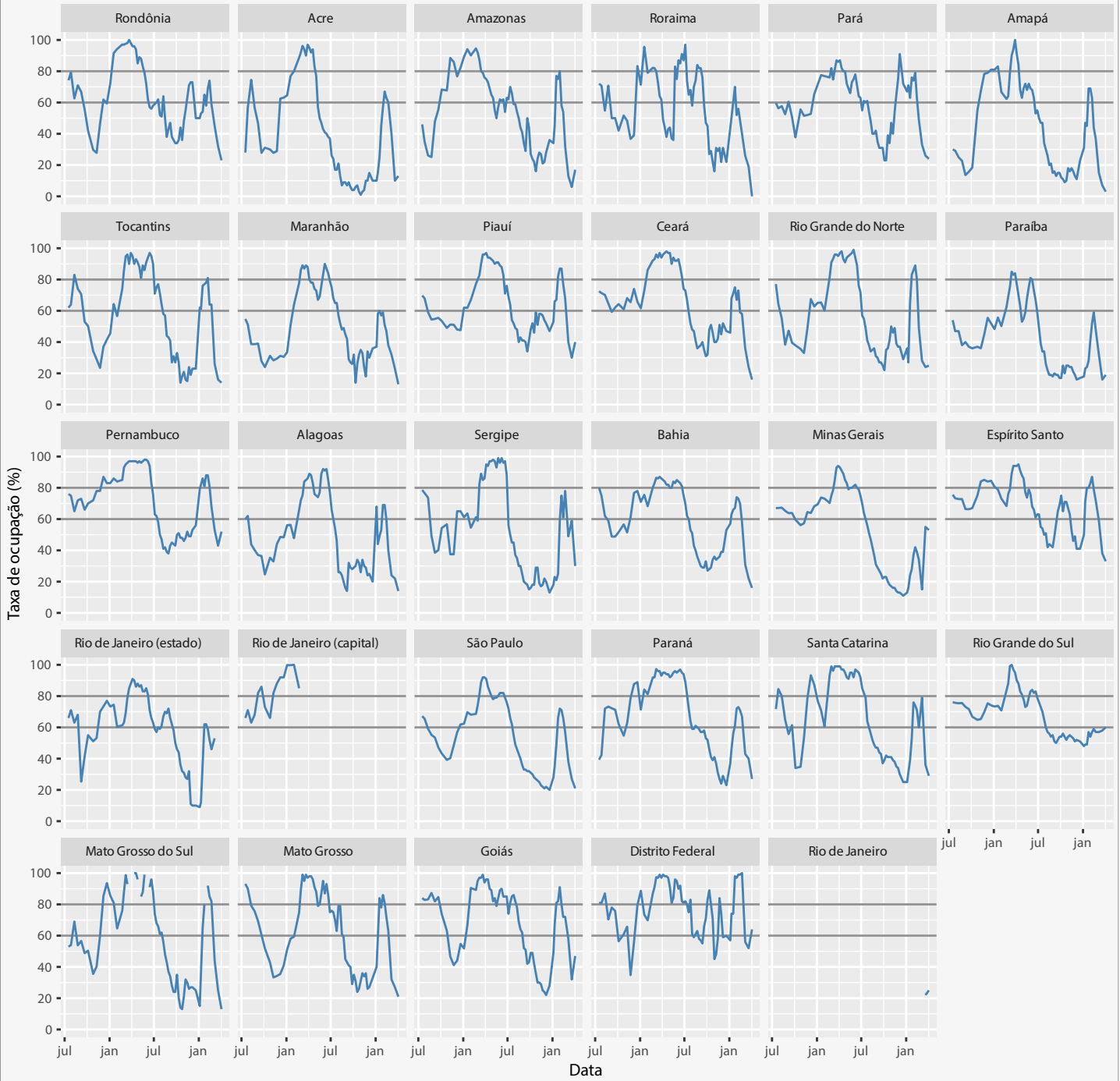
Alerta ■ Baixo ■ Médio ■ Crítico

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.



