



Ao analisar o conjunto de indicadores que têm sido adotados para o monitoramento e a avaliação da evolução da pandemia, em diferentes fases, é importante ter em consideração, para a formulação de políticas públicas e na implementação de ações, que os indicadores mostram um quadro heterogêneo no Brasil, que é extremamente desigual em vários níveis e inclusive nas condições de acesso à saúde. Esse é o destaque central do primeiro texto (*A iniquidade da pandemia: entre o iate e o remo, como escapamos todos?*), que traz a imagem da pandemia como uma tempestade, lembrando que não estão todos no mesmo barco.

Assim, qualquer discussão e decisão sobre o quadro atual e os possíveis cenários futuros terão de considerar que seus impactos não são iguais para todos, com muitos não só sofrendo ainda por algum tempo os riscos de infecção e agravamento (principalmente os que ainda não completaram o esquema vacinal), mas também os impactos da Covid Longa (principalmente para os grupos sociais e populacionais com piores condições sociais e econômicas). Neste contexto, mais do que nunca, as políticas públicas do Estado brasileiro precisam estar em consonância com o objetivo da Constituição de 1988 de redução das desigualdades sociais e promoção do bem de todos, bem como com os princípios do SUS de acesso universal à saúde, com equidade e integralidade nos cuidados.

Se no último **Boletim do Observatório Covid-19 Fiocruz** foi possível fazer uma análise geral da evolução da pandemia no Brasil¹, com diferentes fases, é importante destacar que nem todos os espaços geográficos, territórios e populações a viveriam ao mesmo tempo e com a mesma intensidade. Este quadro é revelado pelos indicadores de casos, internações e óbitos para Síndromes Respiratórias Agudas Graves e Covid-19, principalmente nos municípios mais distantes das capitais (o que inclui, em muitas situações, áreas e populações indígenas e quilombolas) e mais pobres, assim como nas favelas dos grandes centros urbanos. A desigualdade também se repetiu em termos de disponibilidade e acesso aos leitos UTI para Covid-19, uma vez que a distribuição dos recursos, desde o

início da pandemia, se deu de modo bastante desigual².

Embora o cenário geral seja bastante promissor, tanto pela tendência de queda dos principais indicadores como pelo avanço na cobertura vacinal, além da chegada de medicamentos para o tratamento da Covid-19, é importante sublinhar que **a pandemia ainda não acabou**. Assim, torna-se fundamental a combinação de políticas, estratégias e ações para a proteção da saúde da população, principalmente para os grupos que estão mais expostos e vulneráveis.

Dentre os mais expostos se destacam todos aqueles adultos que não completaram o esquema vacinal, como também, e principalmente, as crianças e adolescentes, tanto nos grandes centros urbanos como nos municípios menores e mais pobres, onde a cobertura vacinal para primeira e segunda doses chega a ser 20% menor³. Isto exige combinar políticas de combate às *fake news* com busca ativa dos não vacinados pela Atenção Primária à Saúde e outras estratégias de ampliação de horário das unidades de Saúde, com campanhas de vacinação nas escolas, atingindo crianças, pais e professores. Além da busca ativa e maior oferta de possibilidades de vacinação, políticas públicas que considerem o “passaporte de vacina” nos locais de trabalho, para trabalhadores de empresas privadas e públicas, e motoristas de transporte de pessoas, como ônibus, táxis e aplicativos, devem ser avaliadas.

Por fim, este **Boletim** também recomenda que, enquanto o país caminha para níveis ótimos de cobertura vacinal, medidas de distanciamento físico, uso de máscaras e higienização das mãos sejam mantidas, mesmo em ambientes abertos onde possa ocorrer maior concentração e aglomeração de pessoas – o que, embora não seja desejável, poderá ocorrer durante o Carnaval. E que festas privadas ou bailes em casas de festas, clubes ou outros ambientes só sejam realizadas sob exigência do comprovante de vacinação.

Certamente que **este Carnaval não vai ser igual àquele que passou, mas a pandemia ainda não acabou** e cuidados e proteção continuam necessários.

1. <https://portal.fiocruz.br/noticia/covid-19-balanco-de-dois-anos-da-pandemia-aponta-vacinacao-como-prioridade>

2. Nota técnica: Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de COVID19. Disponível em:

<https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-limites-e-possibilidades-dos-municipios-brasileiros-para-o-enfrentamento-dos>

3. Nota técnica: Desigualdades na vacinação contra Covid-19. Disponível em: https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_23.pdf

A iniquidade da pandemia: entre o iate e o remo, como escapamos todos?



