



Durante as duas últimas semanas epidemiológicas (entre 2 e 15 de maio) ocorreu uma ligeira redução das taxas de mortalidade no Brasil. No entanto, as taxas de incidência, que refletem os casos novos de Covid-19, permanecem em um platô alto. Ao mesmo tempo, nas últimas semanas foi observada uma preocupante mudança nas tendências das notificações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que são atualmente em grande parte devido a infecções por Sars-CoV-2. Muitos estados que tiveram redução de casos de SRAG nas semanas anteriores apresentam tendência de reversão ou mesmo um aumento no número de casos.

Esse novo padrão epidemiológico pode ser resultado de uma conjunção de fatores como a vacinação de populações de maior risco, uma pequena redução da ocupação de leitos hospitalares, bem como o já sinalizado processo de rejuvenescimento da pandemia, de modo que, pela primeira vez para o Brasil, a mediana de idade do total de casos internados e também nas UTIs está abaixo dos 60 anos.

Esses fatores combinados podem estar contribuindo para a diminuição da letalidade da doença, sem, no entanto, reduzir a transmissão da doença, que permanece intensa, como demonstrado pela alta taxa de positividade dos testes diagnósticos realizados nas últimas semanas. Neste cenário, as taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos no SUS no dia 17 de maio de 2021 sinalizam uma quebra na expectativa que vinha se desenhando de melhoria do indicador no país nas últimas semanas.

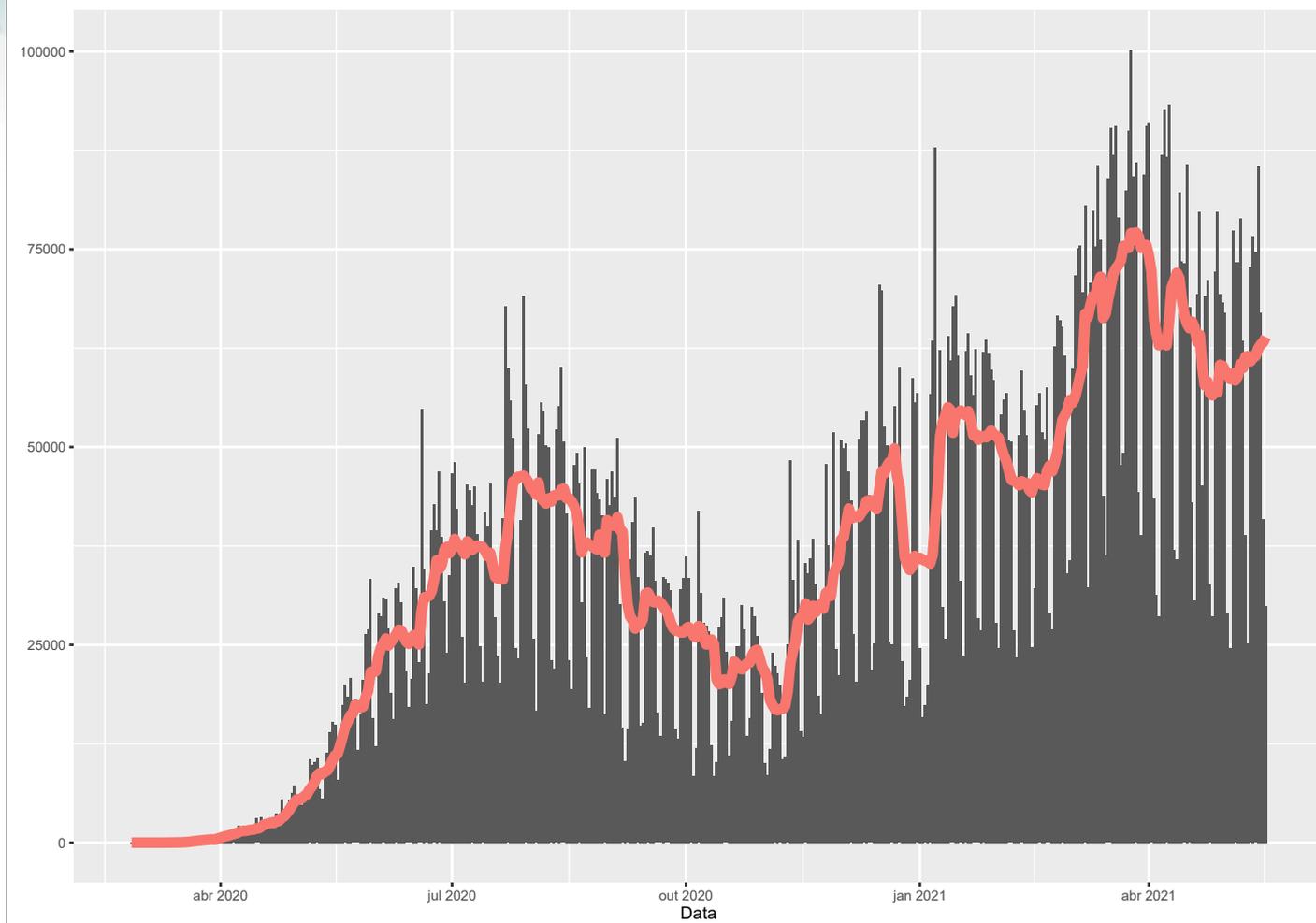
Esse novo cenário socioepidemiológico é preocupante, quando considerado o ritmo ainda lento de vacinação no país e com a introdução de novas variantes do vírus SarsCoV-2 no Brasil, como a B.1.617 identificada na Índia. Além disso, a flexibilização de medidas não-farmacológicas pode intensificar a transmissão, com a geração de casos graves e óbitos nas próximas semanas, pressionando os serviços de saúde ainda sobrecarregados e com limitações para reposição de estoques de medicamentos e insumos. Nesse sentido, é premente a intensificação de ações de vigilância em saúde, o reforço de estratégias de testagem de casos suspeitos e seus contatos, incluindo a vigilância genômica, o controle de voos internacionais, e a manutenção de restrições de eventos de massa e de atividades que promovam a interação e infecção de grupos suscetíveis.

É fundamental que seja garantida uma redução sustentada de número de casos, para uma recomposição de um sistema de saúde estressado por um longo período de crise, inclusive com vistas a reduzir taxa de ocupação de leitos. O momento atual exige muita atenção e vigilância, combinadas com capacidades de adoção de medidas e ações rápidas, mudando o quadro de enfrentamento da pandemia no país até este momento e que o tornou um dos centros da pandemia no nível global. É nesta perspectiva que incluímos ao final deste boletim um balanço e lições aprendidas da crise mais recente, tendo como base o documento lançado em 12 de maio pelo Painel Independente da OMS **COVID-19: Make it the Last Pandemic**.



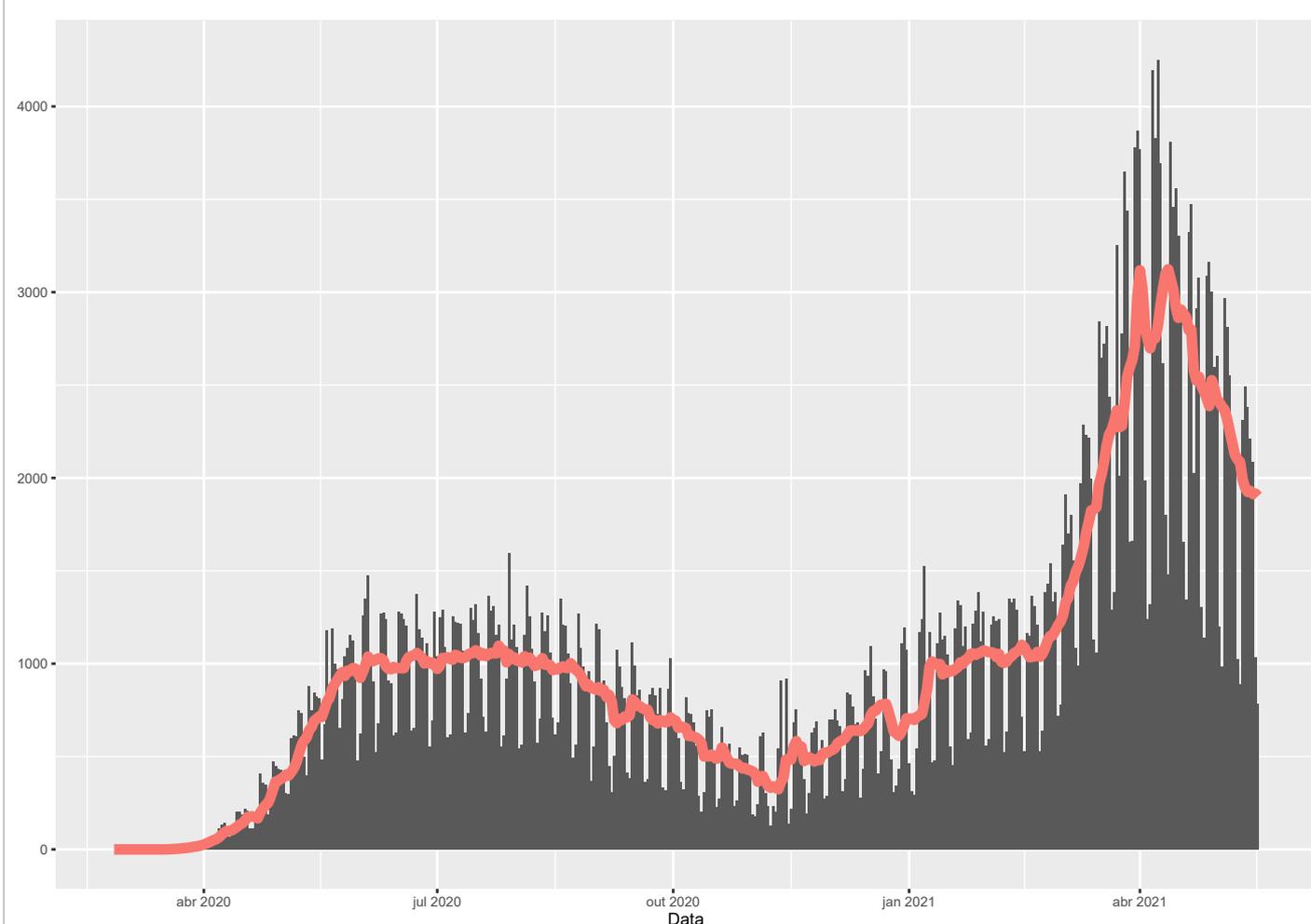
FOTO: ROVENA ROSA / AG BRASIL

CASOS DE COVID-19



Observatorio Covid-19 | Fiocruz

MORTES POR COVID-19



Observatorio Covid-19 | Fiocruz

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



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Casos e óbitos por Covid-19

Nas últimas semanas epidemiológicas (SE 18 e 19) foram registrados valores ainda altos de óbitos por Covid-19, próximos à marca de 2.020 mortes diárias, com ligeira tendência de queda, cerca de -1,4% ao dia. No entanto, se observa a estabilização no número médio de casos desde abril, mantendo uma média de 62 mil casos diários nas últimas semanas. Esses valores, em conjunto com as altas proporções de testes com resultados positivos, mostram que a transmissão da doença se mantém em níveis críticos, que podem se agravar nas próximas semanas se não forem adotadas medidas de contenção.

