



FOTO: VICTOR MORIYAMA / GETTY IMAGES

A pandemia de Covid-19, com seus numerosos impactos diretos e indiretos, continua em transição e em uma nova fase em que se mantém a tendência de redução dos indicadores de casos, internações e óbitos. Os dados registrados nas semanas epidemiológicas 15 e 16 (10 a 23 de abril) mostram nova redução dos indicadores da intensidade de transmissão da Covid-19 no Brasil, sem que nenhum estado apresente tendência significativa de alta do número de casos, com a maioria registrando queda na incidência de casos novos. Esta tendência também se manifesta nos casos de SRAG, uma vez que, do total de casos monitorados nas últimas quatro semanas, a proporção de casos por Sars-CoV-2 correspondeu a 35% dos casos com resultado laboratorial positivo (durante grande parte da pandemia esta proporção foi em torno de 95%). Mantido o atual padrão, espera-se para as próximas semanas a tendência de redução também dos indicadores que mais preocupam a população e os serviços de saúde: a mortalidade e a internação em UTI por Covid-19.

Neste momento da pandemia no Brasil, conforme já apontado no último Boletim do Observatório Covid-19 Fiocruz, as taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19/SRAG para adultos no SUS deixam de ser um indicador significativo. De forma geral, se observa a manutenção de taxas baixas, apesar de contínua redução de leitos, e já se verifica a retirada do indicador ou dados para calculá-lo em painéis/boletins de estados.

O processo de vacinação tem avançado no país, mas ainda de forma muito desigual. Os dados demonstram 83% da população com a primeira dose, 76,8% com o esquema de vacinação completo e 40,4% com a dose de reforço/terceira dose. Em termos de tamanho da população e percentuais de pessoas vacinadas, destaca-se São Paulo (90% com primeira dose, 86%

com segunda dose e 56% com terceira dose) e no outro extremo Amapá e Roraima (menos de 65% para primeira dose, 50% para segunda dose e 14% para terceira dose).

Assim, ratifica-se no cenário atual a melhoria de um conjunto importante de indicadores. Porém, a pandemia não acabou e seus riscos continuam presentes, de modo que a transição para as próximas fases deve vir acompanhada de planos e planejamento de curto, médio e longo prazos com algumas recomendações presentes no último item deste Boletim (**Recomendações para a transição para as próximas fases da pandemia**).

A ampliação da vacinação, atingindo regiões com baixa cobertura e doses de reforço em grupos populacionais mais vulneráveis (principalmente população mais idosa e pessoas imunocomprometidas) pode reduzir ainda mais os impactos da pandemia sobre a mortalidade e as internações. Em um cenário de menor demanda por internações, a idade avançada permanece como um fator de risco independente para caso graves e fatais de Covid-19. Por outro lado, ainda preocupa o aumento da contribuição relativa das crianças, que seguem com expansão da cobertura vacinal num ritmo muito lento.

Neste contexto, que envolve grandes desigualdades na cobertura vacinal, tornam-se fundamentais políticas e ações para a ampliação da vacinação nos estados e municípios que apresentam menor cobertura, como campanhas estimulando a vacinação nos diversos meios de comunicação e o "passaporte vacinal" em prédios públicos e locais de trabalho, além do uso de máscaras de proteção individual em determinadas condições, como aglomerações em ambientes pouco ventilados, como transporte público, e também para pessoas vulneráveis e/ou com sintomas de síndrome gripal, pois estas ações mitigam a transmissão desses vírus.

Casos e óbitos por Covid-19

Os dados registrados nas duas últimas semanas epidemiológicas (SE), de 10 a 23 de abril, mostram nova redução dos indicadores da intensidade de transmissão da Covid-19 no Brasil. Foi registrada uma média de 14 mil casos diários, representando um decréscimo de 36% em relação às duas semanas anteriores (27 de março a 9 de abril). O número de óbitos se situou em cerca de 100 mortes por dia, valor próximo aos verificados no início da primeira onda epidêmica, em abril de 2020. Houve uma queda de 43% do índice de mortalidade em relação às duas semanas anteriores. 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).

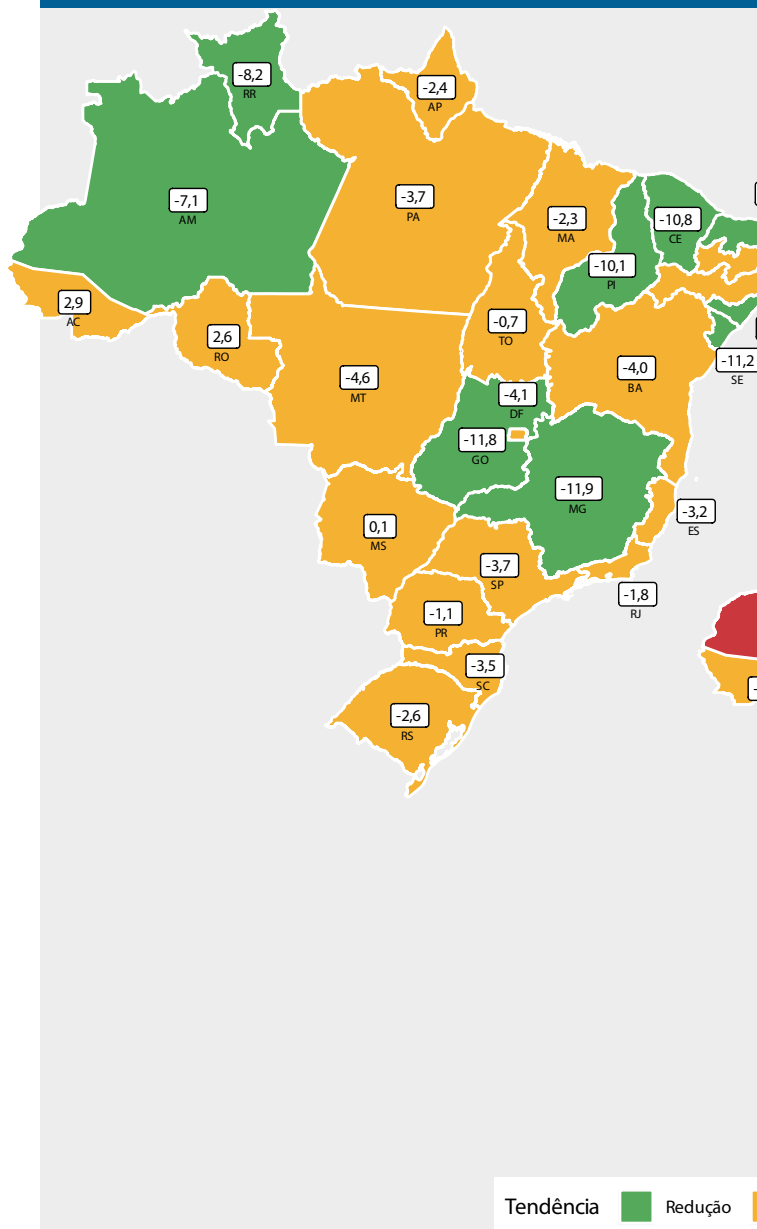
Nenhum estado apresentou tendência significativa de alta do número de casos e em grande parte deles houve queda na incidência de casos novos, como Amazonas, Roraima, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, Minas Gerais e Goiás. Somente dois estados apresentaram tendência de alta de mortalidade: Amazonas e Paraíba. Outras unidades apresentaram redução dos índices de mortalidade, como Rondônia, Roraima, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe, Bahia, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal. Há, portanto, coincidência entre tendências em diversos estados, enquanto em outros houve oscilação de tendências, devido ao possível atraso na disponibilização de dados e à própria dinâmica da doença. É importante ressaltar que as tendências das curvas de casos e óbitos são defasadas em alguns dias. Ao longo de 2021 a defasagem era de uma semana. Em 2022 ela passou a ser de duas ou três semanas, o que provavelmente é consequência de um novo padrão da evolução clínica da doença, que é atenuada pela combinação dos avanços na

vacinação e a predominância da variante Ômicron.