Alerta ■ Baixo ■ Médio ■ Crítico

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



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 418 milhões de doses de vacinas foram administradas no Brasil, o que representa a imunização de 82,5% da população com a primeira dose, 75,4% com o esquema de vacinação completo e 37,1% com a dose de reforço.

Treze estados apresentam mais de 80% da população vacinada com a primeira dose e 16 apresentam mais de 70% com a segunda dose. O Piauí é o estado com a vacinação mais avançada na primeira dose, com 92,6% da população imunizada. São Paulo imunizou 89,2% da população com a segunda dose e 52% da população com a dose de reforço.

Os dados apontam que foram aplicadas, até 7 de abril, mais de 418 milhões de doses dos imunizantes, com 42% destinadas à primeira dose, 38% à segunda ou dose única e 19% à terceira (reforço ou adicional) (tabela1). São Paulo apresenta o maior percentual de doses destinadas para reforço. Amapá e Roraima apresentam cerca de 50% dos imunizantes destinados à primeira dose e as maiores diferenças entre primeira e segunda. Junto ao Pará, estes três estados apresentam os menores percentu-

ais de doses destinadas ao reforço.

Os dados do Ministério da Saúde (tabela 2) apontam que mais de 476 milhões de doses de imunizantes foram distribuídas aos estados e que 76,6% 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 em idosos (acima de 60 anos) apresenta percentual de população com esquema de duas doses próximo de 100%. Em relação à terceira dose, a faixa etária acima de 70 anos apresenta cobertura acima de 80%. Na população com menos de 30 anos, apenas 1 em cada 3 brasileiros tomou a terceira dose. A vacinação de segunda dose tem avançado em faixas etárias mais jovens