Houve uma queda da mortalidade em quase todas as regiões do país, com exceção do Nordeste, onde também foi observado um aumento da incidência de novos casos. Nas demais regiões se verifica a estabilidade na taxa de incidência de Covid-19.

O processo de redução da mortalidade, em paralelo à manutenção de altas taxas de incidência, se reflete na queda

das taxas de letalidade, que alcançou o valor máximo em meados de março (4,5%) e caiu para 3,0% nas últimas SE. Essa ligeira redução da letalidade pode indicar um pequeno aumento da capacidade dos serviços de saúde no diagnóstico – por meio de testes – e tratamento hospitalar dos casos graves de Covid-19.

Esse valor da taxa de letalidade ainda está além do adequado para evitar óbitos, o que pode ser alcançado com o reforço das ações de Vigilância em Saúde, por meio da triagem de casos graves, seu encaminhamento para serviços de saúde mais complexos, bem como a identificação e aconselhamento de contatos para quarentena, além do acompanhamento pela Atenção Primária em Saúde quando se fizer necessário. Diante desse quadro, a reorganização e ampliação da estratégia de testagem é essencial para evitar novos casos e para reduzir a pressão sobre os serviços hospitalares.



FOTO: AFP

Níveis de atividade e incidência de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG)

Nas últimas semanas foi observada uma preocupante mudança nas tendências das notificações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Os casos de SRAG registram a incidência de doenças respiratórias, em casos graves que demandam hospitalização ou óbitos, e que são atualmente em grande parte devido a infecções por Sars-CoV-2. Muitos estados, em particular os da Região Sul, que tiveram redução de casos de SRAG nas semanas anteriores, apresentam tendência de reversão ou mesmo um aumento no número de casos. Boletins anteriores já apontavam que, mesmo com redução ou estabilidade, os números de casos ainda permaneciam muito altos, demonstrando a forte pressão sobre o sistema de saúde. É importante ter redução sustentada de número de casos, para uma recomposição do sistema de saúde, inclusive com vistas a reduzir taxa de ocupação de leitos.

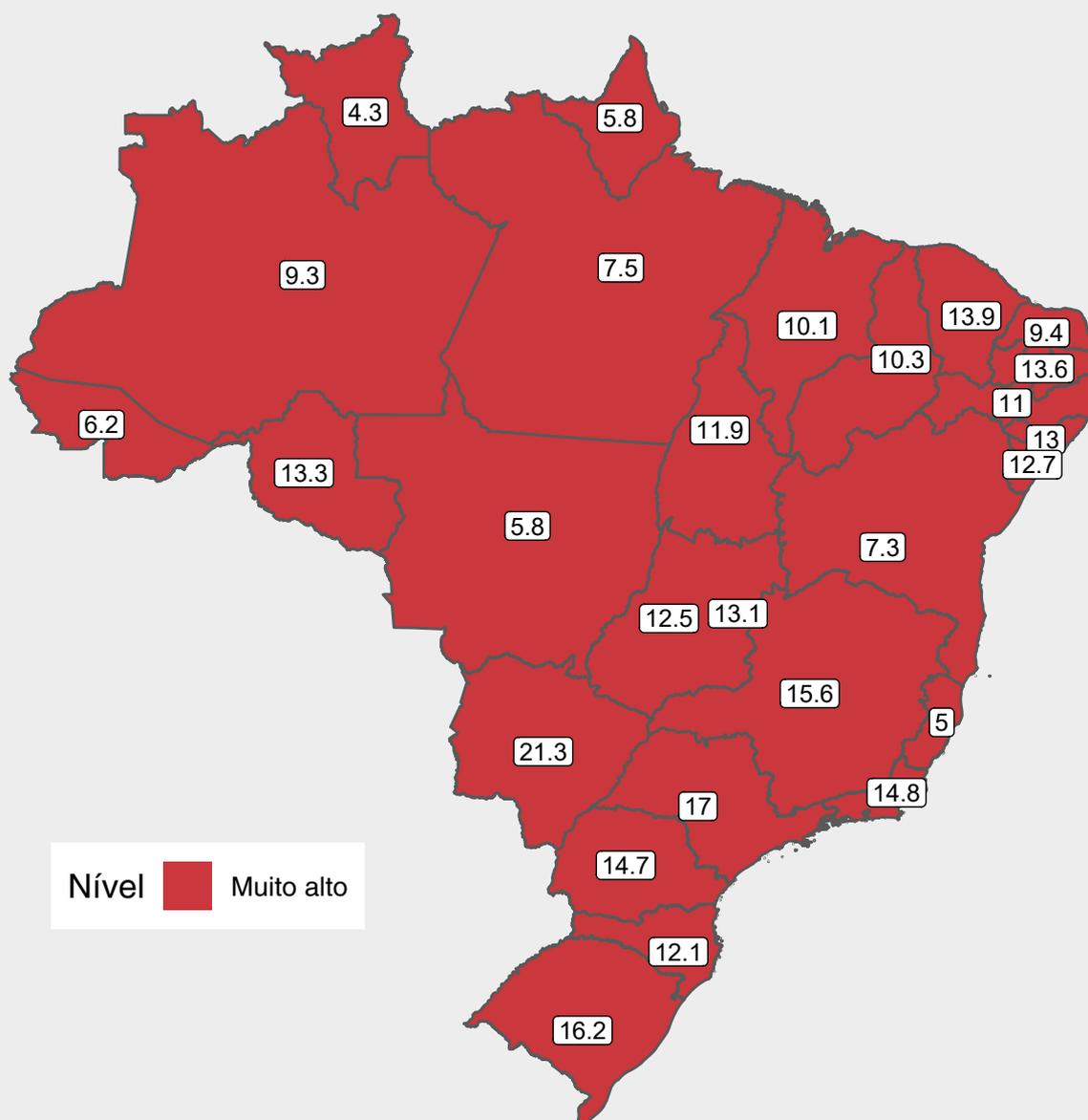
O Boletim do Observatório, na semana epidemiológica 9 (28 de fevereiro a 6 de março) do presente ano, quando o cenário epidemiológico se desenhava à beira do colapso, com quase todos os estados em níveis críticos de ocupação de leitos, indicava que a incidência média de SRAG era 15,5 casos por 100 mil habitantes. No momento atual, este indicador encontra-se em 11,4 casos por 100 mil habitantes, que é um valor extremamente elevado. Portanto, novos possíveis aumentos, em um cenário de

flexibilização das políticas de contenção ou bloqueio da transmissão e da vigilância epidemiológica, poderiam reverter ao quadro crítico observado.

A diferença entre incidência nos estados entre os momentos das semanas epidemiológicas 8/9 e as semanas 18/19 mostram que poucas unidades da Federação estão em patamar significativamente menor (pelo critério de redução maior de 5 casos por 100 mil habitantes): Mato Grosso, Goiás, Distrito Federal, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Amapá, sendo que Mato Grosso, Paraná e as capitais dos estados do Sul apresentam no Infogripe sinais de aumento. Os demais estados estão em níveis próximos ao observado em meados de março ou mesmo acima, como é o caso de Mato Grosso do Sul, Maranhão, Pernambuco, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

O objetivo no momento deve ser a redução sustentada em todos os estados, ao passo que aumento ou estabilidade em níveis muito altos e com taxas altas de ocupação são cenários altamente indesejados. O monitoramento de Síndromes Respiratórias Agudas Graves é realizado no sistema InfoGripe, mantido e desenvolvido pelo Programa de Computação Científica (PROCC/Fiocruz) com análises a partir das notificações de SRAG armazenadas na base de dados Sivep-gripe.

NÍVEL DE SRAG (E INCIDÊNCIA DE CASOS POR 100.000 HAB.)



Nível ■ Muito alto

Leitos de UTI para COVID19

As taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos no SUS, que vinham mantendo uma tendência de queda lenta, mas relativamente consistente em grande parte do país, entre os dias 10 e 17 de maio, apresentaram pequenas elevações em muitos estados e capitais, interrompendo a impressão da melhoria do quadro geral. A Região Norte foi a que apresentou melhor cenário, com Acre, Amazonas e Roraima se mantendo fora da zona de alerta, com taxas inferiores a 60%, e Rondônia, Pará e Amapá apresentando reduções no indicador de 5,3 e 4 pontos percentuais.

O Tocantins foi o único estado que mostrou piora, mantendo-se na zona de alerta crítico, com elevação do indicador de 81% para 89%. No Nordeste, exceto por Sergipe, todos os estados mostraram pequenos incrementos no indicador, embora não se possa falar de mudanças tão substantivas, além do retorno da Paraíba à zona de alerta intermediário. Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Sergipe permaneceram na zona de alerta crítico, com taxas de ocupação superiores a 90%. A Bahia, que vinha com o indicador caindo lentamente desde o fim de março, voltou ao patamar de 12 de abril.

No Sudeste, Minas Gerais teve uma pequena piora, mas suficiente para recolocar o estado na zona de alerta crítico. São Paulo se manteve estável, em patamar bem elevado da zona de alerta intermediário. No Sul também se observou a tendência de pequenos aumentos nas taxas observadas, com Paraná e Santa Catarina se mantendo na zona de alerta crítico e Rio Grande do Sul na zona de alerta intermediário. No Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal apresentaram aumentos de três pontos percentuais no indicador, mantendo-se na zona crítica com taxas inferiores a 90%. Mato Grosso retornou à zona crítica e Goiás apresentou melhora, indo para a zona de alerta intermediário.