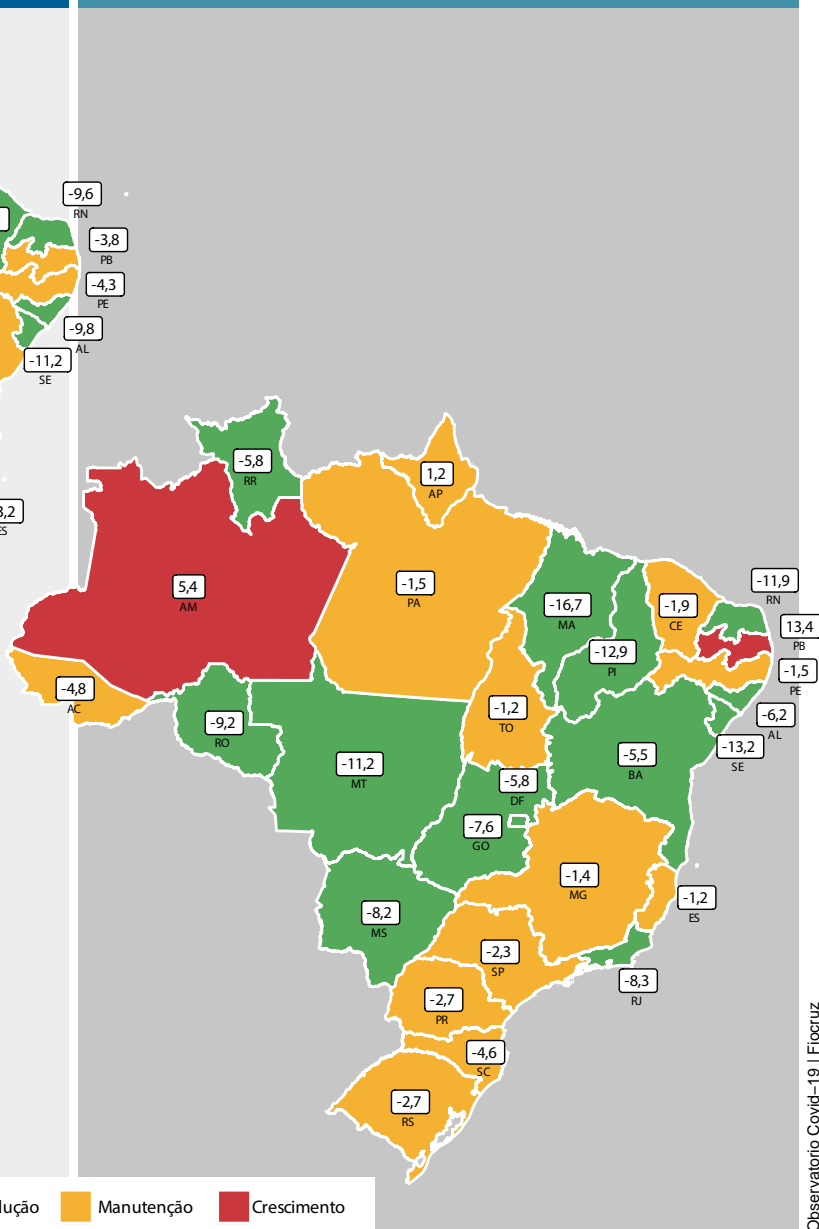
Apesar das dificuldades de acesso a testes, que permanecem em alguns municípios, houve uma redução na taxa de positividade desses testes, isto é, a proporção dos testes de diagnóstico por RT-PCR realizados que apresentam resultados positivos. Ao longo de 2021 esse valor vinha caindo, de 30% para cerca de 7%. Houve um aumento acentuado na positividade de testes nas primeiras semanas de 2022, durante a terceira onda epidêmica, com predominância da variante Ômicron, chegando a alcançar valores próximos a 50%, e nas duas últimas SE estabilizaram em torno de 7%. Esse indicador, apesar das suas limitações, mostra a redução da intensidade de transmissão do vírus. Portanto, se espera para as próximas semanas a tendência de redução também dos indicadores que mais preocupam a população e os serviços de saúde: a mortalidade e a internação em UTI por Covid-19.

As taxas de letalidade oscilaram em torno de 0,7%, valor que vem se mantendo desde as primeiras semanas de 2022, bem abaixo dos valores observados em 2021, que se situavam em torno de 3%, e dos piores momentos da pandemia, conhecidos como o “colapso do sistema de saúde”, como em abril de 2021, durante os quais alcançou 4,5%. O indicador mostra tanto a possibilidade do vírus de causar casos graves, quanto a incapacidade dos serviços de saúde detectarem casos de forma oportunamente e tratá-los de maneira adequada. As vacinas e o alívio do sistema de saúde têm contribuído para a redução da letalidade no Brasil e em diversos outros países que alcançaram altas coberturas de vacinação. A ampliação da vacinação, atingindo regiões com baixa cobertura (ver nota técnica) e doses de reforço em grupos populacionais mais vulneráveis, pode reduzir ainda mais os impactos da pandemia sobre a mortalidade e as internações.

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



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



Tendência ■ Redução ■ Manutenção ■ Crescimento

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		↔ 2,6		↓ -9,2	14,4	0,0
Norte	Acre		↔ 2,9		↔ -4,8	5,5	0,0
Norte	Amazonas		↓ -7,1		↑ 5,4	0,7	0,0
Norte	Roraima		↓ -8,2		↓ -5,8	1,8	0,0
Norte	Pará		↔ -3,7		↔ -1,5	3,7	0,1
Norte	Amapá		↔ -2,4		↔ 1,2	0,1	0,0
Norte	Tocantins		↔ -0,7		↔ -1,2	3,6	0,0
Nordeste	Maranhão		↔ -2,3		↓ -16,7	2,7	0,0
Nordeste	Piauí		↓ -10,1		↓ -12,9	0,5	0,0
Nordeste	Ceará		↓ -10,8		↔ -1,9	1,3	0,1
Nordeste	Rio Grande do Norte		↓ -9,6		↓ -11,9	6,6	0,1
Nordeste	Paraíba		↔ -3,8		↑ 13,4	4,0	0,0
Nordeste	Pernambuco		↔ -4,3		↔ -1,5	9,1	0,1
Nordeste	Alagoas		↓ -9,8		↓ -6,2	1,6	0,1
Nordeste	Sergipe		↓ -11,2		↓ -13,2	1,2	0,0
Nordeste	Bahia		↔ -4,0		↓ -5,5	2,3	0,0
Sudeste	Minas Gerais		↓ -11,9		↔ -1,4	4,3	0,1
Sudeste	Espírito Santo		↔ -3,2		↔ -1,2	8,7	0,1
Sudeste	Rio de Janeiro		↔ -1,8		↓ -8,3	9,7	0,1
Sudeste	São Paulo		↔ -3,7		↔ -2,3	9,7	0,1
Sul	Paraná		↔ -1,1		↔ -2,7	10,1	0,1
Sul	Santa Catarina		↔ -3,5		↔ -4,6	12,5	0,0
Sul	Rio Grande do Sul		↔ -2,6		↔ -2,7	17,5	0,1
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul		↔ 0,1		↓ -8,2	6,3	0,0
Centro-Oeste	Mato Grosso		↔ -4,6		↓ -11,2	6,2	0,0
Centro-Oeste	Goiás		↓ -11,8		↓ -7,6	25,4	0,1
Centro-Oeste	Distrito Federal		↔ -4,1		↓ -5,8	5,7	0,1

Níveis de atividade e incidência de SRAG

Nas semanas epidemiológicas (SE) 15 e 16 a tendência geral de redução de casos de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) permaneceu em todas as faixas etárias. As SRAG constituem casos graves de indivíduos com doenças respiratórias, com sintomas que levam a hospitalização ou óbito.