1. <https://coronavirusbra1.github.io/>

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO VACINADA

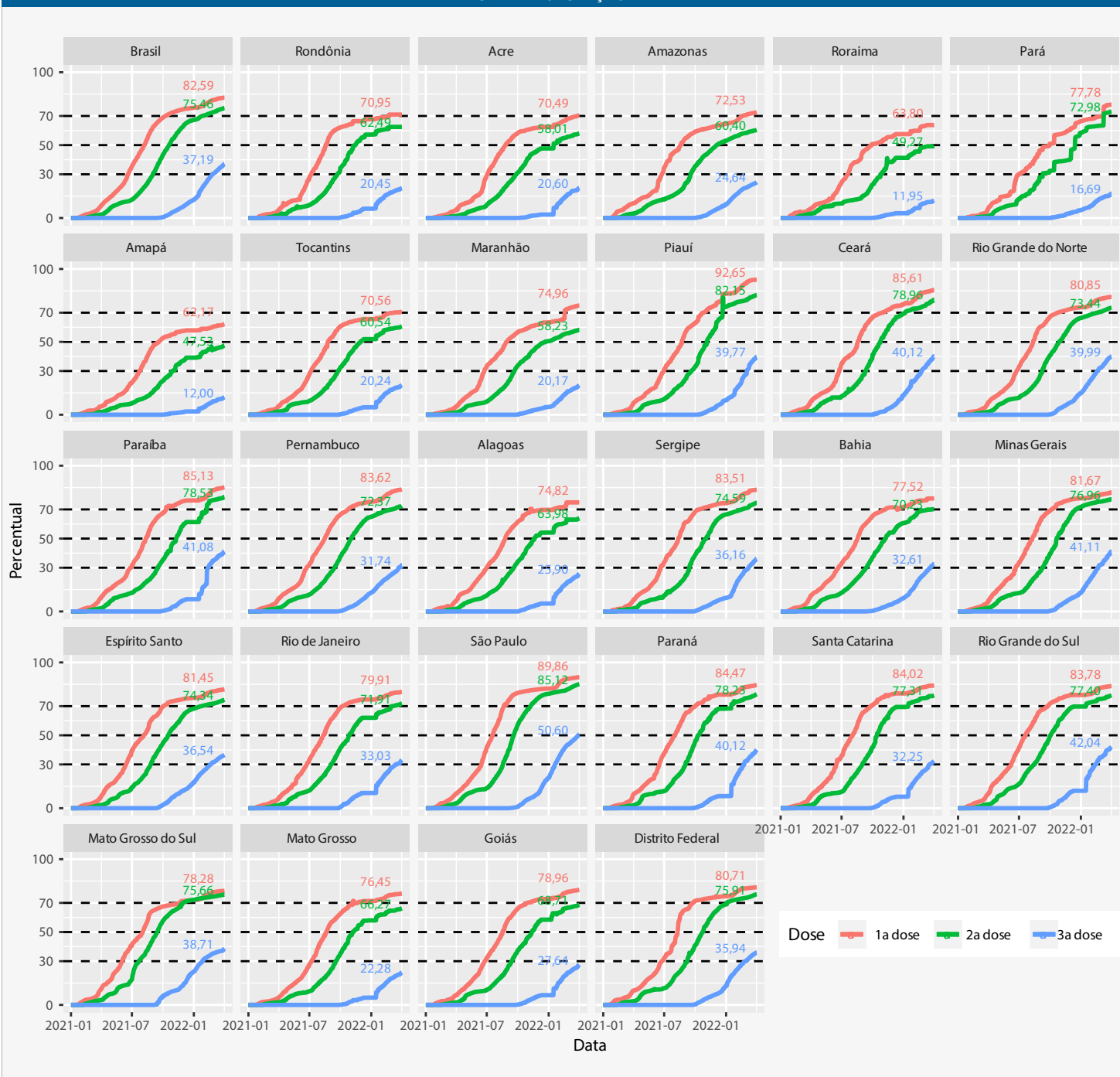


TABELA 1 - DOSES APLICADAS, PERCENTUAL SEGUNDO DOSE VACINAL E DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE AS DOSES

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	418.988.804	176.367.790	161.485.597	81.135.417	42,1	38,5	19,4
ACRE	1.356.312	640.360	527.466	188.486	47,2	38,9	13,9
ALAGOAS	5.570.387	2.517.949	2.161.341	891.097	45,2	38,8	16,0
AMAZONAS	6.861.665	3.099.709	2.611.598	1.150.358	45,2	38,1	16,8
AMAPÁ	1.073.545	546.997	419.160	107.388	51,0	39,0	10,0
BAHIA	27.122.483	11.616.582	10.534.165	4.971.736	42,8	38,8	18,3
CEARÁ	19.109.653	7.924.992	7.348.842	3.835.819	41,5	38,5	20,1
DISTRITO FEDERAL	5.980.821	2.498.970	2.355.774	1.126.077	41,8	39,4	18,8
ESPÍRITO SANTO	7.934.877	3.355.594	3.061.582	1.517.701	42,3	38,6	19,1
GOIÁS	12.692.210	5.695.338	4.966.311	2.030.561	44,9	39,1	16,0
MARANHÃO	10.999.840	5.368.964	4.177.318	1.453.558	48,8	38,0	13,2
MINAS GERAIS	42.986.385	17.500.230	16.518.208	8.967.947	40,7	38,4	20,9
MATO GROSSO DO SUL	5.484.015	2.224.207	2.150.409	1.109.399	40,6	39,2	20,2
MATO GROSSO	5.905.527	2.730.321	2.369.687	805.519	46,2	40,1	13,6
PARÁ	14.757.623	6.832.234	6.420.561	1.504.828	46,3	43,5	10,2
PARAÍBA	8.405.544	3.466.977	3.209.277	1.729.290	41,2	38,2	20,6
PERNAMBUCO	18.366.705	8.123.792	7.042.843	3.200.070	44,2	38,3	17,4
PIAUI	7.095.119	3.048.915	2.713.861	1.332.343	43,0	38,2	18,8
PARANÁ	23.656.373	9.806.204	9.102.786	4.747.383	41,5	38,5	20,1
RIO DE JANEIRO	32.423.250	13.971.428	12.598.160	5.853.662	43,1	38,9	18,1
RIO GRANDE DO NORTE	6.952.030	2.882.110	2.623.400	1.446.520	41,5	37,7	20,8
RONDÔNIA	2.797.978	1.287.914	1.134.306	375.758	46,0	40,5	13,4
RORAIMA	819.280	417.297	322.654	79.329	50,9	39,4	9,7
RIO GRANDE DO SUL	23.369.987	9.610.758	8.896.107	4.863.122	41,1	38,1	20,8
SANTA CATARINA	14.243.275	6.165.669	5.685.839	2.391.767	43,3	39,9	16,8
SERGIPE	4.573.986	1.954.264	1.749.955	869.767	42,7	38,3	19,0
SÃO PAULO	106.009.732	41.944.605	39.808.331	24.256.796	39,6	37,6	22,9
TOCANTINS	2.440.202	1.135.410	975.656	329.136	46,5	40,0	13,5