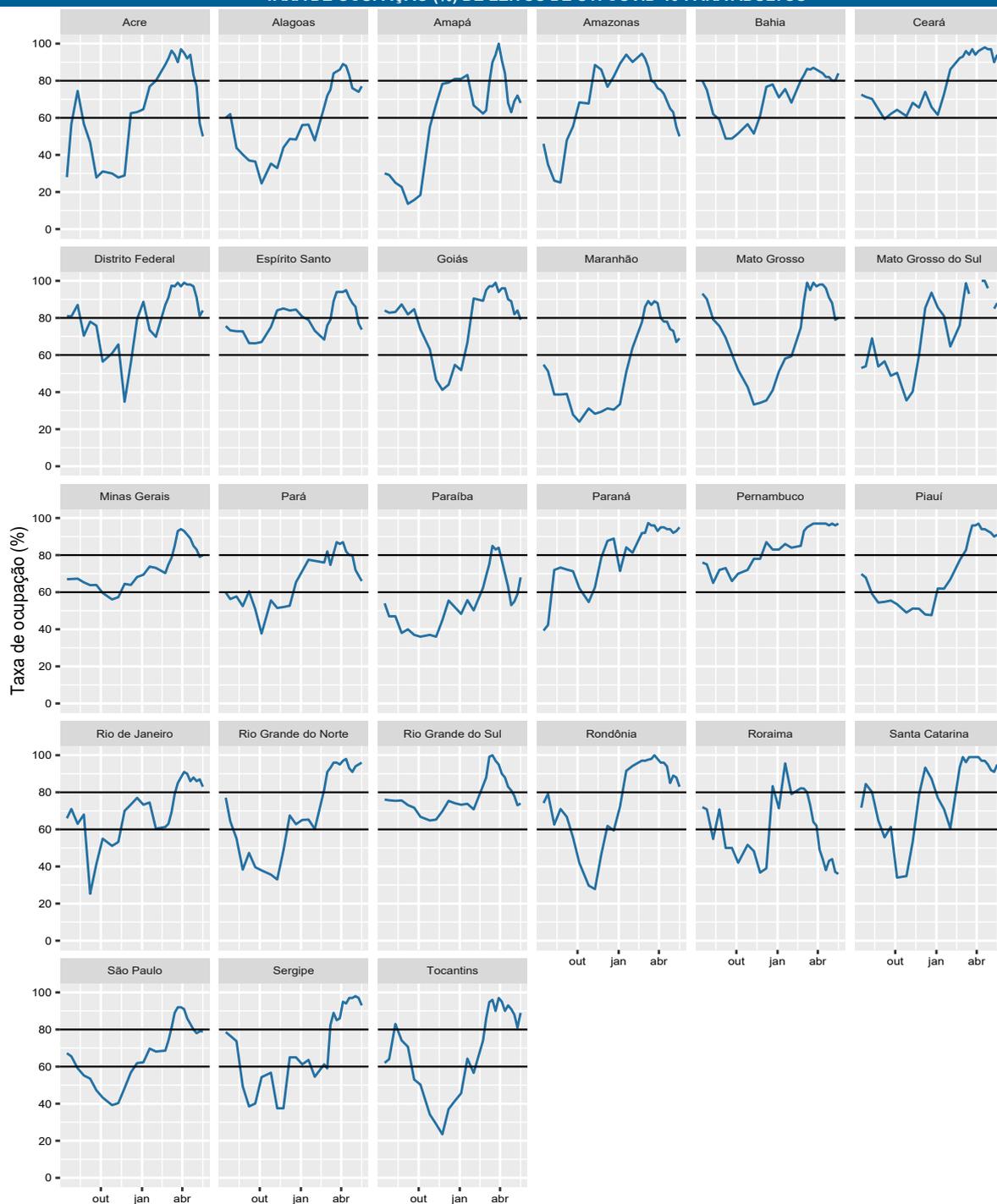
Sete estados encontram-se com taxas de ocupação iguais ou

superiores a 90%: Piauí (91%), Ceará (94%), Rio Grande do Norte (96%), Pernambuco (97%), Sergipe (93%), Paraná (95%) e Santa Catarina (95%). Sete estados e o Distrito Federal apresentam taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos entre 80% e 89%: Rondônia (83%), Tocantins (89%), Bahia (84%), Minas Gerais (80%), Rio de Janeiro (83%), Mato Grosso do Sul (88%), Mato Grosso (80%) e Distrito Federal (84%). Nove estados estão na zona de alerta intermediário ($\geq 60\%$ e $< 80\%$): Pará (66%), Amapá (68%), Maranhão (69%), Paraíba (68%), Alagoas (77%), Espírito Santo (74%), São Paulo (79%), Rio Grande do Sul (74%) e Goiás (79%). Três estados estão fora da zona de alerta: Acre (50%), Amazonas (50%) e Roraima (36%).

Oito capitais estão com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 iguais ou superiores a 90%: Palmas (92%), São Luís (90%), Teresina (96%), Fortaleza (95%), Natal (94%), Aracaju (100%), Rio de Janeiro (93%) e Curitiba (95%). Sete capitais estão com taxas superiores a 80% e inferiores a 90%: Porto Velho (89%), Recife (84%), Salvador (81%), Belo Horizonte (80%), Campo Grande (82%), Goiânia (82%) e Brasília (84%). Nove capitais estão na zona de alerta intermediário, com taxas iguais ou superiores a 60% e inferiores a 80%: Belém (63%), Macapá (75%), João Pessoa (68%), Maceió (76%), Vitória (74%), São Paulo (77%), Florianópolis (71%), Porto Alegre (67%) e Cuiabá (71%). Três capitais estão fora da zona de alerta: Rio Branco (50%), Manaus (50%) e Boa Vista (36%).

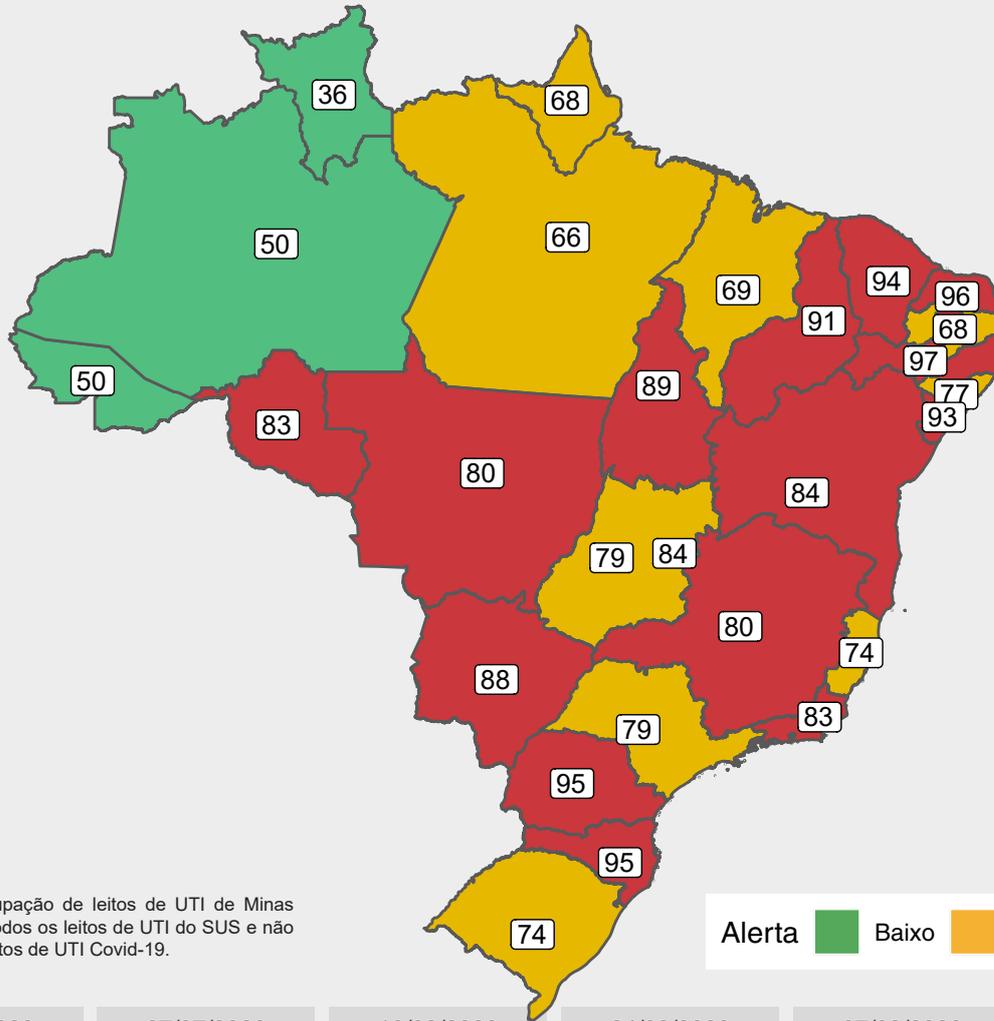
As taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos no SUS, observadas em 17 de maio de 2021, sinalizam uma quebra na expectativa que vinha se desenhando de melhoria do indicador no país nas últimas semanas. Os pesquisadores alertam, no entanto, que caso não seja mantida uma queda sustentável, esse cenário poderá retornar a níveis críticos.

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



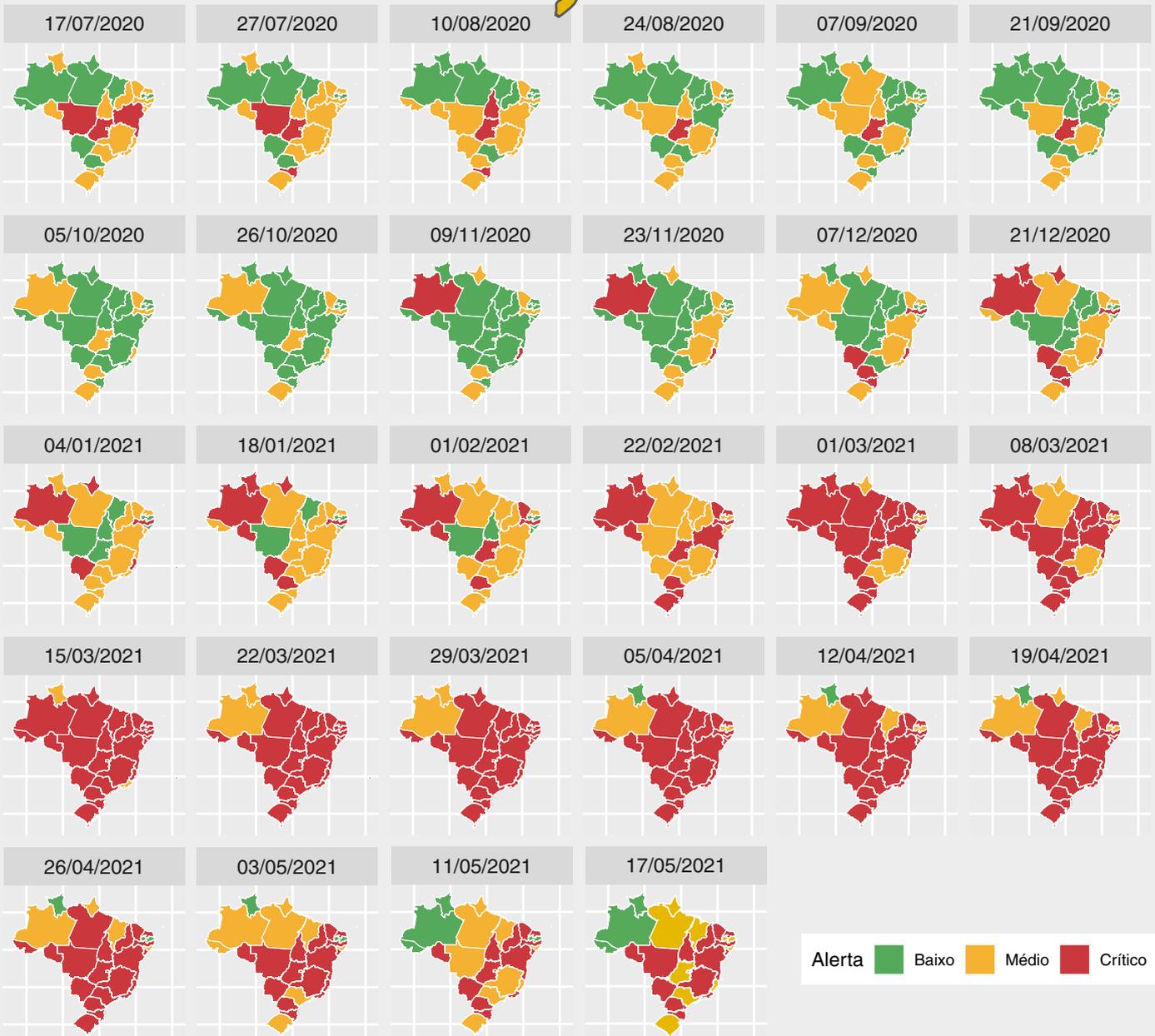
Data

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



A taxa de ocupação de leitos de UTI de Minas Gerais inclui todos os leitos de UTI do SUS e não somente os leitos de UTI Covid-19.