Banksy, *We're Not All In The Same Boat* (Não Estamos Todos No Mesmo Barco), grafite sobre muro em Calais, França, 2015, apropriando-se de *A Jangada da Medusa*, de Théodore Géricault / Museu do Louvre, Paris, França.

O escritor Damian Barr, membro da Royal Society of Arts, da Inglaterra, a respeito da pandemia, disse: “Não estamos todos no mesmo barco. Estamos todos na mesma tempestade. Alguns estão em super-iatas. Alguns tem apenas um remo”. Ainda que o poema que deu origem a este trecho seja uma ode ao não julgamento dos outros, ele expõe um cenário rotineiro na descrição da pandemia no mundo, seja qual for a escala: nenhum lugar é igual a outro. A comparação da dinâmica da pandemia entre lugares não é tarefa simples. Mas necessária. Ela aponta principalmente as diferentes formas de enfrentamento da pandemia, que alteram o curso da história natural da Covid-19 em variadas escalas de análise.

O Brasil é um país continental. Ele reúne mais de 5,6 mil municípios, que apresentam uma grande heterogeneidade, criada por diferenças estruturais, demográficas, geográficas, políticas e sociais. Em razão desta realidade, na Constituição de 1988 são destacados como objetivos fundamentais de um projeto de nação o de se construir uma “sociedade justa e solidária” e um “desenvolvimento nacional combinado com erradicação da pobreza, redução das desigualdades sociais e promoção do bem de todos”. As políticas públicas devem ser pautadas nestes objetivos fundamentais, de modo que devem ser criadas na tentativa de reduzir o impacto das desigualdades estruturais presentes na formação social brasileira. A política de saúde, neste contexto, não foge à regra. Princípios doutrinários como a universalidade do acesso e a hierarquização dos níveis de atenção operam em paralelo a princípios fundamentais de equidade e a regionalização. Por tudo isso, pode-se dizer que o enfrentamento da pandemia deve considerar o panorama geral do país e igualmente estar atento a perfis absolutamente heterogêneos e desiguais quando se amplia o campo de visão ao nível subnacional.

A título de exemplo, foram selecionados os indicadores de casos, óbitos e cobertura vacinal do Brasil e quatro estados: Pará, Maranhão, São Paulo e Rio Grande do Sul. As duas primeiras unidades da Federação pertencem territorialmente ao Norte e Nordeste brasileiros e têm história conhecida de maior popula-

ção em níveis de pobreza, maior nível de desigualdade social e menor IDH. São Paulo e Rio Grande do Sul pertencem ao Sudeste e Sul, regiões conhecidas por indicadores com níveis mais favoráveis de riqueza, urbanização e facilidade de acesso a equipamentos sociais e serviços de saúde.