Do total avaliado nas últimas quatro semanas, a proporção de casos por Sars-CoV-2 correspondeu a 35% dos casos de SRAG com resultado laboratorial positivo. Esta proporção se reduziu significativamente ao longo das semanas recentes, visto que, no período de 2020 e 2021 da pandemia, esta proporção foi superior a 95%. É importante lembrar que houve também circulação de outros vírus respiratórios, incluindo o da influenza, e o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), particularmente nas faixas etárias infantis.

No panorama do país, o número geral de casos de SRAG apresenta-se em redução. Contudo, boa parte das macrorregiões de saúde ainda se encontra em nível alto de transmissão. No Acre, Pará, Roraima, Rondônia, Maranhão, Alagoas, Mato Grosso do Sul e nos estados da Região Sul houve tendência de aumento. Os demais estados encontram-se em estabilidade ou com a tendência de redução de casos. As estimativas de incidência de SRAG são feitas por meio de modelo estatístico para nowcasting no projeto Infogripe (PROCC/Fiocruz), utilizando

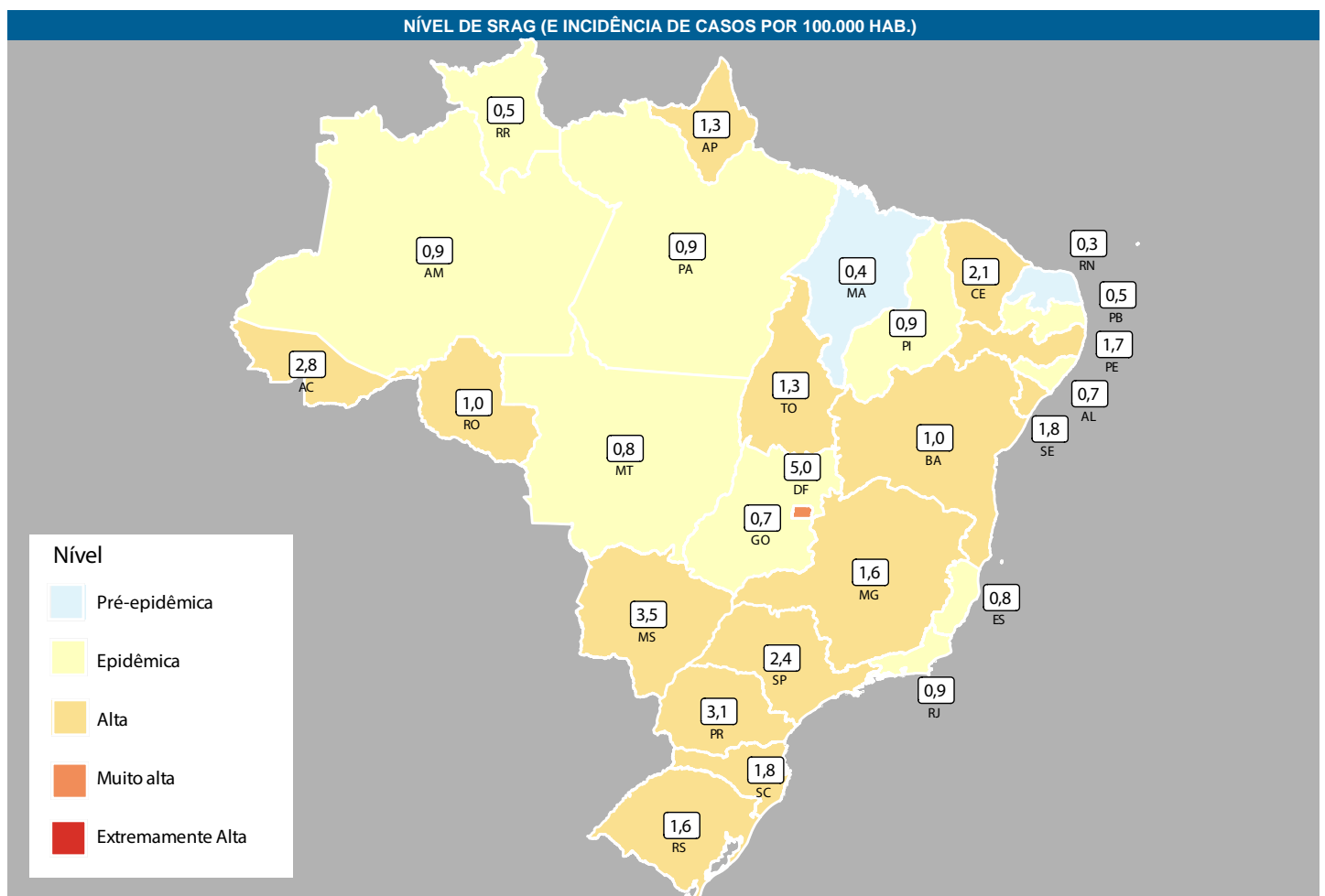
dados da vigilância de SRAG (Sivep-Gripe).

Diante da circulação de vírus respiratórios, continua importante a ação da vigilância em saúde para manter redução sustentada dos indicadores epidemiológicos. Como houve variantes de preocupação recentes do vírus Sars-CoV-2, é fundamental que a população tenha doses de reforço da vacina contra a Covid-19, como a terceira dose para os adultos, com atenção para a quarta dose para os idosos e pessoas com imunossupressão, e que as doses de reforço possam avançar futuramente para as demais faixas populacionais.

Este também é o momento para a vacinação contra a influenza para o público-alvo da primeira etapa, compreendido por pessoas de 60 anos ou mais, assim como trabalhadores da saúde. A segunda etapa da campanha de vacinação contra a influenza se iniciará em 3 de maio, com aumento do público-alvo para outros grupos (<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/ministerio-da-saude-anuncia-campanha-de-vacinacao-contr-a-gripe-a-partir-de-4-de-abril>). Ademais, medidas como o uso de máscaras de proteção individual seriam indicadas em determinadas condições, como aglomerações em ambientes pouco ventilados, transporte público e também para pessoas com sintomas de síndrome gripal, pois estas ações mitigam a transmissão dos vírus.

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

Observatório Covid-19 | Fiocruz



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Perfil demográfico

A análise demográfica da Covid-19 tem se transformado. Ao longo dos dois últimos anos, foram identificados alguns fenômenos associados à distribuição etária de internações e óbitos no Brasil. Desde a Semana Epidemiológica 5 (30/1 a 05/2), verificou-se o início do declínio da curva da fase mais recente da pandemia, associada principalmente à transmissão comunitária da variante Ômicron. Por isso, as análises mais recentes consideram a fase entre a SE 5 e a SE 15 (10 a 16/4).

O que se observa é que a idade média das internações clínicas e em UTI se reduziu a um patamar inferior a 60 anos. A idade média dos óbitos, no entanto, permanece acima dos 70 anos. Relação semelhante é vista para a mediana. Na SE 15 de 2022, metade das internações ocorreu entre pessoas entre 65 anos (leitos clínicos) e 67 anos (leitos de UTI). Sobre os óbitos, metade dos eventos ocorreu em pessoas com no mínimo 75 anos (figura 1). **O aumento gradativo da divergência entre as internações e os óbitos sugere que, num cenário de menor demanda por internações, os indivíduos são tratados oportunamente, restando aos mais jovens um melhor prognóstico, ratificando a idade avançada como um fator de risco independente para caso graves e fatais por Covid-19.**

Há uma característica, no entanto, que deve ser destacada. A redução da idade média e da mediana de idade das internações, e a manutenção dos valores mais altos destes indicadores para os óbitos, são acompanhadas de uma maior variabilidade. Isto significa que a ocorrência de internações e óbitos tem se distribuído numa faixa cada vez mais larga de idade (figura 2). Portanto, a distribuição etária tem avançado para os extremos. Há redução no número total e os registros remanescentes têm se concentrado cada vez mais entre idosos e crianças. **Portanto, 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. A este respeito, mantém-se o alerta sobre o fato de que, **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, 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.** É importante lembrar que 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.