Alerta ■ Baixo ■ Médio ■ Crítico



Alerta ■ Baixo ■ Médio ■ Crítico

Perfil demográfico de casos e óbitos

Na semana epidemiológica 18, mais precisamente em 6 de maio, o Brasil alcançou a marca de 15 milhões de casos confirmados por Covid-19. Dias antes, em 29 de abril, o número de mortes chegou à marca de 400 mil. O ano de 2021 vem apresentando uma dinâmica da pandemia de maior aceleração da incidência e mortalidade. Além disso, os dados de internação vêm, a cada semana, identificando ainda outro fenômeno: o rejuvenescimento da pandemia. O Boletim desta quinzena traz comparações entre a semana epidemiológica 1 e a semana epidemiológica 18 (2 a 8 de maio) de 2021. Diferente das últimas semanas, pela primeira vez confirmamos que a mediana de casos e internações em UTI esteve abaixo dos 60 anos. Isto significa dizer que mais da metade dos casos de internação hospitalar e internação em UTI ocorreram entre pessoas não idosas. Para os óbitos, embora a mediana ainda seja superior a 60 anos, ao longo de 2021 ela caiu em um patamar de 10 anos.

O processo de rejuvenescimento da pandemia no Brasil é confirmado por meio dos novos dados obtidos a partir do SIVEP Gripe. A semana epidemiológica 18 (SE 18) apresenta idade média dos casos internados de 54,57 anos, versus idade média de 62,3 anos na semana epidemiológica 1 (SE 1). A mediana de internações, ou seja, a idade que delimita a concentração de 50% dos casos, foi de 66 anos na SE 1 e 55 anos na SE 18. Para óbito, os valores médios foram 71,5 anos (SE 1) e 62,8 anos (SE 18). Valores de mediana de óbitos foram, respectivamente, 73 e 63 anos. Este aumento não é repentino: a cada semana, gradativamente a idade média de casos e óbitos vem diminuindo. As curvas por idade simples para casos e óbitos, segundo semana epidemiológica (Figura 1), permitem a inspeção visual do processo de rejuvenescimento, com deslocamento da curva em direção a faixas etárias mais jovens.

O deslocamento dos casos e óbitos para grupos etários mais jovens fica destacado na figura 2. Em 2021, o pico de casos e óbitos ocorreu entre as semanas 11 e 12. Estes picos, vale mencionar, concentraram os casos e óbitos, entre 60 e 79 anos. A progressão das semanas vem mostrando uma maior dispersão entre as faixas etárias, num fenômeno conhecido por descompressão da idade à morte e à morbidade. Este movimento, vale mencionar, costuma corresponder a uma progressão do rejuvenescimento em que a variabilidade da idade de casos e óbitos aumenta, para num momento posterior voltar a concentrar, porém em grupos mais jovens.

A comparação entre a primeira semana epidemiológica do ano e a última semana epidemiológica com dados disponíveis reflete, portanto, uma mudança na distribuição etária de casos e óbitos. Ao longo das últimas semanas, com a mudança na tendência de incidência e mortalidade, percebemos que as diferenças percentuais entre as semanas têm diminuído. Ainda assim, este fenômeno acontece de forma desigual entre as faixas etárias. Ao considerar os números anteriores, vale ressaltar que houve um notável crescimento do número de casos e óbitos desde o início do ano. Isto foi resultado do pico da segunda onda, ocorrido no mês de março. A figura que descreve a concentração de casos é influenciada por esta diferença. Para ratificar a descrição do fenômeno do rejuvenescimento, acrescentamos a esta análise a distribuição proporcional por faixa etária de casos (figura 3a) e óbitos

(figura 3b). O rejuvenescimento também é percebido a partir a inspeção visual dos dados. Na SE 1, 63,1% dos casos de internações se concentraram em pessoas com mais de 60 anos. Na SE 18, apenas 38,9% dos casos de internação estavam entre idosos. Com relação aos óbitos, na SE 1, as mortes entre aqueles com mais de 60 anos corresponderam a 81,5% das mortes; na SE 18 a mesma faixa etária apresentou 59,6% das mortes.

Entre os casos de internação, na SE 1 houve demanda por internação em UTI em 29,3% dos casos. Na SE 18, esta demanda foi de 29,4%. É preciso lembrar que a manutenção de altas taxas de ocupação não permitem a expansão deste valor, de forma que a estagnação da proporção de casos com internações em UTI em contraste ao crescimento de casos internados no mesmo período pode ser reflexo da saturação da alta complexidade, o que sugere um represamento de demanda por este nível de atenção. Este cenário, no limite, poderá impactar no aumento de mortes em longo prazo por desassistência. A idade média de pacientes que ocuparam leitos de UTI na SE 1 foi de 64,1 anos; na SE 18 a idade média foi de 56,7 anos. A mediana de idade de internações em UTI foi de 68 anos na SE 1, e 58 anos na SE 18. Este dado traz dois alertas: primeiramente, destaca que mais da metade das internações em UTI ocorre em pessoas com menos de 60 anos; em segundo lugar, entre as semanas analisadas, a mediana caiu em um patamar de 10 anos. Com relação à ocupação proporcional dos leitos por faixa etária (Figura 4), destacamos que houve redução importante da proporção de pessoas mais longevas internadas em UTI. Os grupos acima de 70 anos tiveram redução proporcional. Como consequência, a proporção das faixas mais jovens aumentou. Destacamos a redução proporcional mais substancial das faixas etárias de 80 a 89 anos (-66,9%) e 90 anos e mais (-67,6%). Em contrapartida, ressaltamos o aumento proporcional da demanda por adultos entre 20 e 29 anos (+130,6%), 30 e 39 anos (+120,2%), 40 e 49 anos (+101,1%) e 50 e 59 anos (+95,31%). Ao se considerar as distribuições proporcionais, a redução de eventos entre os mais idosos implica uma reconfiguração dos percentuais das faixas mais jovens.

Vale reforçar que o rejuvenescimento, por um lado, pode ser uma expressão da eficácia da vacinação, ao notar uma retração na contribuição de idosos longevos nos casos e óbitos nas semanas mais recentes. Adicionalmente, este diagnóstico traz um lembrete de que as gerações mais jovens, que passam a contribuir de forma mais importante para o cenário da pandemia, passarão a apresentar maior ocorrência de síndromes pós-COVID e situações de COVID longa, comprometendo assim de forma crônica sua qualidade de vida e sua capacidade para atividades cotidianas, incluindo o trabalho. A mensagem é clara: é preciso olhar para os mais jovens, e alertá-los de que eles não estão imunes à pandemia. Para que isto não aconteça, reforçamos a necessidade de manter as medidas restritivas de circulação de pessoas nas ruas, suspendendo atividades não essenciais que têm grande potencial para gerar aglomerações. Ressaltamos que esta recomendação deve ser feita de forma responsável, com o Estado garantindo a proteção social necessária para que as pessoas possam se manter a salvo em casa, sem que isso comprometa condições mínimas de subsistência.

1. A análise inclui dados até a semana epidemiológica 18. Os dados da semana epidemiológica 19 ainda se encontram em processamento, pois muitos casos permanecem abertos, ainda em investigação.

FIGURA 1 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE CASOS INTERNADOS E ÓBITOS POR COVID-19 EM HOSPITALIZAÇÕES SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2021