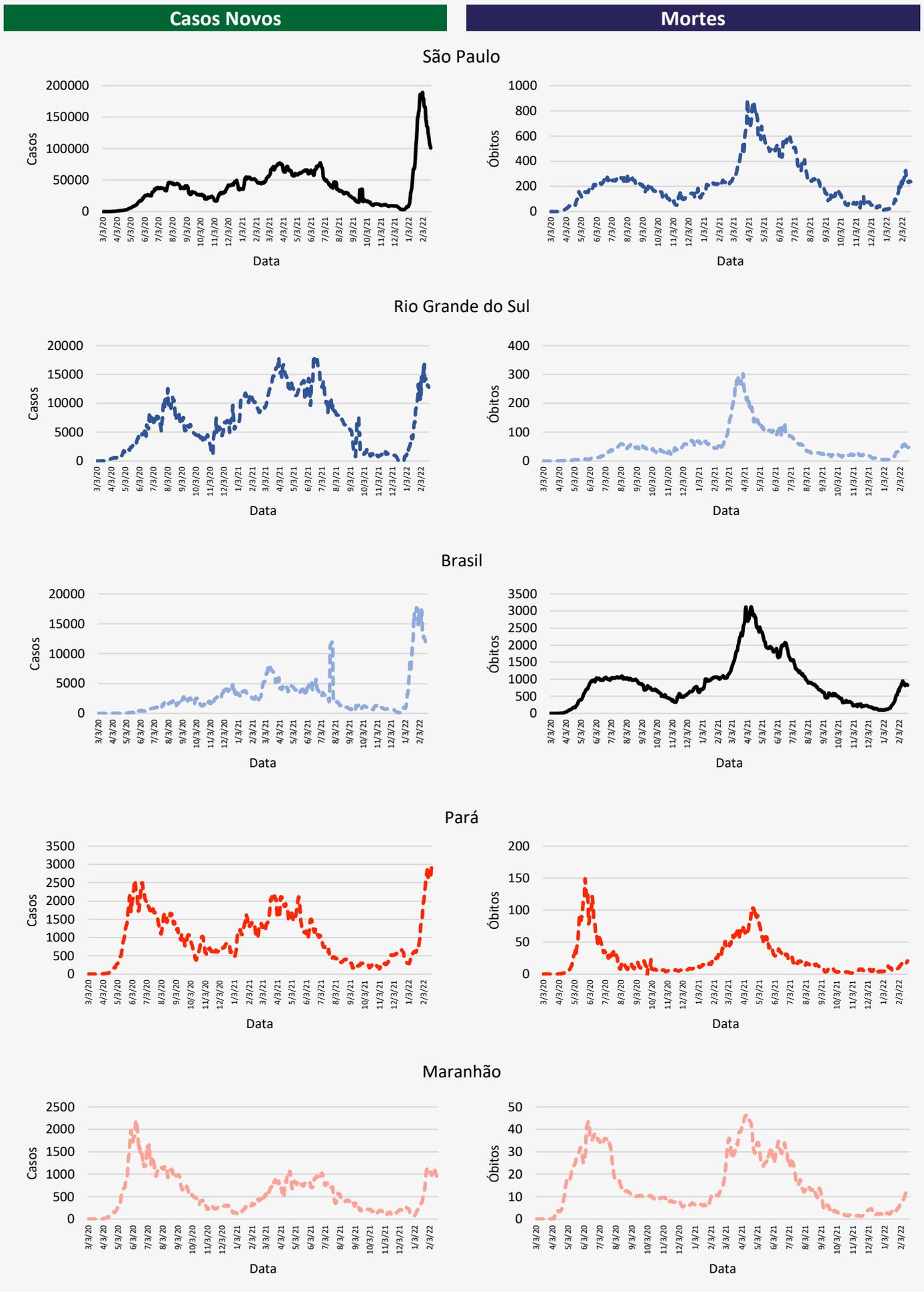
A diferença entre eles é notável (figura 1). O indicador de casos novos em nível Brasil mostra que o país ultrapassou há algumas semanas o pico da onda provocada possivelmente pela introdução da variante Ômicron. A tendência acompanha os estados de São Paulo e Rio Grande do Sul que, vale mencionar, têm volume notadamente maior que outras unidades da Federação. Desta forma, o padrão apresentado pela curva brasileira é bastante influenciado por esses estados. No entanto, um olhar cuidadoso sobre o Pará mostra que, aparentemente, o estado ainda não chegou ao pico da curva. O Maranhão, por sua vez, apresenta um platô do que pode representar um pico, ainda com incertezas sobre esse comportamento.

Situação semelhante ocorre para os óbitos. Em que pese o fato de que o comportamento da mortalidade tem uma defasagem em comparação à curva dos casos novos, não se pode deixar de notar que a curva de mortes no Brasil parece entrar numa fase de estabilidade e, caso siga a tendência de fases anteriores, tenderá ao declínio nas próximas semanas. Esta tendência é percebida igualmente para São Paulo e Rio Grande do Sul, mas não no Pará e no Maranhão, onde a curva ainda parece ascendente. É equivocado, portanto, pensar em estratégias homogêneas de recuo na provisão de leitos e insumos para unidades de média e alta complexidade, assim como reduzir a indução da testagem em massa e o desincentivo ao uso de máscaras no país como um todo.

A situação da vacinação não é diferente. Análise anterior¹ já evidenciou a enorme desigualdade da cobertura vacinal contra a Covid-19 nos estados. O que se observa (figura 2) é que, de forma sistemática, São Paulo e Rio Grande do Sul estiveram acima da média nacional em todo o período desde o início da vacinação, em oposição a Pará e Maranhão, que se mantiveram abaixo do nível brasileiro igualmente em todo o período. É impor-

1. Como superar a estagnação da curva de cobertura vacinal de primeira dose contra covid-19 no Brasil? Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3380>

FIGURA 1 - SÉRIES HISTÓRICAS DE CASOS NOVOS E ÓBITOS DIÁRIOS EM ESTADOS SELECIONADOS. BRASIL, 2020-2022



Fonte: eSUS notifica, 2022

tante ressaltar que o Pará, particularmente, apresentou períodos de crescimento nulo ao longo do período (para primeira e segunda doses), assim como o Rio Grande do Sul ao final de 2021 (para dose de reforço), sugerindo a irregularidade da disponibilidade da vacina para a população desses locais. A diferença aumenta gradativamente a cada dose e a diferença entre as unidades da Federação para a dose de reforço ratifica as

enormes diferenças entre os estados.