Na fase atual, em que se completam oito meses do início da aplicação das primeiras doses de reforço entre os idosos, já existe recomendação da necessidade de aplicação de uma quarta dose (ou segunda dose de reforço, considerando a nomenclatura oficial) neste grupo, ainda que haja uma cobertura abaixo da esperada para a terceira dose (ou primeira dose de reforço). Concomitantemente, há a necessidade absoluta de avanço na vacinação dos mais jovens elegíveis (5 a 11 anos). Dito isso, é importante **reforçar que é essencial, neste momento, a promoção de campanhas de sensibilização da população sobre a necessidade absoluta de aumentar a cobertura vacinal de reforço entre idosos e a aplicação das doses entre as crianças.** Finalmente, o momento atual da pandemia por Covid-19 no Brasil é de redução consistente dos casos graves e fatais. E é importante reconhecer que qualquer análise feita requer cautela nos números, que passam a ocorrer em menor quantidade.

1. A análise inclui dados até a semana epidemiológica 15/2022. Os dados da semana epidemiológica 16 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

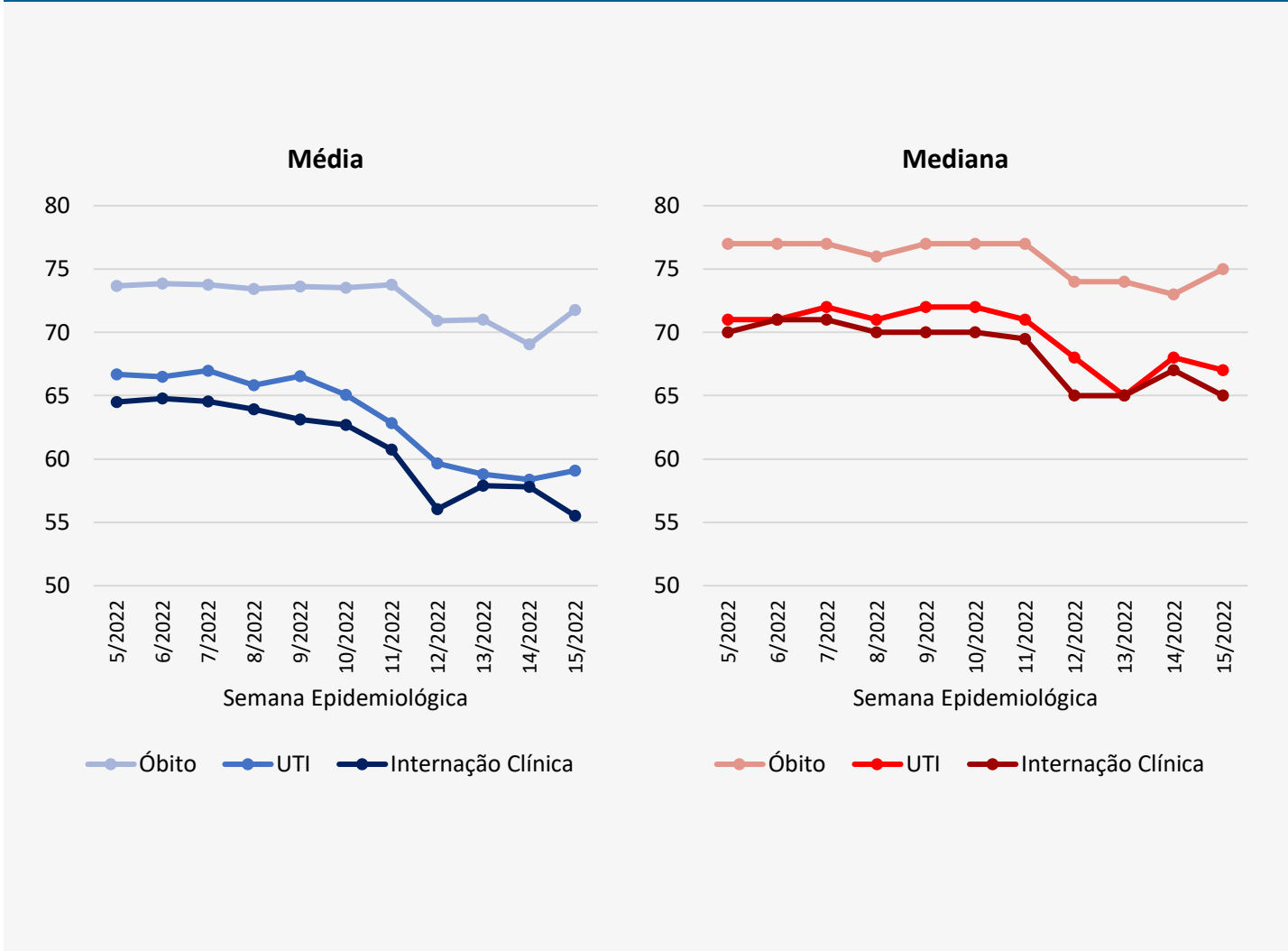
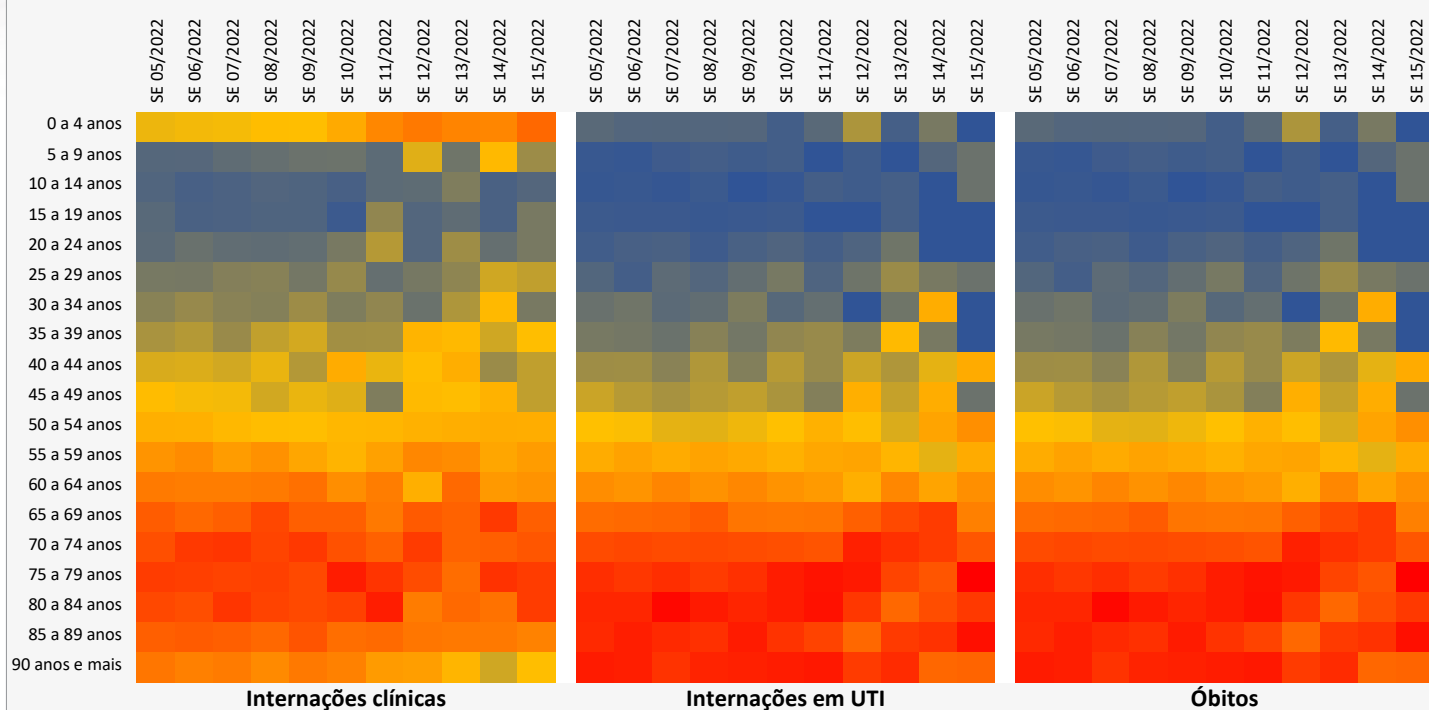