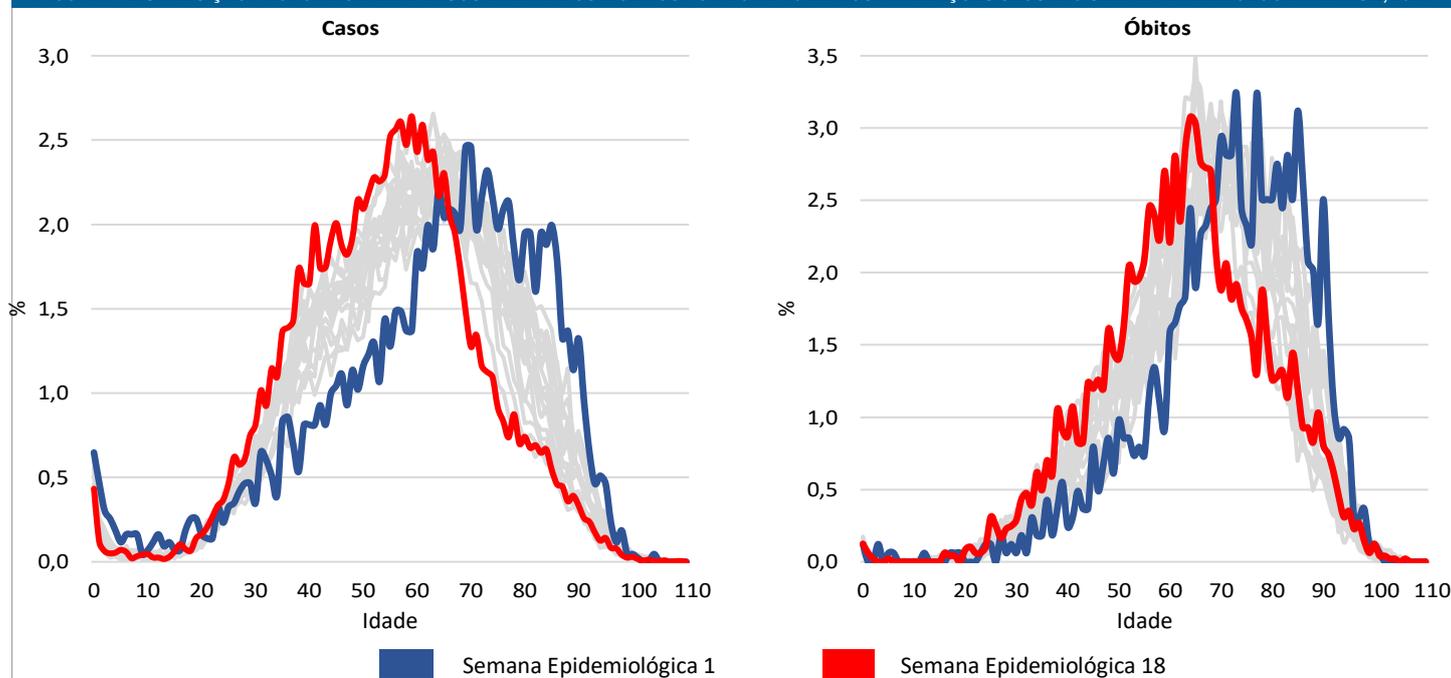
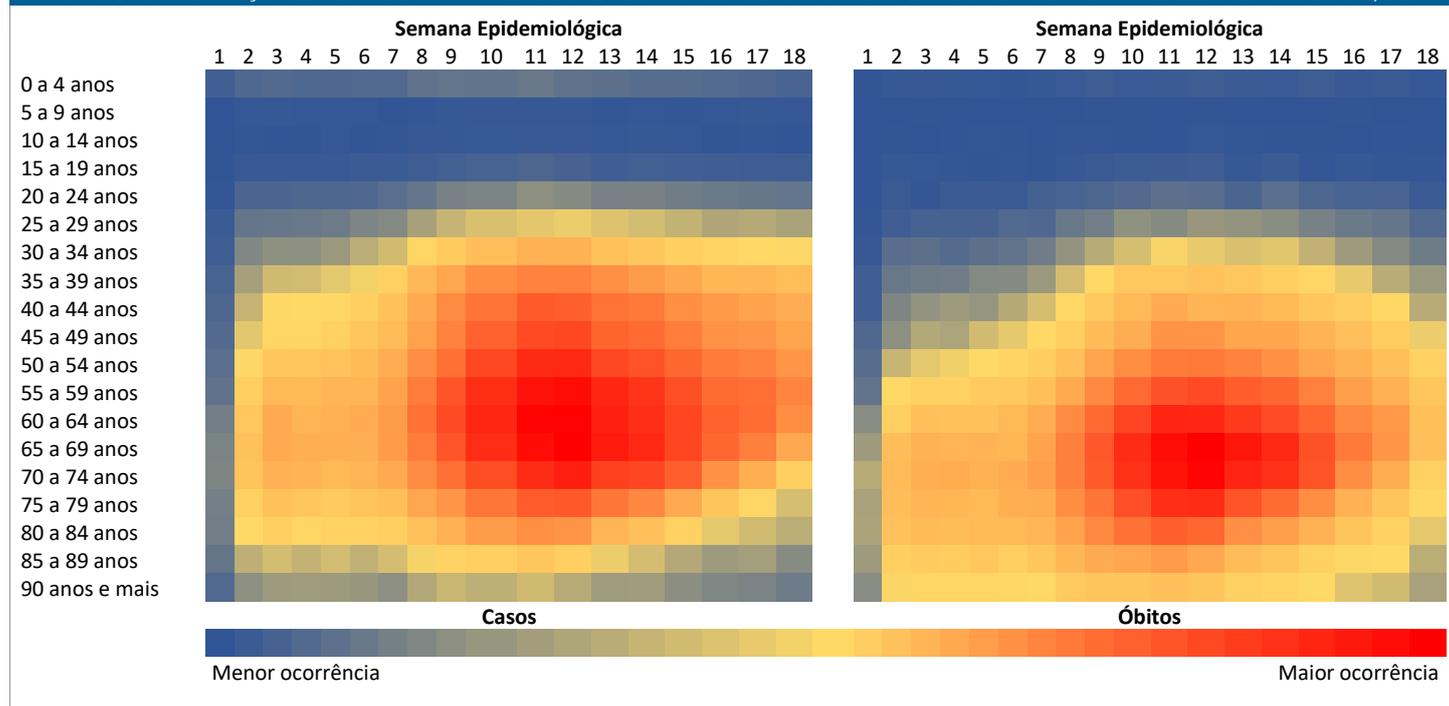
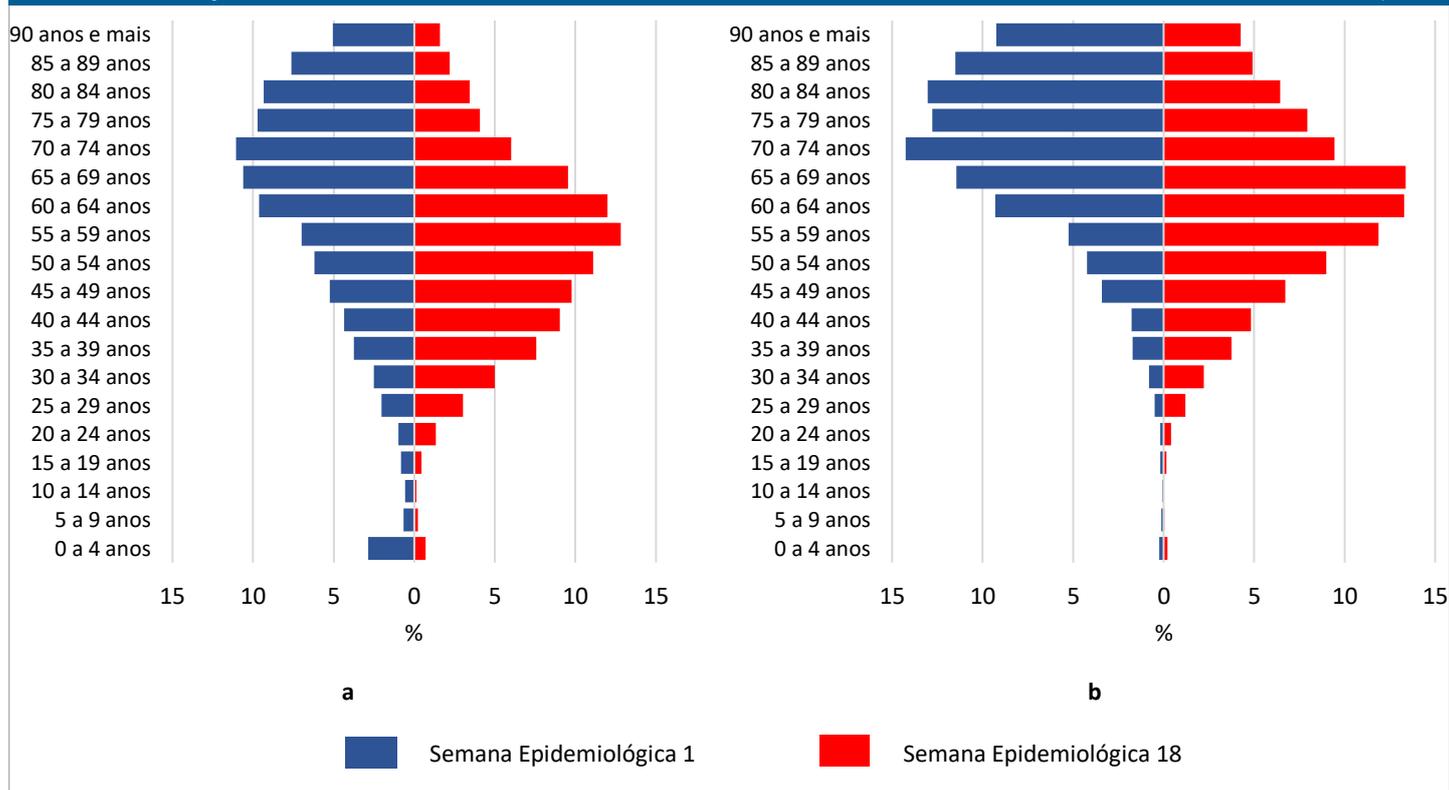


FIGURA 2 - CONCENTRAÇÃO ABSOLUTA DE CASOS INTERNADOS E ÓBITOS POR COVID-19 NAS FAIXAS ETÁRIAS SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2021



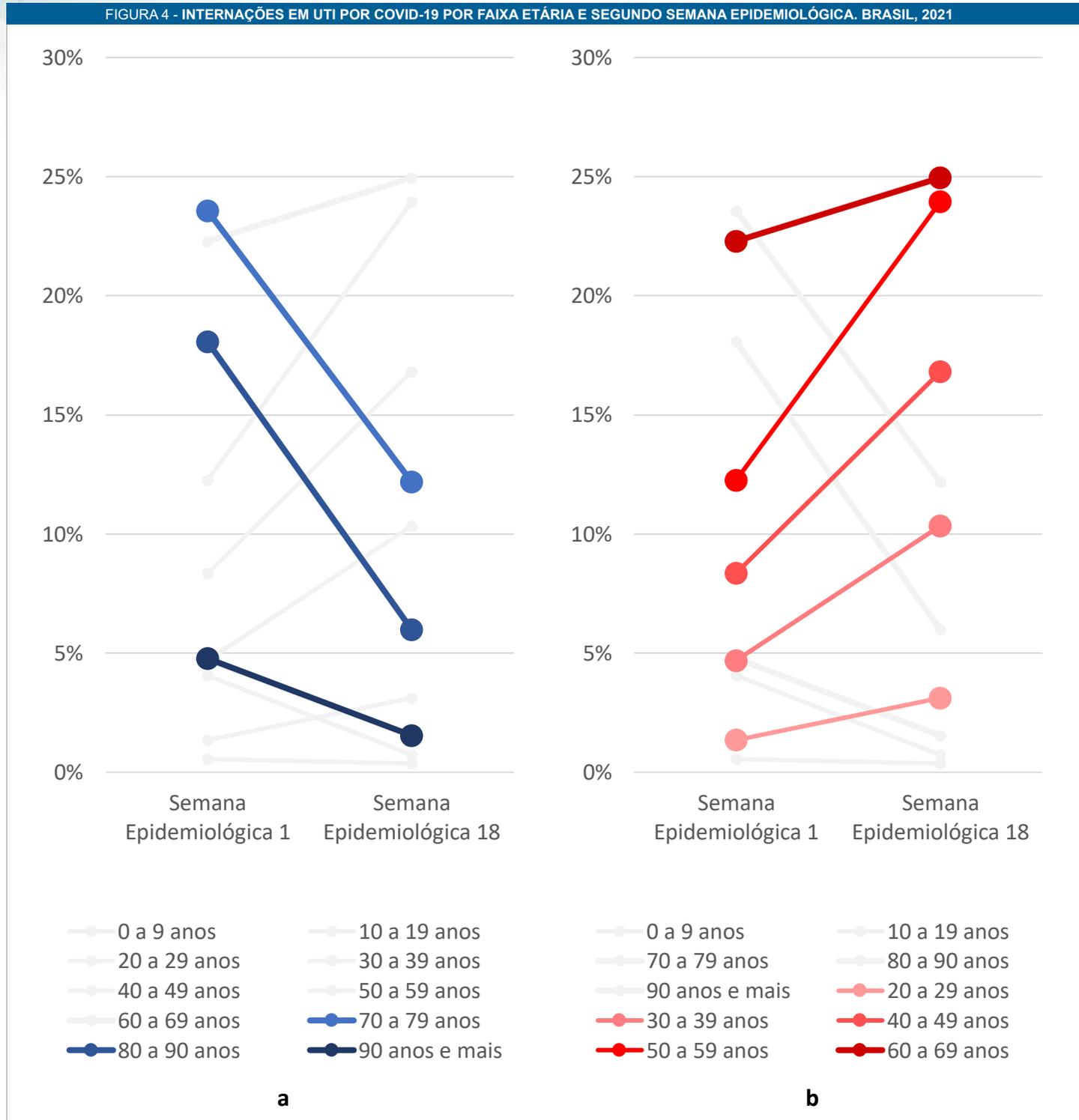
Sivep-Gripe, 2021

FIGURA 3 - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE CASOS INTERNADOS E ÓBITOS POR COVID-19 NAS FAIXAS ETÁRIAS SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2021



Sivep-Gripe, 2021

FIGURA 4 - INTERNAÇÕES EM UTI POR COVID-19 POR FAIXA ETÁRIA E SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2021



Sivep-Gripe, 2021

O avanço da vacinação e a distribuição de imunizantes

A tabela 1 apresenta o número total de doses aplicadas por unidade federativa e a estimativa de pessoas que receberam pelo menos uma dose da vacina, as que completaram o esquema vacinal e as que só receberam a primeira dose. O planejamento, a comunicação e a informação constituem aspectos fundamentais para a estratégia de auxílio no processo de imunização da população brasileira.