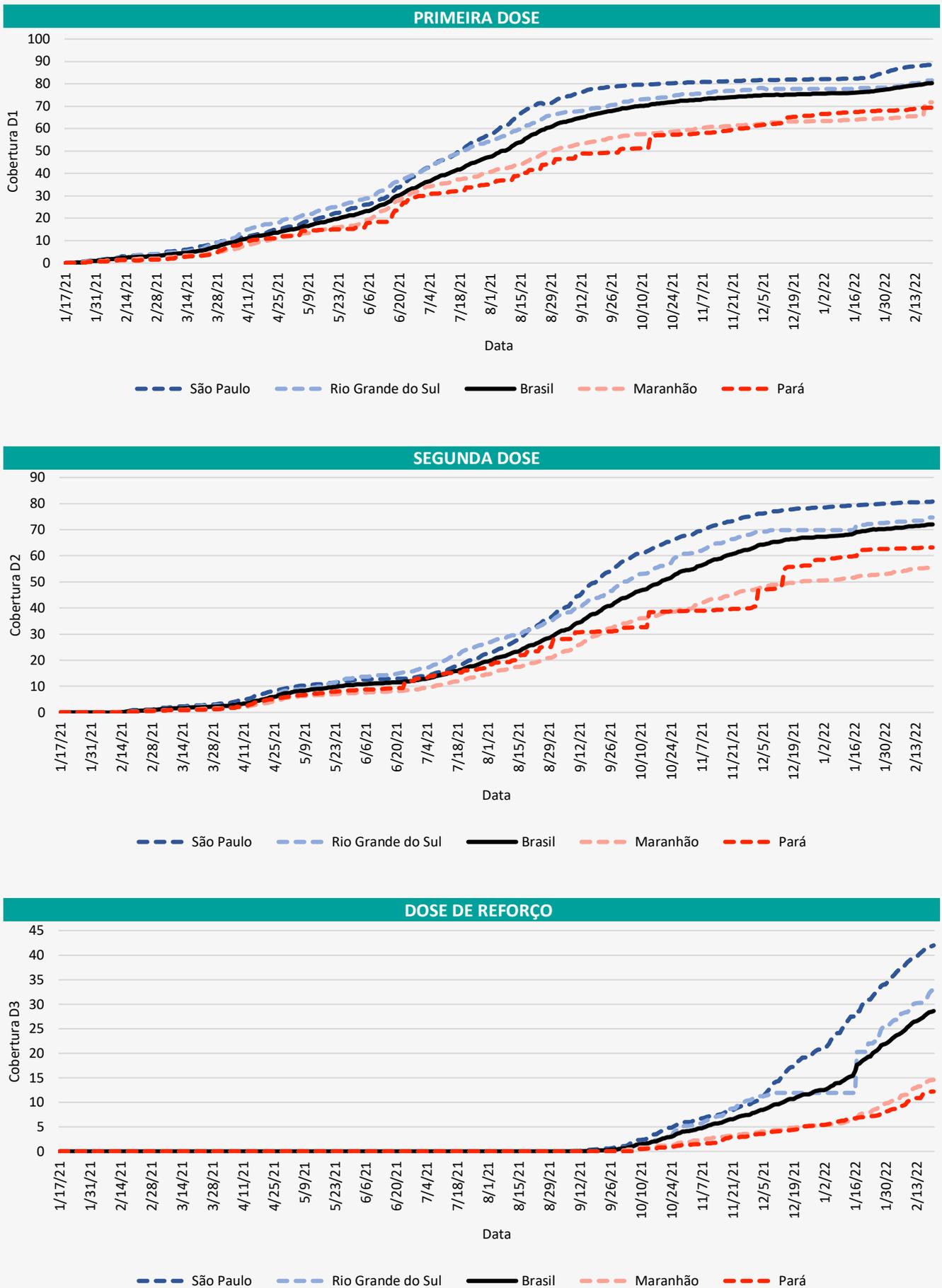
De fato, não estamos todos no mesmo barco. A pandemia evidenciou – e acentuou – desigualdades estruturais do país. A coexistência de no mínimo dois Brasis, um do Norte e outro do Sul, é destacada na análise comparativa. A mesma relação é estabelecida em escalas estaduais e eventualmente municipais. A política de saúde brasileira, no limite, deve garantir recursos universais,