FIGURA 3: DISTRIBUIÇÃO ABSOLUTA DE INTERNAÇÕES CLÍNICAS, INTERNAÇÕES EM UTI E ÓBITOS POR COVID-19. BRASIL, 2022



Fonte: SIVEP-Gripe, 2022

Leitos de UTI para Covid-19

Neste momento da pandemia no Brasil, conforme já apontado no último boletim do Observatório Covid-19 Fiocruz, as taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19/SRAG para adultos no SUS deixam de ser um indicador significativo. De forma geral, se observa a manutenção de taxas baixas, apesar de contínua redução de leitos, e já se verifica a retirada do indicador ou dados para calculá-lo em painéis/boletins de estados como Minas Gerais e Paraná. No Rio Grande do Sul, especificamente, que sempre manteve a apresentação do indicador global incluindo todos os leitos de UTI no SUS e não somente os leitos de UTI Covid-19/SRAG, perde sentido considerar o indicador após redução de leitos e da participação de internações por Covid-19 no conjunto de internações em UTI. No estado, o indicador divulgado, em crescimento, parece hoje muito mais revelar a retomada de atendimentos para outros problemas de saúde.

Comparando dados obtidos nos últimos dias 4 e 25 de abril, a disponibilidade de leitos de UTI SRAG/Covid-19 para adultos no SUS sofreu novas reduções em diversos estados: Amazonas (46 para 38), Pará (143 para 93), Tocantins (73 para 53), Maranhão (100 para 60), Piauí (86 para 79), Ceará (123 para 56), Rio Grande do Norte (87 para 61), Pernambuco (830 para 782), Alagoas (81 para 51), Sergipe (40 para 20), Bahia (468 para 390), Espírito Santo (177 para 107), Rio de Janeiro (812 para 749), Santa Catarina (91 para 48) e Goiás (86 para 56).

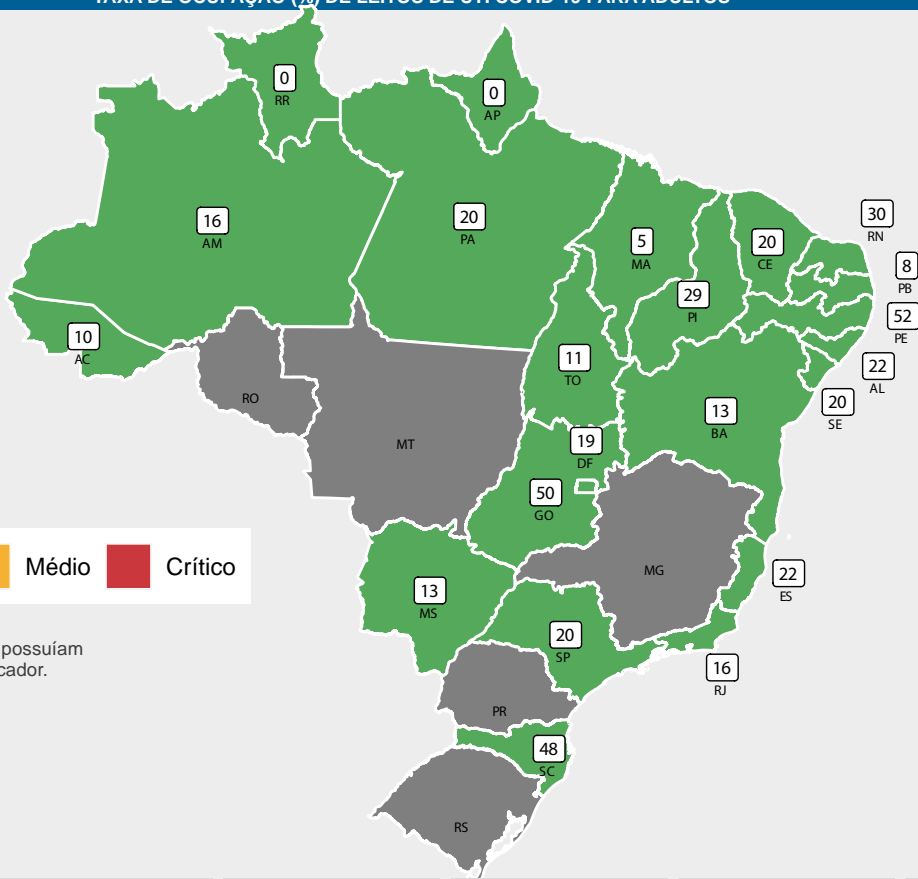
Entre as unidades federativas, as taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19/SRAG para adultos no SUS, observadas em 25 de abril, foram: Acre (10%), Amazonas (16%), Roraima (0%), Pará (20%), Amapá (0%), Tocantins (11%), Maranhão (5%), Piauí (29%), Ceará (20%), Rio Grande do Norte (30%, sendo 13% por Covid-19), Paraíba (8%), Pernambuco (52%), Alagoas (22%), Sergipe (20%), Bahia (13%), Espírito Santo (22%), Rio de Janeiro (16%), São Paulo (20%), Santa Catarina

(48%, sendo 35% por Covid-19), Mato Grosso do Sul (13%), Goiás (50%) e Distrito Federal (19%). Dados relativos a Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul não são apresentados por razões já expostas e dados de Rondônia e Mato Grosso não foram obtidos por impossibilidade de acesso aos sites das suas respectivas secretarias estaduais de Saúde.

Entre as capitais com taxas divulgadas (18 do total), Fortaleza (60%, com 15 leitos) e Goiânia (74%, com 31 leitos), apresentaram taxas iguais ou superiores a 60%. Nas demais, as taxas foram inferiores a 60%: Rio Branco (0%), Manaus (16%), Boa Vista (0%), Macapá (0%), Palmas (31%), São Luís (0%), Natal (estimativa de 29%, sendo 13% por Covid-19), João Pessoa (6%), Maceió (43%), Salvador (18%), Vitória (16%), Rio de Janeiro (59%, sendo somente 3,8% por Covid-19 ou pós-Covid), São Paulo (25%), Curitiba (0%), Campo Grande (16%) e Brasília (19%).