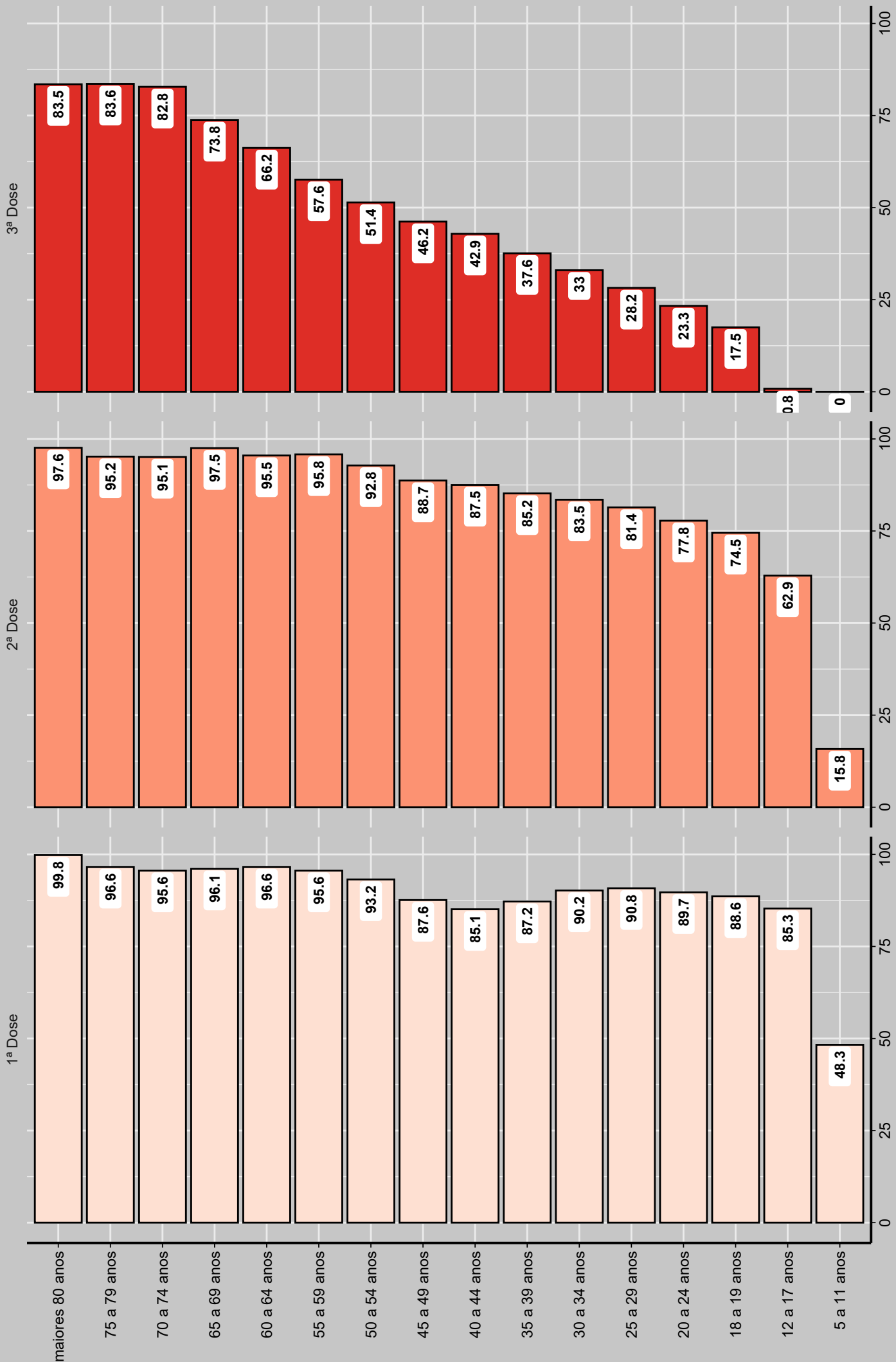
Fonte: <https://coronavirusbra1.github.io/> 07/04/2022