mas proporcionais ao nível de desvantagem relativa aos entes federativos. Não é possível pensar na mitigação da pandemia no Brasil como um todo utilizando indicadores globais do país sem um olhar atento para outras escalas. Enquanto houver descontrole dos indicadores em um único município a pandemia não terminará.

À mesma maneira que descreve as desigualdades da pandemia, Barr encerra seu poema, que traduz não apenas a esperan-

ça de dias melhores, mas uma mensagem que deve ser refletida nas políticas públicas do país: “Estamos passando por um momento em que nossas percepções e necessidades são completamente diferentes. E cada um emergirá, à sua maneira, desta tempestade. (...) Estamos em navios diferentes procurando sobreviver. Que cada um percorra seu caminho com respeito, empatia e responsabilidade”.

FIGURA 2 - SÉRIES HISTÓRICAS DE COBERTURA VACINAL SEGUNDO DOSE EM ESTADOS SELECIONADOS. BRASIL, 2020-2022



Casos e óbitos por Covid-19

Os dados registrados nas duas últimas semanas epidemiológicas (6 a 19 de fevereiro) mostram a diminuição do número de casos de Covid-19, no entanto com a permanência de valores ainda altos de óbitos. Foi registrada uma média de 120 mil casos diários, representando um decréscimo de 0,3% em relação às duas semanas anteriores (23 de janeiro a 5 de fevereiro). Por outro lado, houve um ligeiro aumento no número de óbitos no mesmo período. Foi registrada uma média diária de 860 óbitos, cerca de 0,2 % acima dos valores das semanas anteriores. É importante ressaltar que a tendências das curvas de casos e de óbitos são defasadas em alguns dias, devido à dinâmica da própria doença. Ao longo de 2021, essa defasagem era de uma semana e, nas primeiras semanas de 2022, 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 com a predominância da variante Ômicron e da efetividade das campanhas de vacinação em curso no país.