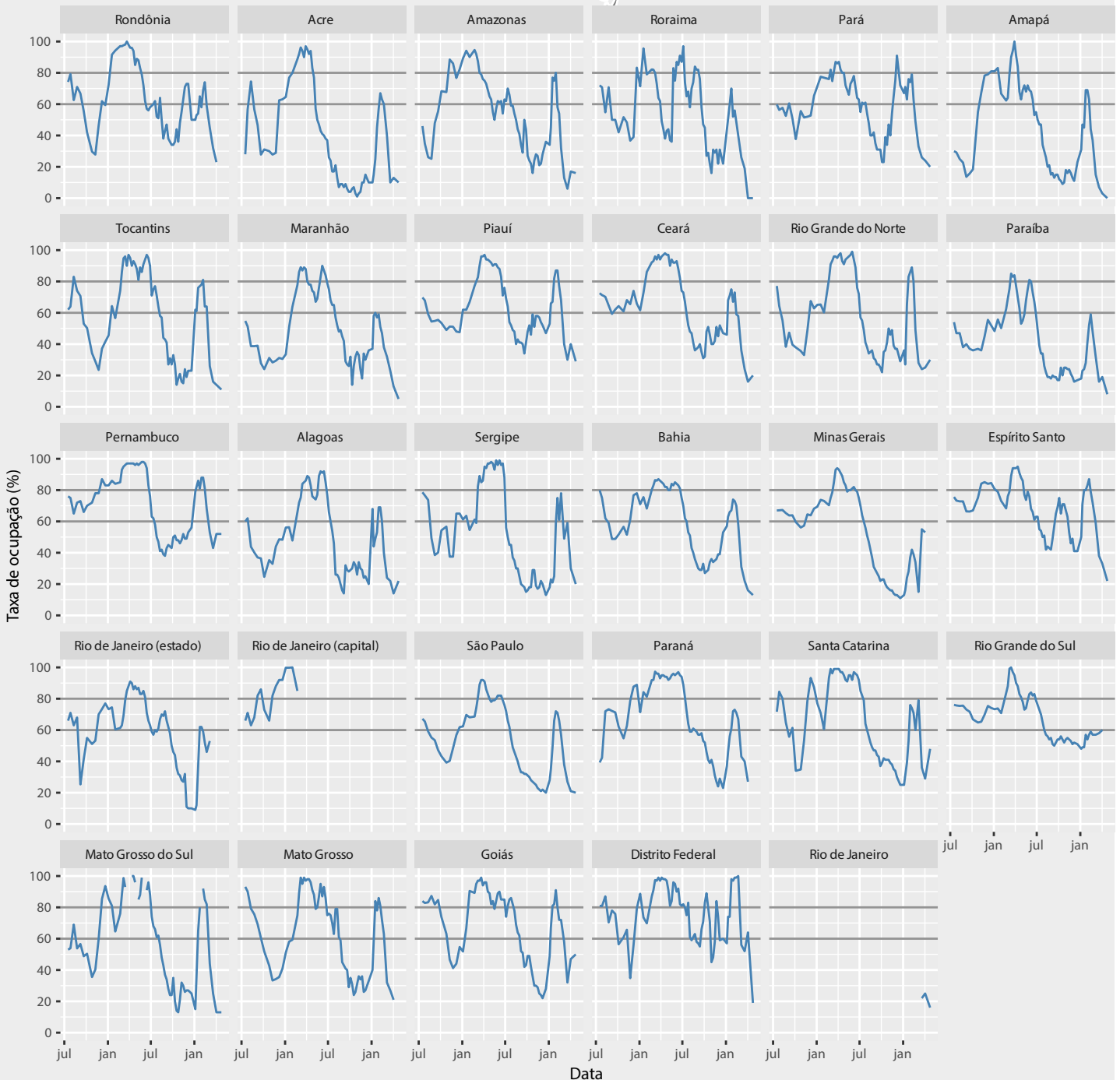
Enfim, ratifica-se a melhoria do quadro pandêmico e a avaliação de que a dinâmica de alguns dados já aponta para a reorganização dos serviços no sentido de menos foco na Covid-19 e ampliação do atendimento a outros problemas de saúde. Conforme já foi destacado, o passivo assistencial em toda a rede de 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. A vacinação, que tem sido fundamental na redução de casos de Covid-19, também é especialmente importante na redução de casos que requerem assistência de alta complexidade. Deve continuar sendo fortemente estimulada, o que envolve o aumento da cobertura da população com os esquemas preconizados e redução nas desigualdades de cobertura hoje vigentes no país.

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



Alerta ■ Baixo ■ Médio ■ Crítico

Os estados com a cor cinza não possuíam dados disponíveis para este indicador.



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 427 milhões de doses de vacinas foram administradas no Brasil, o que representa a imunização de 83% da população com a primeira dose, 76,8% com o esquema de vacinação completo e 40,4% com a dose de reforço.

Catorze unidades da Federação apresentam mais de 80% da população vacinada com a primeira dose e dezessete têm mais de 70% da população com segunda dose. O Piauí é o estado com a vacinação mais avançada na primeira dose, com 93,1% da população imunizada. São Paulo imunizou 85,9% da população com a segunda dose e 55% com a dose de reforço.

Os dados apontam que foram aplicadas, até 27 de abril de 2022, mais de 427 milhões de doses dos imunizantes, com 41% delas destinadas à primeira dose, 38,3% à segunda dose ou dose única e 20% à terceira (reforço ou adicional). São Paulo apresenta o maior percentual de doses destinadas para dose de reforço. Amapá e Roraima apresentam cerca de 50% dos imunizantes destinados à primeira dose e as maiores diferenças entre a primeira e a segunda doses. Junto ao Pará, estes três estados apresentam os menores percentuais de doses destinadas ao reforço.

Os dados do Ministério da Saúde (tabela 2) apontam que mais de 487 milhões de doses de imunizantes foram distribuídas aos estados e que 74,8% 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 população entre 18 e 19 anos apresenta 75% das pessoas imunizadas com duas doses. Ao aumentar a faixa etária observa-se maior cobertura. Na população acima de 50 anos, o percentual de imunizados com duas doses é superior a 90%. Em relação à terceira dose, na faixa etária entre 50 e 54 anos metade dos indivíduos recebeu a dose de reforço. A partir dos 70 anos observa-se cobertura superior a 85%. Na população menor de 30 anos, cerca de 1 a cada 3 brasileiros tomaram a terceira dose. Alguns estados iniciaram a vacinação de quarta dose na população mais idosa e nas pessoas acima de 80 anos a cobertura alcança 10%.