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	476.632.318	365.063.272	76,6
ACRE	1.718.840	1.285.301	74,8
ALAGOAS	6.608.405	4.947.490	74,9
AMAZONAS	8.644.210	5.977.300	69,1
AMAPÁ	1.587.020	1.330.999	83,9
BAHIA	33.603.393	25.153.703	74,9
CEARÁ	21.625.088	16.096.312	74,4
DISTRITO FEDERAL	6.887.627	6.887.627	100,0
ESPÍRITO SANTO	8.443.150	7.563.993	89,6
GOIÁS	15.117.420	11.687.987	77,3
MARANHÃO	13.582.975	10.171.813	74,9
MINAS GERAIS	49.412.869	38.362.545	77,6
MATO GROSSO DO SUL	6.345.635	5.056.458	79,7
MATO GROSSO	7.852.277	6.213.894	79,1
PARÁ	16.905.225	13.876.759	82,1
PARAÍBA	9.268.625	7.169.686	77,4
PERNAMBUCO	21.306.910	16.270.647	76,4
PIAUI	7.624.215	5.737.440	75,3
PARANÁ	27.454.350	20.810.933	75,8
RIO DE JANEIRO	40.335.685	32.403.546	80,3
RIO GRANDE DO NORTE	8.018.110	3.945.588	49,2
RONDÔNIA	3.270.198	2.858.732	87,4
RORAIMA	1.339.488	757.897	56,6
RIO GRANDE DO SUL	25.987.270	21.464.030	82,6
SANTA CATARINA	16.012.248	13.089.209	81,7
SERGIPE	5.096.665	3.856.564	75,7
SÃO PAULO	109.411.785	86.290.759	78,9
TOCANTINS	3.172.635	2.683.687	84,6

Fonte: : https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19VAC_Distr/DEMAS_C19VAC_Distr.html 07/04/2022

COBERTURA VACINAL POR FAIXAS ETÁRIAS



*2ª Dose – incluídas doses únicas

*3ª Dose – doses adicionais e reforço

Vacinas protegem a saúde e salvam vidas

Desde a primeira vacina criada no século XVIII, contra a varíola, uma das doenças que mais ameaçou a humanidade, até os dias atuais, em que são utilizados imunizantes contra várias outras enfermidades, como sarampo, poliomielite, rubéola e gripe, as vacinas são consideradas um avanço espetacular da ciência. Sua adoção ao longo dos anos tem evitado milhões de mortes, sequelas e muito sofrimento humano. O conhecimento acumulado permitiu que, frente à atual pandemia de Covid-19, fossem rapidamente desenvolvidas vacinas contra o Sars-Cov-2, havendo atualmente diferentes tipos disponíveis, com segurança e eficácia atestadas por várias agências reguladoras de saúde de todo o mundo.

Além dos ensaios clínicos necessários para o registro das vacinas, que envolveram milhares de pessoas, mais de 11 bilhões de doses de vacinas foram administradas em todo o

mundo. No Brasil já foram aplicadas mais de 400 milhões de doses. Nunca, em tão curto espaço de tempo, foram utilizadas tantas doses de vacinas para uma mesma doença. Esses números permitem afirmar que os benefícios obtidos, como a redução dos casos graves, internações e óbitos, superaram os riscos, pois os eventos adversos têm sido monitorados por ampla rede de farmacovigilância em todo o mundo e a maioria dos eventos relatados é leve e de curta duração.