No país, 32,2% das pessoas vacinadas completaram o esquema vacinal com duas doses e 67,8% só receberam a primeira dose do imunizante. Treze estados apresentam percentual de vacinados com segunda dose menor que a média nacional. Os estados do Espírito

Santo, Acre, Maranhão e Rio Grande do Sul apresentam menos de 30% dos vacinados com esquema completo.

Segundo dados do Ministério da Saúde, 86,7% dos imunizantes adquiridos já foram destinados aos municípios para aplicação. Os estados de Rio Grande do Norte, Roraima, Maranhão e Alagoas apresentam repasse menor que 80% das doses aos municípios. Esses dados podem conter atraso na informação. Contudo é necessária a avaliação detalhada dessa informação junto aos estados com o intuito de melhoria do dado ou, eventualmente, apoiar o processo logístico, caso necessário.

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

UF	Doses aplicadas	Dose 1	Estimativa de pessoas que fecharam o esquema vacinal / Dose 2	Estimativa de pessoas que só tomaram a primeira dose	Total de pessoas vacinadas	% de pessoas vacinadas com esquema de vacinação completo	% pessoas vacinadas somente com a primeira dose
BRASIL	54.688.787	37.086.776	17.602.011	19.484.765	17.602.011	32,2	67,8
ACRE	165.857	118.357	47.500	70.857	47.500	28,6	71,4
ALAGOAS	831.721	576.879	254.842	322.037	254.842	30,6	69,4
AMAZONAS	934.805	604.290	330.515	273.775	330.515	35,4	64,6
AMAPÁ	162.008	111.875	50.133	61.742	50.133	30,9	69,1
BAHIA	3.904.376	2.721.546	1.182.830	1.538.716	1.182.830	30,3	69,7
CEARÁ	1.918.619	1.247.156	671.463	575.693	671.463	35,0	65,0
DISTRITO FEDERAL	764.611	500.613	263.998	236.615	263.998	34,5	65,5
ESPÍRITO SANTO	1.165.625	849.128	316.497	532.631	316.497	27,2	72,8
GOIÁS	1.804.219	1.212.100	592.119	619.981	592.119	32,8	67,2
MARANHÃO	1.561.062	1.098.711	462.351	636.360	462.351	29,6	70,4
MINAS GERAIS	5.652.120	3.815.860	1.836.260	1.979.600	1.836.260	32,5	67,5
MATO GROSSO DO SUL	888.704	613.712	274.992	338.720	274.992	30,9	69,1
MATO GROSSO	782.131	528.355	253.776	274.579	253.776	32,4	67,6
PARÁ	1.540.935	1.064.872	476.063	588.809	476.063	30,9	69,1
PARAÍBA	1.177.061	786.443	390.618	395.825	390.618	33,2	66,8
PERNAMBUCO	2.205.440	1.456.217	749.223	706.994	749.223	34,0	66,0
PIAUI	782.977	534.662	248.315	286.347	248.315	31,7	68,3
PARANÁ	3.239.054	2.158.977	1.080.077	1.078.900	1.080.077	33,3	66,7
RIO DE JANEIRO	4.781.228	3.310.358	1.470.870	1.839.488	1.470.870	30,8	69,2
RIO GRANDE DO NORTE	913.685	610.812	302.873	307.939	302.873	33,1	66,9
RONDÔNIA	325.970	222.380	103.590	118.790	103.590	31,8	68,2
RORAIMA	128.756	76.719	52.037	24.682	52.037	40,4	59,6
RIO GRANDE DO SUL	4.057.092	2.845.789	1.211.303	1.634.486	1.211.303	29,9	70,1
SANTA CATARINA	1.863.892	1.236.511	627.381	609.130	627.381	33,7	66,3
SERGIPE	481.322	332.125	149.197	182.928	149.197	31,0	69,0
SÃO PAULO	12.305.559	8.223.820	4.081.739	4.142.081	4.081.739	33,2	66,8
TOCANTINS	349.958	228.509	121.449	107.060	121.449	34,7	65,3

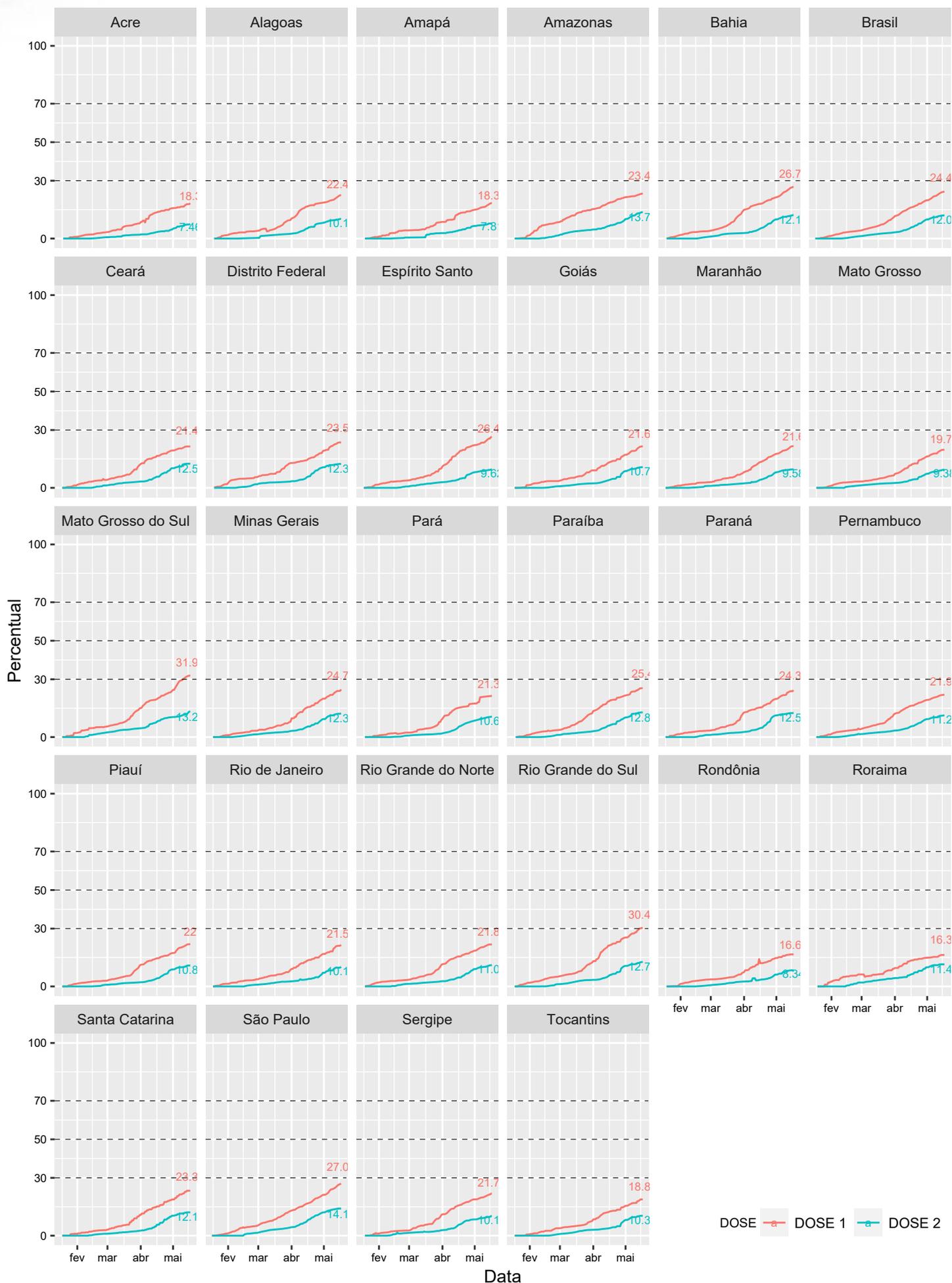
Fonte: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMÁS_C19Vacina/DEMÁS_C19Vacina.html 19/05/2021

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	89.452.775	77.556.916	86,7
DISTRITO FEDERAL	1.149.530	1.149.530	100
MATO GROSSO DO SUL	1.199.010	1.179.887	98,4
ESPÍRITO SANTO	1.757.440	1.686.183	95,9
RONDÔNIA	583.638	554.290	95,0
RIO DE JANEIRO	8.540.219	8.016.552	93,9
MINAS GERAIS	9.417.974	8.610.504	91,4
AMAZONAS	2.078.160	1.880.689	90,5
PERNAMBUCO	3.733.840	3.370.141	90,3
GOIÁS	2.652.280	2.377.041	89,6
PIAUI	1.256.420	1.105.198	88,0
SANTA CATARINA	3.002.950	2.617.658	87,2
ACRE	318.060	275.866	86,7
MATO GROSSO	1.209.990	1.043.387	86,2
PARANÁ	4.905.000	4.229.087	86,2
PARÁ	2.896.750	2.468.315	85,2
SÃO PAULO	20.444.394	17.399.945	85,1
RIO GRANDE DO SUL	5.978.990	5.079.929	85,0
TOCANTINS	547.180	462.465	84,5
BAHIA	6.020.520	5.073.960	84,3
SERGIPE	859.910	719.919	83,7
PARAÍBA	1.691.760	1.375.635	81,3
CEARÁ	3.478.300	2.815.546	80,9
AMAPÁ	242.420	196.204	80,9
ALAGOAS	1.285.180	1.004.375	78,2
MARANHÃO	2.572.260	1.939.903	75,4
RORAIMA	234.690	144.784	61,7
RIO GRANDE DO NORTE	1.395.910	779.923	55,9

Fonte: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMÁS_C19VAC_Distr/DEMÁS_C19VAC_Distr.html 18/05/2021