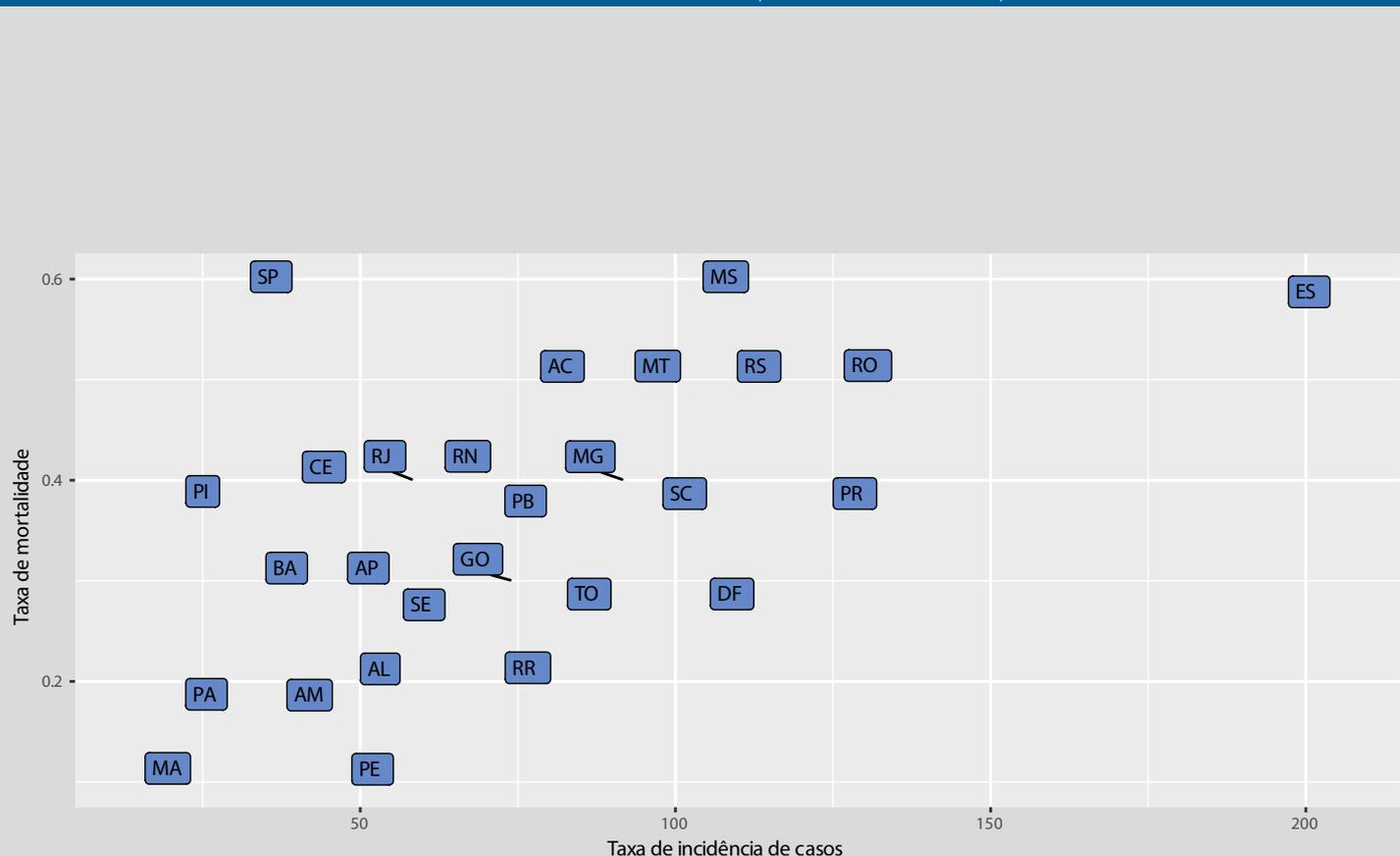
Apesar das dificuldades de acesso a dados de teste (muitos estados não apresentam dados recentes), percebe-se uma ligeira redução no índice de positividade dos testes, isto é, a proporção dos testes de diagnóstico por RT-PCR realizados que apresentam resultados positivos. Portanto, se espera para as próximas semanas uma redução também dos indicadores que mais preocupam a população e os serviços de saúde: a mortalidade e a internação em UTI por Covid-19. 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).

A evolução dos indicadores de transmissão da Covid-19 vem se alterando em todo o mundo e o novo quadro epidemiológico é atribuído à circulação rápida e muito contagiosa da variante Ômicron em meio a uma grande parcela da população imunizada. Nesse sentido, se percebe uma alta taxa de incidência de Covid-19 na Europa, Sudeste Asiático, Américas do Sul e do Norte, mas uma maior letalidade da doença em países com baixa cobertura de vacinação, como alguns países da Europa Oriental, principalmente na região dos Balcãs, nos EUA, no México e em quase a totalidade do continente africano, regiões que vêm enfrentando problemas nas campanhas de vacinação. De fato, a taxa de letalidade por Covid-19 no Brasil alcançou valores baixos e compatíveis com os padrões internacionais, de cerca de 0,8%, após vários meses oscilando entre 2% e 3%. Essa redução se deve principalmente à vacinação de grande parte da população alvo no país. A ampliação da vacinação, atingindo regiões com baixa cobertura (ver nota técnica¹), e doses de reforço em grupos populacionais mais vulneráveis podem reduzir ainda mais os impactos da pandemia sobre a mortalidade e internações.