Todas essas evidências são muito positivas, mas a ciência avança na medida em que novas questões são colocadas e se buscam respostas. Hoje há grupos de pesquisa em todo o mundo estudando, além da efetividade das vacinas, que mostra os resultados sob condições usuais, sua relação com a infecção natural e a qualidade e duração da resposta imunológica em diferentes faixas etárias, entre outros tópicos de interesse.

(continua na página 16)

QUADRO 1: EVIDÊNCIAS SOBRE AS VACINAS

Informações relevantes sobre a proteção da vacina	As quatro vacinas utilizadas no Brasil oferecem proteção contra infecção sintomática por SARS-CoV-2 e quadros graves, reduzindo o número de hospitalizações e óbitos ¹
	A vacinação contra a Covid-19 proporcionou proteção adicional a quem já teve a doença anteriormente ^{1,6}
	Duas doses das vacinas são insuficientes para fornecer níveis adequados de proteção contra a infecção com a variante Ômicron e doença leve, sendo necessária a terceira dose ou dose de reforço para uma proteção mais efetiva ¹
	A proteção mais efetiva só é obtida com a vacinação completa e dose de reforço ^{1,7}
	A dose de reforço com a Pfizer ou Vaxzevria (AstraZeneca) após duas doses de CoronaVac, Vaxzevria (AstraZeneca) ou Pfizer, leva a um aumento expressivo e duradouro da proteção contra a Covid-19 grave em indivíduos menos de 80 anos ^{1,9,10}
Informações relevantes para grupos vulneráveis	Pessoas idosas e/ou imunocomprometidas necessitam de atenção especial no seu esquema de vacinação ¹
	As vacinas contra a Covid-19 são seguras para mulheres grávidas, e este grupo deve ser contemplado pelo plano de imunização, com ampla campanha para adesão e esclarecimento da população sobre a segurança e os benefícios da vacina e a importância de completar o esquema vacinal ²
Evidências sobre a efetividade das vacinas	A vacinação de adolescentes alcançou alta efetividade com o uso de duas doses da vacina Pfizer, com redução da necessidade de internação e admissão em UTI ⁸
	O reforço com vacina de mRNA contra infecções por Ômicron em adolescentes ofereceu excelente proteção contra hospitalização e doenças graves ⁵
	A vacina da Pfizer reduziu o risco de hospitalização associada ao Ômicron em dois terços entre crianças de 5 a 11 anos de idade. A vacinação preveniu doenças críticas causadas por qualquer uma das variantes ⁴

Referências

1. Cerqueira-Silva, Thiago et al. Effectiveness of CoronaVac, ChAdOx1 nCoV-19, BNT162b2, and Ad26.COV2.S among individuals with previous SARS-CoV-2 infection in Brazil: a test-negative, case-control study. The Lancet Infectious Diseases, Volume 0, Issue 0.
2. Ma Y, Deng J, Liu Q, Du M, Liu M, Liu J. Effectiveness and Safety of COVID-19 Vaccine among Pregnant Women in Real-World Studies: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vaccines. 2022; 10(2):246. <https://doi.org/10.3390/vaccines10020246>
3. Cerqueira-Silva T et al. Influence of age on the effectiveness and duration of protection of Vaxzevria and CoronaVac vaccines: A population-based study. The Lancet Regional Health - Americas 2022;6: 100154. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100154>
4. Price AM, Olson SM, Newhams MM, et al. BNT162b2 Protection against the Omicron Variant in Children and Adolescents. N Engl J Med. March 30, 2022 - DOI: 10.1056/NEJMoa22028262022
5. Perumal, Nita and Steffen, Annika and Altmann, Doris and an der Heiden, Matthias and Harder, Thomas and Wichmann, Ole and Schönfeld, Viktoria, Effectiveness of Mrna Booster Vaccination Against Mild and Severe COVID-19 During Delta and Omicron Variant Circulation in Germany: An Analysis of National Surveillance Data. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4072476> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4072476>
6. Nordström P, Ballin M, Nordström A. Risk of SARS-CoV-2 reinfection and COVID-19 hospitalisation in individuals with natural and hybrid immunity: a retrospective, total population cohort study in Sweden. Lancet Infect Dis. 2022; (published online March 31.). [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00143-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00143-8)
7. Thompson MG, Natarajan K, Irving SA, et al. Effectiveness of a third dose of mRNA vaccines against COVID-19-associated emergency department and urgent care encounters and hospitalizations among adults during periods of delta and omicron variant predominance — VISION Network, 10 States, August 2021–January 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022;71:139-145.
8. Olson, Samantha M., et al. "Effectiveness of BNT162b2 vaccine against critical Covid-19 in adolescents." New England Journal of Medicine (2022).
9. Clemens, S. A. C. et al. Randomized immunogenicity and safety study of heterologous versus homologous COVID-19 booster vaccination in previous recipients of two doses of CoronaVac COVID-19 vaccine. SSRN, 2021. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3989848>
10. Dejnirattisai, W. et al. Omicron-B.1.1.529 leads to widespread escape from neutralizing antibody responses. bioRxiv. 2021. <https://doi.org/10.1101/2021.12.03.471045>