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO VACINADA



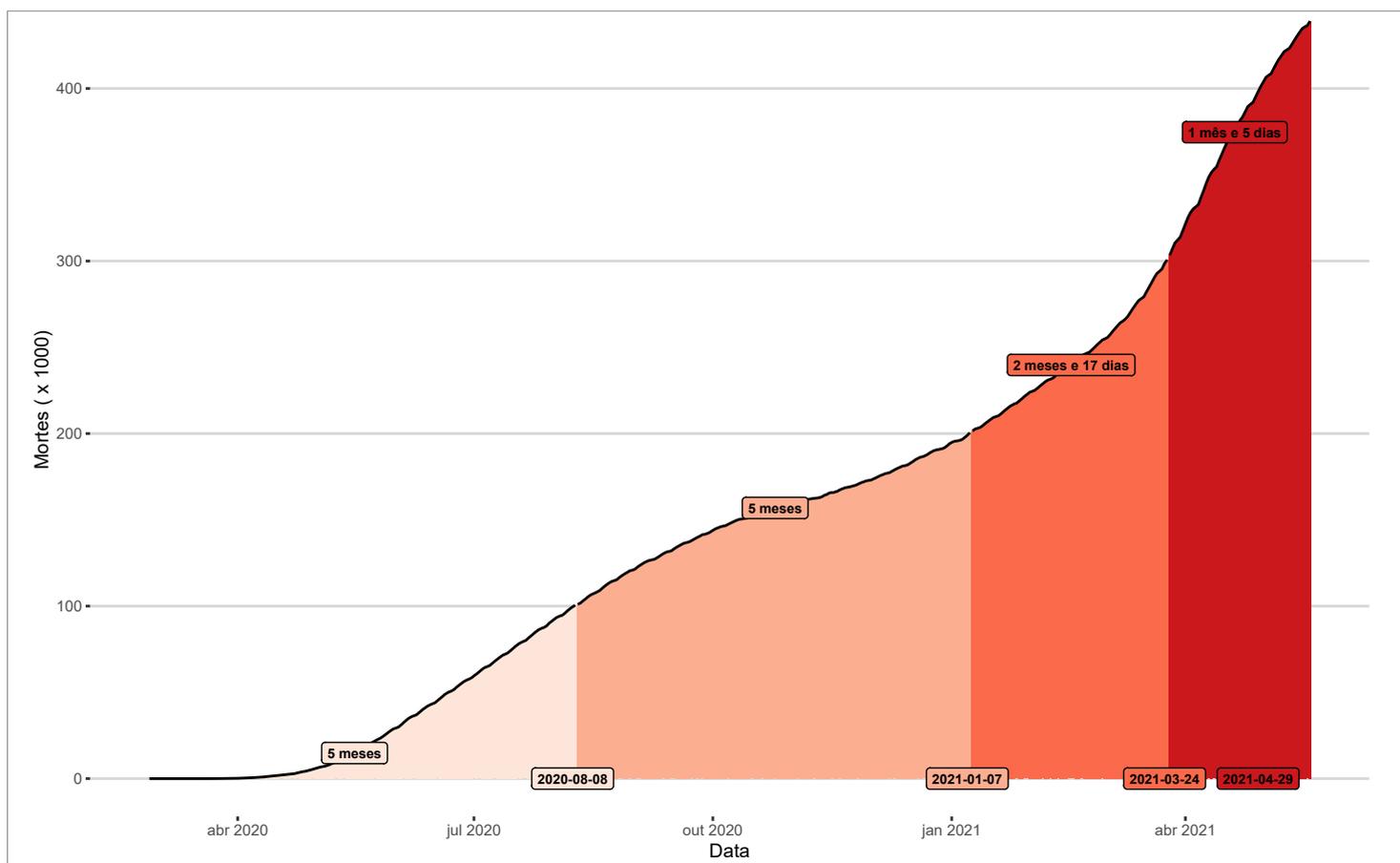
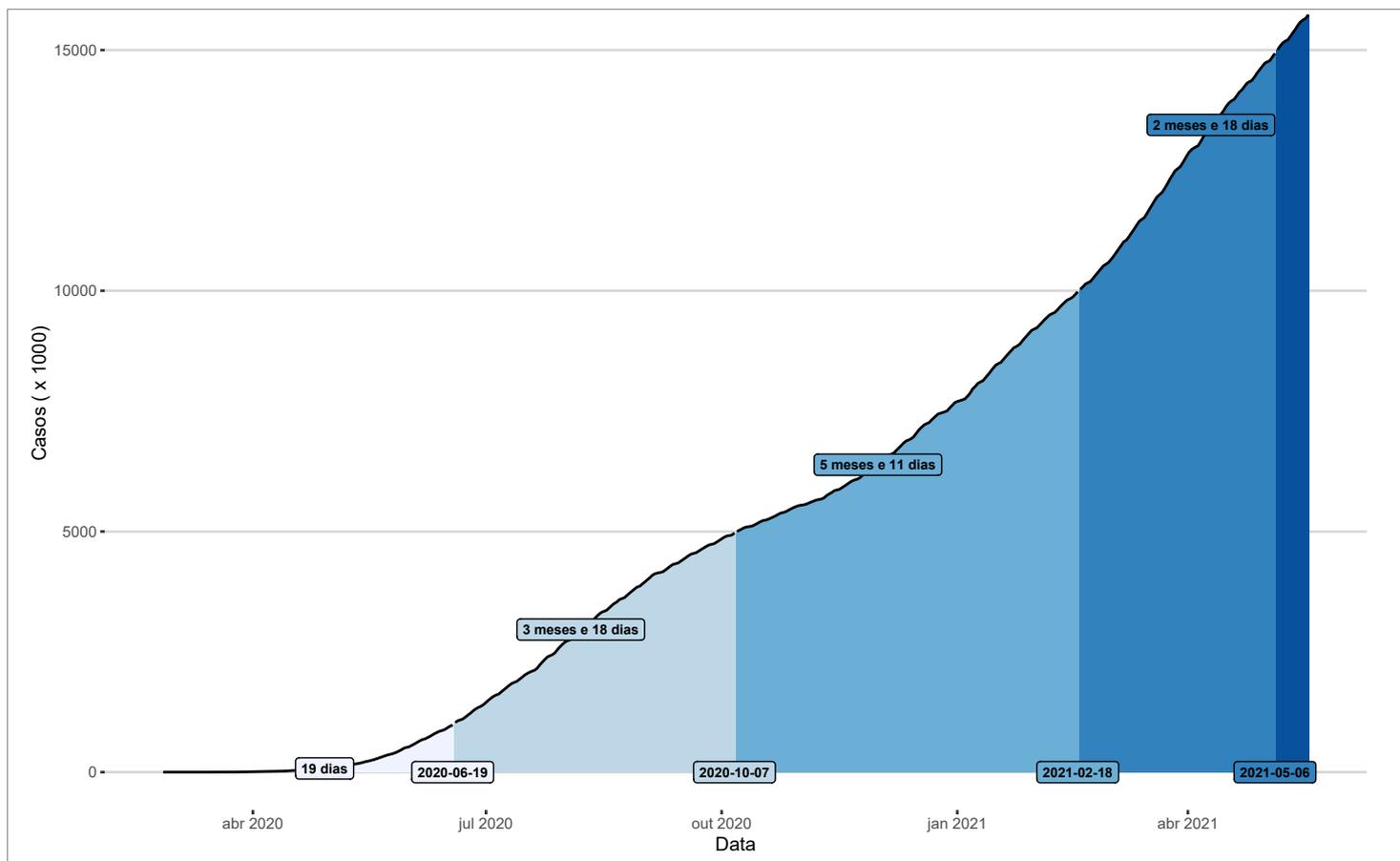
DOSE DOSE 1 DOSE 2

Balanço da crise sanitária recente e lições aprendidas

O Brasil, embora tenha 2,7% da população mundial, até 15 de maio respondeu por 9,6% dos casos e 12,9% dos óbitos mundiais por Covid-19. Tendo como referência os dados disponíveis no site [Our World in Data](https://ourworldindata.org/coronavirus) (<https://ourworldindata.org/coronavirus>) até 15 de maio, dos países com pelo menos 100 mil óbitos acumulados o Brasil encontrava-se em segundo lugar, com 439 mil mortos, sendo superado apenas pelos EUA, com 587 mil. Os seis países logo abaixo do Brasil eram Índia (283.248), México (220.746), Reino Unido (127.953), Itália (124.497), Rússia (114.619) e França (108.201). Dos novos óbitos por milhão de habitantes, de acordo com a média móvel nos últimos sete dias neste conjunto de países, o Brasil se encontrava em primeiro lugar, com 9.01, sendo seguido pela Índia (3.01), Itália (2.87), Rússia (2,5), França

(2.34), EUA (1,81), México (1,58) e Reino Unido (0,13).

Analisando os novos óbitos de acordo com a média móvel nos últimos sete dias é possível constatar que, com exceção da Índia (3.991), que começou a apresentar um crescimento exponencial de casos no início de abril, todos os outros países listados anteriormente apresentaram tendência de queda. O Brasil, que desde meados de fevereiro vinha apresentando tendência de crescimento de óbitos, e, no período entre 9 de março (1.572 óbitos) e 25 de abril (2.494 óbitos), esteve em primeiro lugar, apresenta, entretanto, um quadro preocupante. Em 15 de maio, apesar de vir apresentando queda no número de óbitos, o país ainda se encontrava em patamar bastante alto, com média móvel de 1.930 óbitos.



No Brasil tivemos uma primeira onda entre o fim de maio e o fim de agosto de 2020, registrando em torno de 1 mil óbitos por dia. Este patamar foi atingindo novamente a partir da segunda semana de janeiro de 2021. Em 2 de março, quando publicamos o **Boletim Extraordinário** sobre o colapso do sistema de saúde, a média móvel estava em torno de 1.260 óbitos, chegando a 2 mil em 17 de março e 3 mil entre 1 e 15 de abril. Em 6 e 8 de abril, chegou-se a ultrapassar 4 mil óbitos. Em síntese, a média móvel de 1.930 óbitos observada em 15 de maio é um patamar muito elevado, comparado com a primeira onda e ainda bem acima de quando se iniciou a crise recente do sistema de saúde.

O que assistimos no primeiro trimestre de 2021 foi um processo de aceleração de casos e óbitos que o país ainda não tinha vivenciado. Num período bastante curto de dois meses, de 7 de março a 6 de maio, o intervalo de tempo para se acrescentar mais 1 milhão de casos foi de aproximadamente 15 dias. Para os óbitos, foram necessários intervalos de cinco meses para se alcançar 100 e 200 mil óbitos, bastaram 2,5 meses para se chegar aos 300 mil (entre 7 de janeiro e 24 de março) e pouco mais de um mês para se atingir os 400 mil (entre 24 de março e 29 de abril). Ou seja, se demoramos dez meses para registrar 200 mil óbitos, os outros 200 mil foram registrados em cerca de 3,5 meses. Foi neste contexto de aceleração e crescimento de casos e óbitos que tivemos o colapso do sistema de saúde no país, reduzindo em muito as capacidades de enfrentamento da pandemia e resultando em uma catástrofe sanitária e humanitária.

Este conjunto de dados revela que o Brasil se encontra ainda em uma grave crise no enfrentamento da pandemia, o que coloca o país como destaque negativo no que se relaciona às respostas adotadas em termos globais. Considerando que é absolutamente necessário mudar este quadro atual, sendo ainda possível adotar medidas que revertam a situação atual de vulnerabilidades e riscos, sistematizamos o diagnóstico e recomendações do **Painel Independente** que foi estabelecido pela OMS em setembro de 2020 e apresentou seus resultados em 12 de maio deste ano no documento **COVID-19: Make it the Last Pandemic**, trazendo um conjunto de lições importantes para que o Brasil faça uma radical mudança do quadro atual.