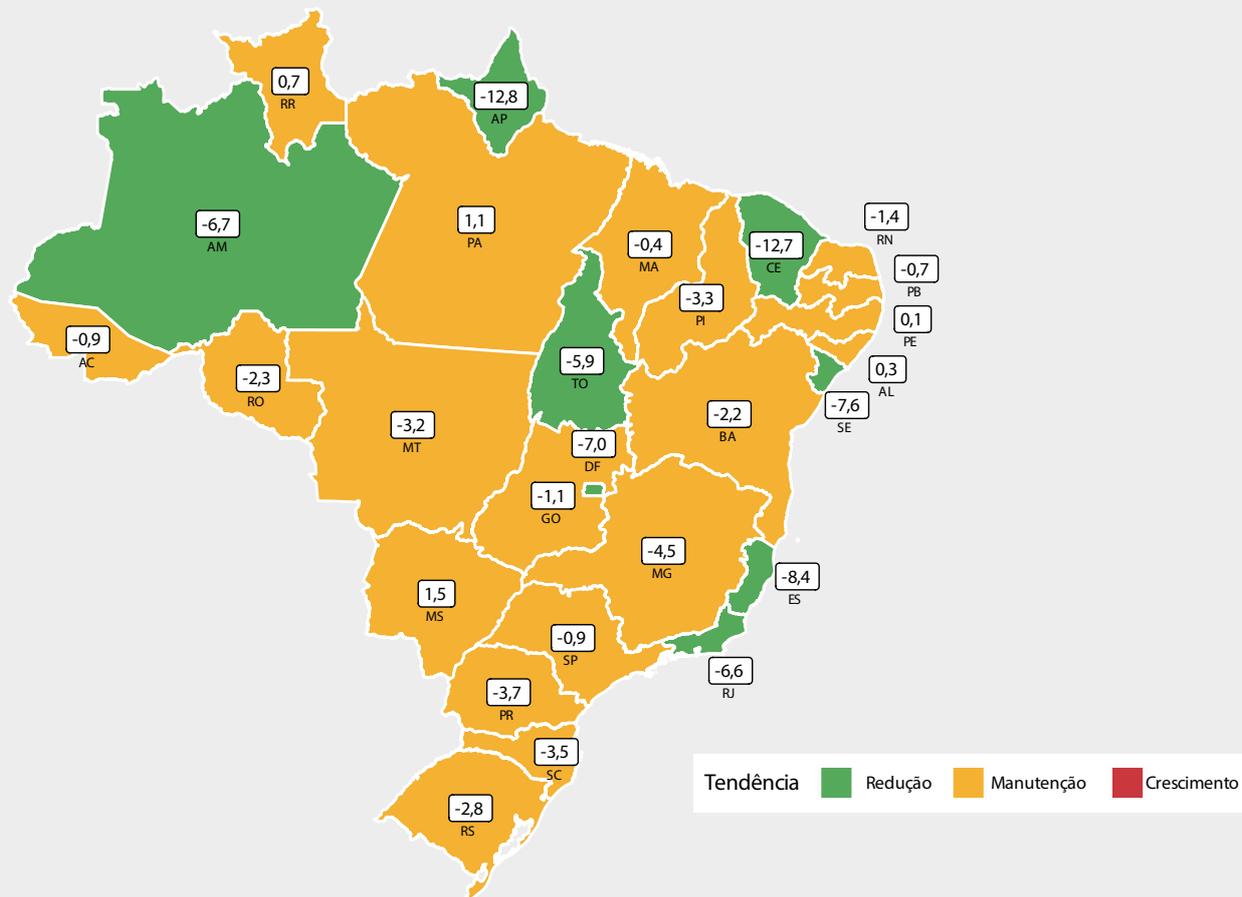
Como nas demais ondas epidêmicas da Covid-19, o espalhamento do vírus no território nacional se dá de forma desigual em direção ao interior, cidades remotas e áreas rurais. A combinação desses dois novos aspectos é preocupante. Ao mesmo tempo em que começam a cair os indicadores de transmissão nas capitais e regiões metropolitanas, a difusão do vírus em direção a regiões com baixa cobertura de vacinação e precária infraestrutura de serviços de saúde pode gerar quadros epidemiológicos perigosos, com um aumento de casos graves e mesmo óbitos nas próximas semanas.