A resposta imunológica induzida pelas vacinas é fruto de um mecanismo complexo que envolve uma cadeia de eventos e diversos tipos de células. É influenciado por características dos indivíduos, dos patógenos e de suas possíveis modificações. Por isso, os estudos continuam a ser feitos para que se conheça o comportamento das vacinas frente a cada uma das variantes que circulam, ou circularam, no decorrer da pandemia, para mensurar a duração da imunidade produzida, inclusive para grupos específicos, como idosos e imunocomprometidos, e naqueles que tiveram a infecção natural. Essas são informações preciosas para a definição dos esquemas vacinais mais custo-efetivos para o controle da doença.

Desde que as primeiras vacinas começaram a ser aplicadas no Brasil, algumas afirmações, derivadas de evidências produzidas pela pesquisa científica, devem ser consideradas para o prosseguimento do processo de vacinação no país. O quadro 1 sistematiza essas evidências.

Apesar do quadro mais controlado da pandemia neste momento, o vírus continua a circular em todo o mundo. Portanto, é fundamental que se mantenha um grau suficiente de imunidade em toda a população. Para isso, é preciso ampliar a cobertura vacinal com esquema completo (duas doses e mais o reforço).

Esta meta só será alcançada se a população tiver confiança e clareza sobre a segurança dos imunizantes oferecidos pelo SUS. No entanto, grupos antivacina têm bombardeado a mídia com propagandas e campanhas sem nenhuma base científica. Os estudos são unânimes em revelar os benefícios das vacinas e afirmar que o risco de eventos adversos com seu uso é menor que o risco de ter complicações causadas pela doença.