De acordo com o Painel Independente, países que tiveram resultados ruins combinaram diversos processos que se sobrepujaram: 1) falha dos governos em assumir a liderança e responsa-

bilidade no desenvolvimento de estratégias coerentes destinadas à prevenção da transmissão no país; 2) descoordenação das políticas e ações entre os níveis nacional e subnacionais, comprometendo as capacidades de mobilizar recursos; 3) desvalorização de tomadas de decisões para prevenção e tratamentos baseadas na ciência, combinadas com a negação de evidências científicas; 4) negação do potencial impacto da pandemia sobre a saúde e os sistemas de saúde; 5) retardamento em decisões e ações abrangentes; 6) criação de um clima de desconfiança que contribuiu para minar os esforços de enfrentamento e respostas; e 7) sistemas de saúde subfinanciados e fragmentados, combinados com a não valorização dos profissionais de saúde. O Brasil está entre os países que combinaram estes processos, resultando em resposta à Covid-19 descoordenada e com falta de vontade política para enfrentar as desigualdades. A pandemia resultou em uma crise humanitária e socioeconômica catastrófica. Cabe mitigar efeitos que ainda podem se acumular e buscar um reposicionamento no enfrentamento da pandemia, com vistas à queda sustentada de casos.

Ao longo dos meses de março e abril de 2021, o Observatório Covid-19 Fiocruz vem propondo e sistematizando um conjunto de medidas para o enfrentamento da pandemia, sendo que no **Boletim das semanas epidemiológicas 10 e 11** (7 a 20 de março) e no **Boletim das semanas epidemiológicas 12 e 13** (21 de março a 3 de abril) estas foram apresentadas de modo mais completo, envolvendo: 1) as medidas não-farmacológicas que têm como objetivo reduzir a propagação do vírus e o contínuo crescimento de casos, o que sobrecarrega as capacidades para o atendimento de casos críticos e graves e contribui para o acelerado e contínuo crescimento de óbitos; 2) as medidas relacionadas ao sistema de saúde que visam aliviar a sobrecarga dos serviços e também reduzir a mortalidade hospitalar por Covid-19, por desassistência e por outras doenças; e 3) as políticas e ações sociais cujo objetivo é mitigar os impactos sociais e sanitários da pandemia, principalmente para as populações mais vulneráveis.

No quadro abaixo sistematizamos algumas das medidas apontadas nos Boletins citados destacando, na sequência, preocupações e aspectos que consideramos absolutamente importantes para que o Brasil possa transformar o quadro atual, tendo como referência o documento do Painel Independente da OMS **COVID-19: Make it the Last Pandemic**.

POLÍTICAS E AÇÕES DO SETOR SAÚDE		POLÍTICAS E AÇÕES SOCIAIS Identificação de situações de vulnerabilidade social Apoio social aos grupos vulneráveis
EXPOSIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir exposição das pessoas e propagação do vírus através de medidas não farmacológicas 	
INFECÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> Reduzir infecção de pessoas através de vacinas Vigilância de saúde para reduzir circulação de infectados, com ampliação de testagem, busca ativa e isolamento dos casos suspeitos e monitoramento e quarentena dos contatos 	
ADOCIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Identificação de grupos de risco por profissionais de ESF e reduzir vulnerabilidade por comorbidades dando continuidade aos tratamentos Cuidado individual dos casos suspeitos e casos não graves de Covid-19 	
AGRAVAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Medidas para adequação de oferta de leitos, quantitativo de profissionais e condições de trabalho Medidas de gestão de medicamentos e insumos evitando desabastecimento 	

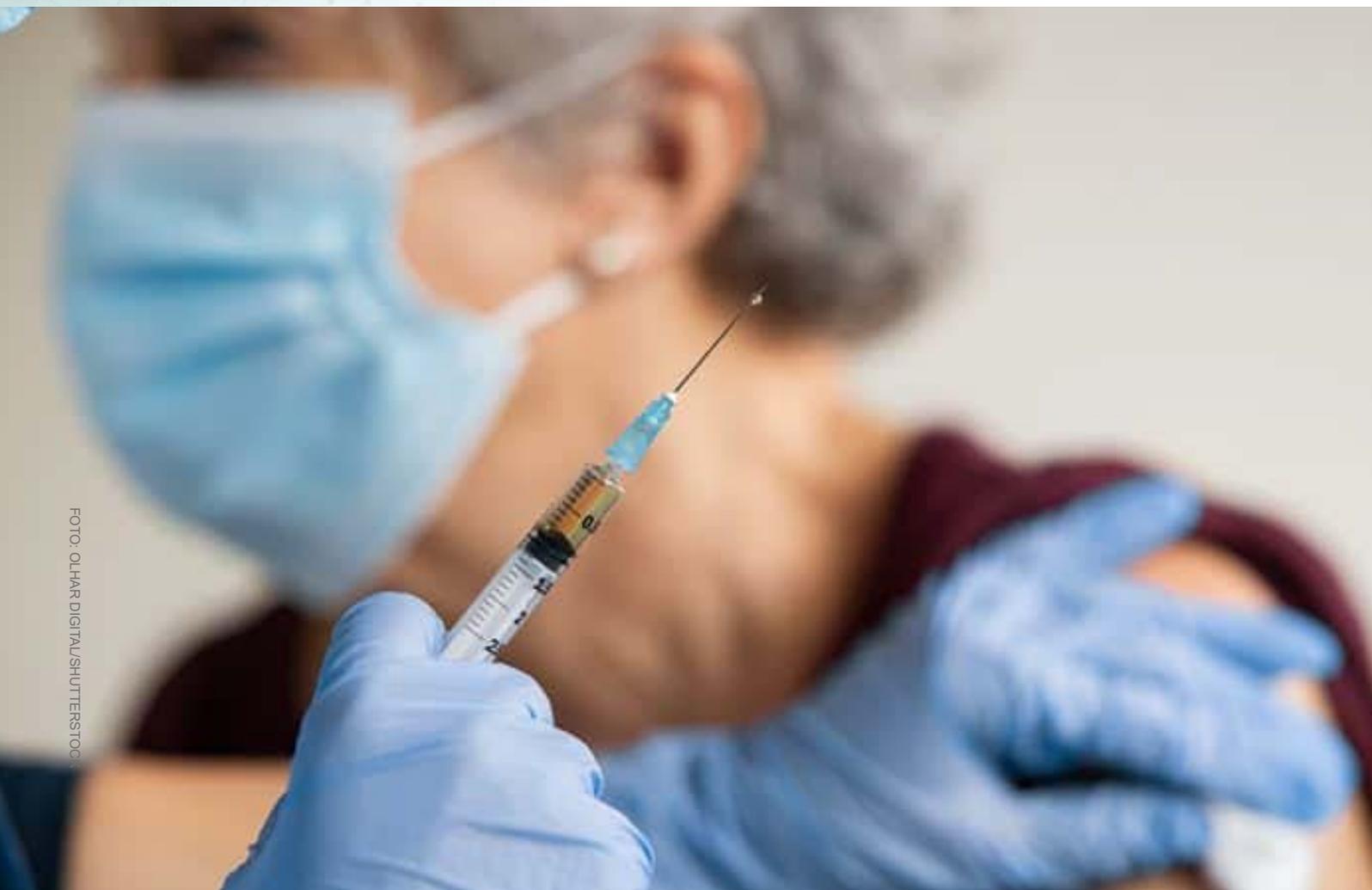


FOTO: OLHAR DIGITAL/SHUTTERSTOCK

Combinar medidas farmacológicas e não-farmacológicas em um contexto de riscos envolvendo novas variantes – a vacinação é uma importante medida para enfrentar a pandemia, porém deve se ter em conta que não é suficiente, devendo ser combinada com medidas não-farmacológicas para reduzir a exposição, transmissão e infecção, bem como evitar novo colapso do sistema de saúde e aumento do número de óbitos.

Altos e persistentes níveis de transmissão favorecem o desenvolvimento de novas variantes – o relaxamento das medidas não-farmacológicas de distanciamento físico e social, uso de máscaras e higienização, ao mesmo tempo que contribui para cenários de maior circulação de pessoas e transmissão/infecção, também favorece o surgimento de novas variantes, com potencial de maior transmissibilidade. Mutações do vírus Sars-Cov-2 nestes cenários não só contribuem para acelerar a transmissão, como também pode reduzir e efetividade das vacinas.

De acordo com dados disponibilizados pela **Rede Genômica Fiocruz** sobre a frequência das principais linhagens do Sars-Cov-2 por mês de amostragem, foi demonstrado que a variante P.1 identificada no Brasil correspondia a 18,8% das amostras em dezembro de 2020. Em 2021 passou para 29,5% em janeiro, 55,8% em fevereiro, 84,9% em março e 91,8% em abril. Esta maior frequência coincidiu também com a redução dos níveis de isolamento que vêm sendo os mais baixos desde início da pandemia, como apontou matéria publicada pela Folha de S. Paulo em 17 de maio, com dados do **Datafolha**. No contexto de ampliação da variante B.1.617 identificada na Índia e que já se encontra presente em diversos países do mundo, incluindo o Brasil, há uma preocupação adicional de que a introdução e a presença de novas variantes de preocupação, combinadas com processos precoces de flexibilização das medidas não-farmacológicas por estados e municípios, e a redução dos níveis de isolamento contribuam para

novos cenários de aceleração de casos e óbitos combinadas com colapso do sistema de saúde.

Uma pandemia que cresce e se move rapidamente necessita de um sistema de enfrentamento rápido e coordenado nos níveis nacional, regional estadual e municipal – Dentre as lições aprendidas, constata-se que, de um modo geral, a resposta global envolveu um sistema lento e descoordenado para uma pandemia que cresce exponencialmente e se move rapidamente. Estes problemas foram ainda mais acentuados em países que vêm apresentando uma pior resposta à pandemia. No contexto atual torna-se fundamental que a melhoria do enfrentamento da pandemia não envolva atrasos, hesitações ou mesmo negações das evidências, de modo que as medidas não-farmacológicas para contenção ou bloqueio devem ser adotadas sempre que os sinais de mudanças nos cenários epidemiológicos e de capacidades de respostas do sistema de saúde exigirem, tendo como base o princípio de precaução, bem como as medidas necessárias para **fortalecer um sistema de saúde e profissionais de saúde que não estavam preparados para uma crise prolongada** como a atual.

Neste contexto, **esperar para ver o que vai acontecer não pode ser um método de tomada de decisões**, tornando-se absolutamente necessário mudar a lógica atual em que medidas mais restritivas são tomadas após a situação se tornar crítica e a crise se evidenciar. Ao mesmo tempo, um sistema coordenado nacionalmente e nos níveis regionais, estaduais e municipais é fundamental, pois não só o vírus circula, assim como infectados e doentes em aviões, trens, ônibus e metrô. Neste processo, municípios e/ou estados que adotam rigorosamente as necessárias medidas não-farmacológicas acabam tendo seus sistemas de saúde sobrecarregados por municípios ou estados que integram suas regiões e que negligenciam as medidas necessárias ou as flexibilizam precocemente.