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

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO VACINADA

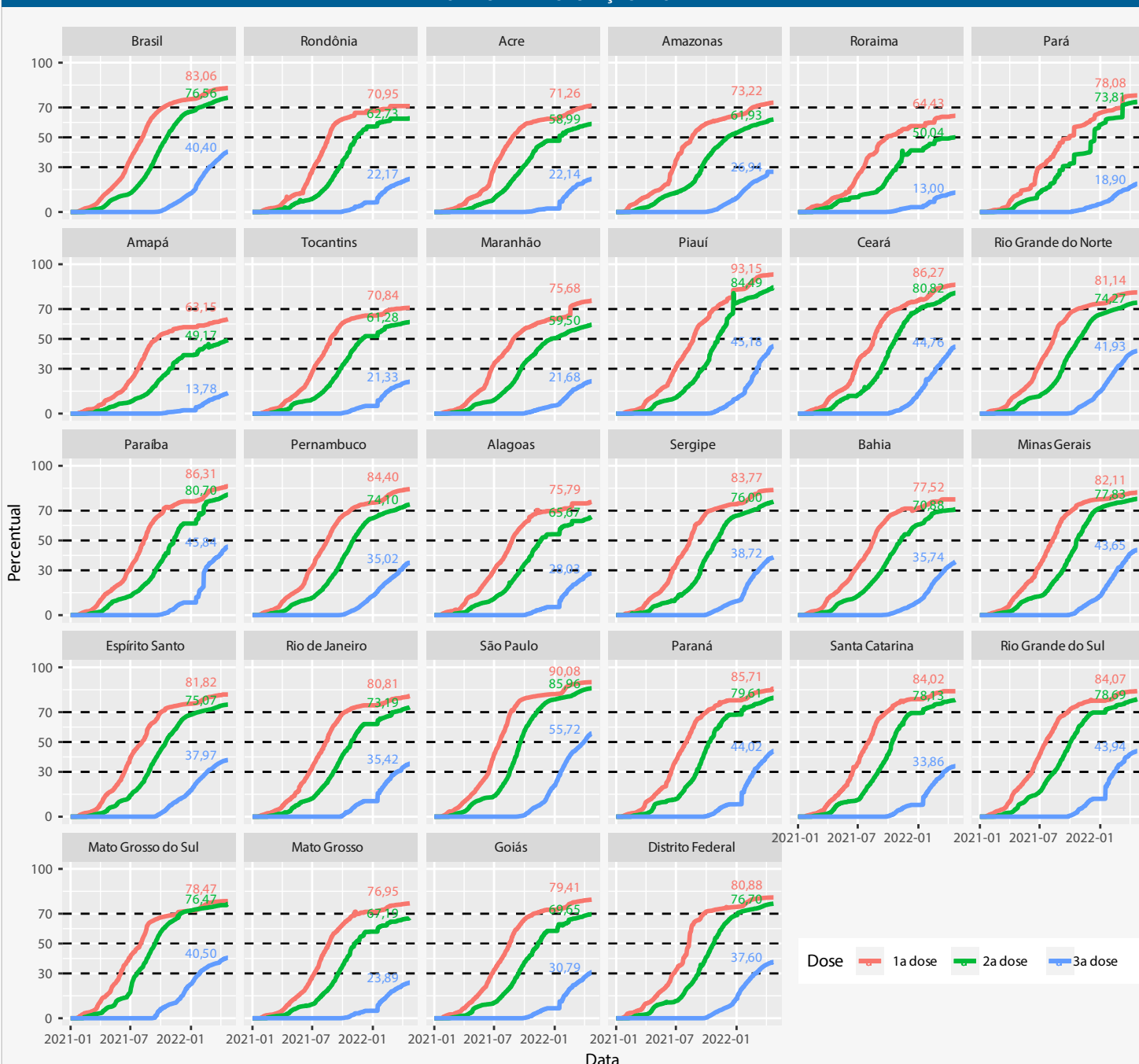


TABELA 1 - DOSES APLICADAS, PERCENTUAL SEGUNDO DOSE VACINAL E DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE AS DOSES

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	427.092.239	177.214.671	163.415.896	86.461.672	41,5	38,3	20,2
ACRE	1.381.976	646.283	534.921	200.772	46,8	38,7	14,5
ALAGOAS	5.712.242	2.550.584	2.209.982	951.676	44,7	38,7	16,7
AMAZONAS	6.925.071	3.127.880	2.646.833	1.150.358	45,2	38,2	16,6
AMAPÁ	1.106.722	554.250	431.565	120.907	50,1	39,0	10,9
BAHIA	27.598.457	11.616.582	10.622.903	5.358.972	42,1	38,5	19,4
CEARÁ	19.611.772	7.978.672	7.487.517	4.145.583	40,7	38,2	21,1
DISTRITO FEDERAL	6.041.640	2.503.333	2.374.930	1.163.377	41,4	39,3	19,3
ESPÍRITO SANTO	8.008.935	3.361.887	3.085.140	1.561.908	42,0	38,5	19,5
GOIÁS	12.961.147	5.722.559	5.019.447	2.219.141	44,2	38,7	17,1
MARANHÃO	11.227.557	5.414.716	4.257.978	1.554.863	48,2	37,9	13,8
MINAS GERAIS	43.617.203	17.592.268	16.678.434	9.346.501	40,3	38,2	21,4
MATO GROSSO DO SUL	5.551.048	2.227.918	2.171.010	1.152.120	40,1	39,1	20,8
MATO GROSSO	5.993.763	2.744.817	2.396.856	852.090	45,8	40,0	14,2
PARÁ	14.998.081	6.854.046	6.479.985	1.664.050	45,7	43,2	11,1
PARAÍBA	8.641.209	3.504.137	3.276.169	1.860.903	40,6	37,9	21,5
PERNAMBUCO	18.729.304	8.165.493	7.175.459	3.388.352	43,6	38,3	18,1
PIAUÍ	7.336.496	3.064.593	2.779.037	1.492.866	41,8	37,9	20,3
PARANÁ	24.277.906	9.940.261	9.232.548	5.105.097	40,9	38,0	21,0
RIO DE JANEIRO	33.078.185	14.111.575	12.781.313	6.185.297	42,7	38,6	18,7
RIO GRANDE DO NORTE	7.034.576	2.890.073	2.647.261	1.497.242	41,1	37,6	21,3
RONDÔNIA	2.829.013	1.287.914	1.138.726	402.373	45,5	40,3	14,2
RORAIMA	832.630	420.715	326.772	85.143	50,5	39,2	10,2
RIO GRANDE DO SUL	23.702.532	9.640.309	9.023.333	5.038.890	40,7	38,1	21,3
SANTA CATARINA	14.383.693	6.165.669	5.733.205	2.484.819	42,9	39,9	17,3
SERGIPE	4.647.337	1.959.266	1.779.798	908.273	42,2	38,3	19,5
SÃO PAULO	108.397.220	42.030.147	40.139.754	26.227.319	38,8	37,0	24,2
TOCANTINS	2.466.524	1.138.724	985.020	342.780	46,2	39,9	13,9

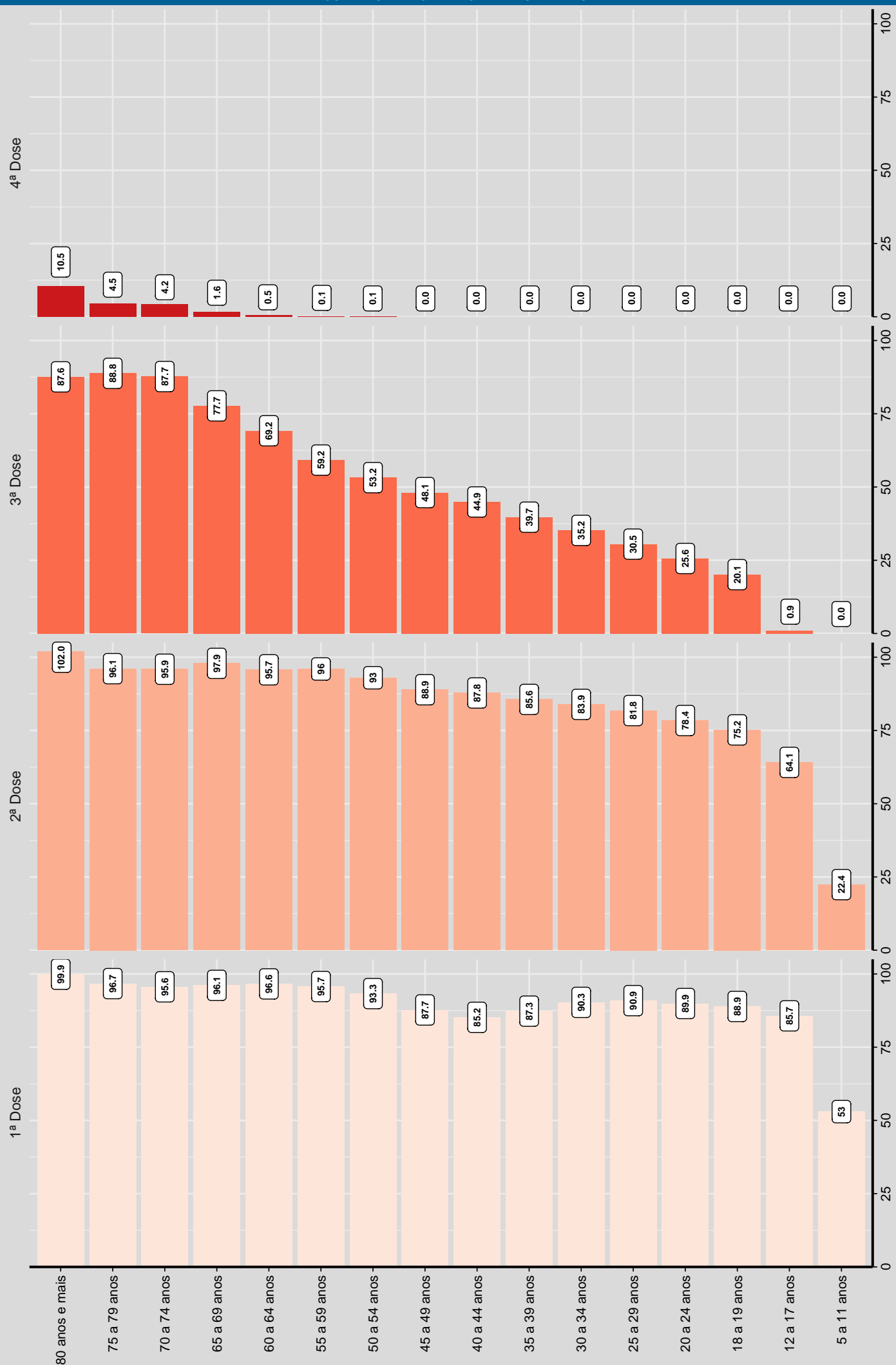
Fonte: <https://coronavirusbra1.github.io/> 26/04/2022