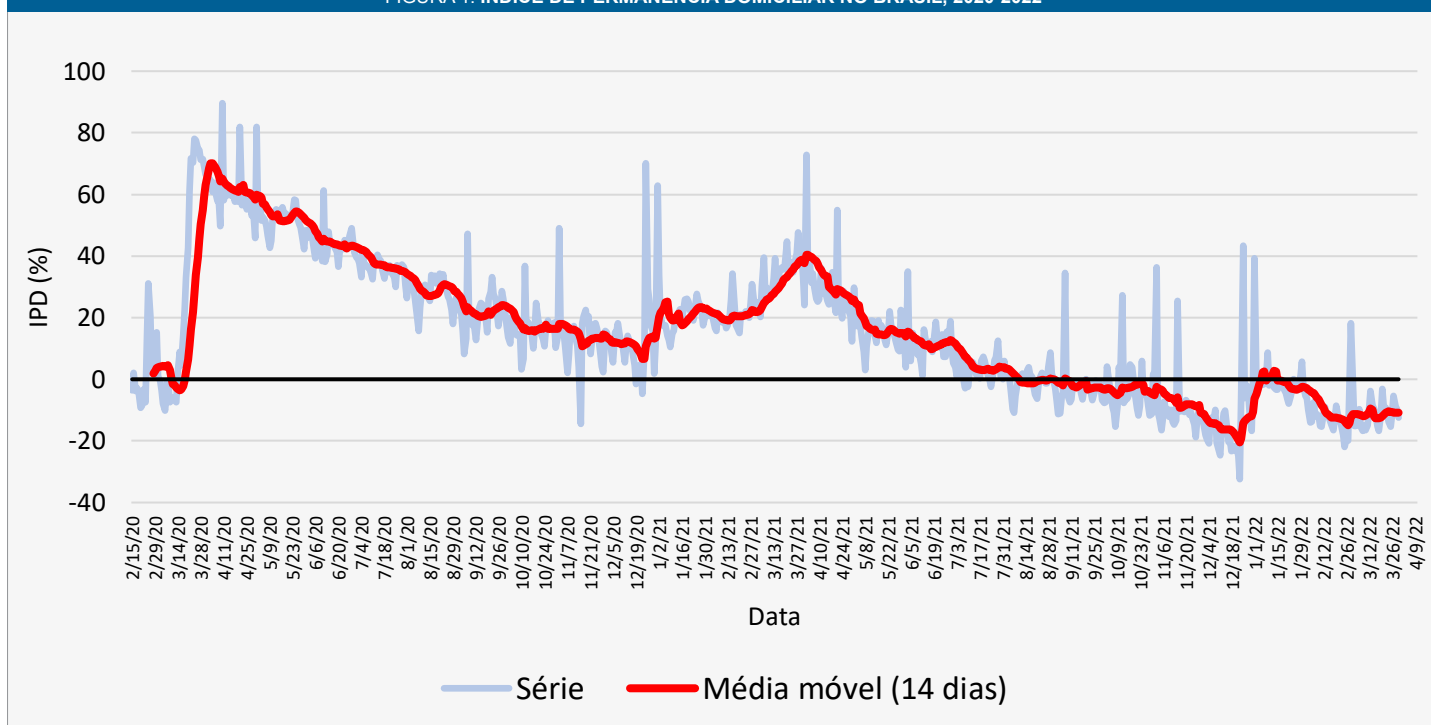
O Sars-Cov-2 e suas variantes vão continuar a circular e a vacinação pode ajudar a controlar e reduzir a sua transmissibilidade e velocidade de reprodução. No entanto, é imprescindível que se invista na manutenção da vigilância epidemiológica, da testagem e da vigilância genômica, que são fundamentais para detectar precocemente novos casos, novas variantes e orientar os gestores quanto às medidas de bloqueio e adequação da produção de vacinas eficazes para as novas variantes. Com os resultados dos estudos em andamento será possível definir se haverá necessidade de incluir as vacinas anti-Covid-19 no programa regular de imunização. As vacinas precisam ser vistas como um bem público, pois quanto maior o número de pessoas imunizadas melhor para a coletividade, e a proteção deve estar disponível para todos.

Distanciamento físico

O distanciamento físico foi uma das estratégias adotadas internacionalmente para a mitigação da pandemia. O indicador de permanência domiciliar vem sendo monitorado pelo Observatório Covid-19 Fiocruz no sentido de avaliar a adesão da população ao distanciamento físico. 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, a permanência domiciliar voltou a aumentar, de forma concomitante à explosão de casos em decorrência da transmissão comunitária pela variante Ômicron. Especulou-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 pouco ou nenhum sintoma. Passado o período de afastamento em decorrência dos isolamentos, o distanciamento físico voltou a cair, atingindo, desde o fim de fevereiro de 2022, 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 há mais de quatro semanas, sugerindo que a população, diante de um novo cenário da pandemia, já atingiu um padrão regular de circulação nas ruas. Diante disso, este indicador deixa de ter uma capacidade de discriminar eventual alteração de circulação de pessoas nas ruas e com isso já não contribui como indicador de medida de proteção contra a circulação do vírus. Dito isso, a análise da sua série histórica pode ser descontinuada, com vistas ao foco apenas nos indicadores que reflitam o momento atual da pandemia.

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



Fonte: MonitoraCovid-19, 2022