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	487.816.630	365.035.046	74,8
ACRE	1.721.840	1.285.301	74,6
ALAGOAS	6.658.205	4.947.490	74,3
AMAZONAS	8.693.810	5.977.300	68,8
AMAPÁ	1.613.320	1.329.529	82,4
BAHIA	34.415.943	25.153.763	73,1
CEARÁ	22.106.568	16.096.312	72,8
DISTRITO FEDERAL	7.053.797	7.053.797	100,0
ESPÍRITO SANTO	8.657.950	7.563.993	87,4
GOIÁS	15.553.420	11.687.987	75,1
MARANHÃO	13.673.175	10.171.813	74,4
MINAS GERAIS	52.141.919	38.362.425	73,6
MATO GROSSO DO SUL	6.403.135	5.056.458	79,0
MATO GROSSO	8.086.077	6.213.894	76,8
PARÁ	17.351.625	13.876.759	80,0
PARAÍBA	9.623.725	7.169.686	74,5
PERNAMBUCO	22.219.410	16.270.647	73,2
PIAUÍ	7.894.765	5.737.440	72,7
PARANÁ	27.774.200	20.810.933	74,9
RIO DE JANEIRO	41.310.467	32.403.546	78,4
RIO GRANDE DO NORTE	8.180.610	3.945.588	48,2
RONDÔNIA	3.281.598	2.858.732	87,1
RORAIMA	1.354.488	757.897	56,0
RIO GRANDE DO SUL	26.620.250	21.464.030	80,6
SANTA CATARINA	16.349.948	13.089.209	80,1
SERGIPE	5.218.615	3.856.564	73,9
SÃO PAULO	110.647.135	86.264.063	78,0
TOCANTINS	3.210.635	2.683.687	83,6

Fonte: : https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19VAC_Distr/DEMAS_C19VAC_Distr.html 26/04/2022

COBERTURA VACINAL POR FAIXAS ETÁRIAS



*2ª Dose – incluídas doses únicas

*3ª Dose – doses adicionais e reforço

Recomendações para a transição para as próximas fases da pandemia

Em 20 de abril deste ano, o Observatório Covid-19 Fiocruz promoveu um webinar que teve como título A pandemia Covid-19 em transição¹. Considerando que ainda existe uma pandemia em curso, mas com cenários bastante distintos de fases anteriores, e com desafios futuros, estão sistematizadas no quadro abaixo as principais recomendações sugeridas pelos palestrantes do evento. O objetivo é contri-

buir para uma transição segura, tendo como base as lições aprendidas, e que possibilite chegar ao fim da pandemia de Covid-19 tornando o país capaz de enfrentar, em condições melhores, outras epidemias e pandemias. Uma breve síntese do webinar encontra-se na Agência Fiocruz de Notícias <https://agencia.fiocruz.br/pesquisadores-debatem-pandemia-e-suas-proximas-fases>.

1. <https://www.youtube.com/watch?v=rBJ1p3WGHlo&t=5s>

RECOMENDAÇÕES	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a capacitação das equipes de epidemiologia de campo e de laboratório para aprimoramento da investigação etiológica Introdução de estratégias de vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas (SRA), integrando a Covid-19 no portfólio de diagnóstico diferencial da vigilância genômica do vírus Reforçar a vigilância genômica para detecção e caracterização de novas variantes Integração com a vigilância da influenza e outros patógenos respiratórios Estratégias ativas de testagem e que sejam representativas das populações e seus diversos grupos Deteção precoce (incluindo vigilância baseada em eventos e ambiental) Monitorar hospitalizações, internações em UTI e óbitos Monitorar impactos e gravidade em grupos vulneráveis Integração da saúde humana e animal – Investigações epidemiológicas sobre a interface homem-animal, potenciais reservatórios e hospedeiros
ATENÇÃO E PREVENÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer a Atenção Primária do SUS e de sua capacidade de resposta Oferta pelo SUS de medicamentos efetivos já autorizados por outras agências internacionais para tratamento de vulneráveis Implantação de serviços para o atendimento das sequelas da Covid-19 Melhorar o acesso às terapêuticas para populações vulneráveis Alcançar a meta de vacinação de pelo menos 70% das populações dos países até o início de julho
COORDENAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Intensificar as medidas não farmacológicas (uso obrigatório de máscaras, distanciamento físico e social, higienização das mãos e ventilação de ambientes internos) caso ocorra o agravamento na situação epidemiológica, como hospitalizações, internações em UTI e óbitos, com o consequente comprometimento da capacidade dos serviços de saúde Implantação de medidas para redução de risco em eventos de massa (avaliação, mitigação e comunicação de risco) até o fim da pandemia Elaborar protocolos de atendimento, implantados em todos os níveis de atenção, visando manter e fortalecer a vigilância do Sars-CoV-2 em todas as instâncias de saúde, para rastrear a disseminação e a evolução da Covid-19 Criar um Instituto Nacional de Monitoramento de Emergências em Saúde Pública, com investimento, interdisciplinar e que tenha autonomia Elaborar planos envolvendo diferentes conselhos, diferentes setores e a comunidade, para o planejamento de políticas, estratégias e ações no curto, médio e longo prazos, considerando, além do conjunto de atos normativos e diretrizes, a necessidade de se incluir os cuidados necessários para os impactos diretos trazidos pela emergência sanitária Fortalecer a resposta nacional à pandemia, com a atualização dos planos de preparação e resposta alinhados ao Plano Estratégico da OMS
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Promover campanhas efetivas sobre a necessidade de doses de reforço semestrais ou anuais Comunicação de risco e participação da comunidade – trabalhar a desinformação, a falsa informação e incluir as comunidades nas tomadas de decisão
MEDIDAS DE FORTALECIMENTO DO SUS	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer o sistema de saúde e de proteção social para melhor resposta às epidemias e às pandemias, baseadas no princípio de equidade, cuidando e protegendo os grupos mais vulneráveis Investir permanentemente em ciência, tecnologia e inovação Descentralizar a produção de vacinas, medicamentos e outros bens do setor Saúde Produção e transferência de tecnologia para a ampliação de terapêuticas recomendadas