1. Desigualdades na vacinação contra Covid-19. https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_23.pdf

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

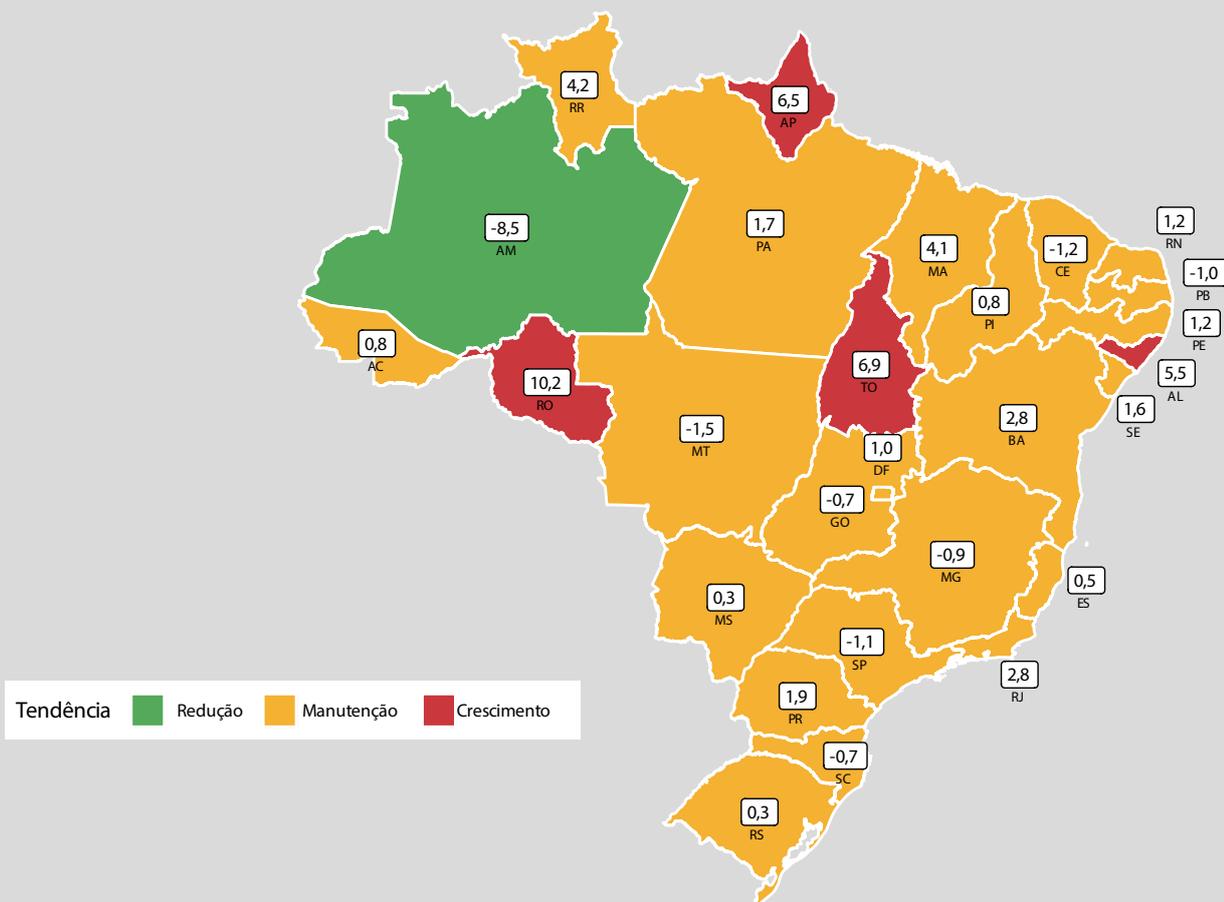


TENDÊNCIA DE INCIDÊNCIA DE COVID-19 - CRESCIMENTO MÉDIO DIÁRIO DO NÚMERO DE CASOS (%) NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS



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		↔ -2,3		↑ 10,2	125,2	0,5
Norte	Acre		↔ -0,9		↔ 0,8	87,1	0,5
Norte	Amazonas		↓ -6,7		↓ -8,5	47,2	0,2
Norte	Roraima		↔ 0,7		↔ 4,2	71,4	0,2
Norte	Pará		↔ 1,1		↔ 1,7	30,5	0,2
Norte	Amapá		↓ -12,8		↑ 6,5	46,4	0,3
Norte	Tocantins		↓ -5,9		↑ 6,9	81,3	0,3
Nordeste	Maranhão		↔ -0,4		↔ 4,1	14,3	0,1
Nordeste	Piauí		↔ -3,3		↔ 0,8	29,3	0,4
Nordeste	Ceará		↓ -12,7		↔ -1,2	49,3	0,4
Nordeste	Rio Grande do Norte		↔ -1,4		↔ 1,2	62,9	0,4
Nordeste	Paraíba		↔ -0,7		↔ -1,0	81,1	0,4
Nordeste	Pernambuco		↔ 0,1		↔ 1,2	47,1	0,1
Nordeste	Alagoas		↔ 0,3		↑ 5,5	48,4	0,2
Nordeste	Sergipe		↓ -7,6		↔ 1,6	58,5	0,3
Nordeste	Bahia		↔ -2,2		↔ 2,8	43,2	0,3
Sudeste	Minas Gerais		↔ -4,5		↔ -0,9	91,9	0,4
Sudeste	Espírito Santo		↓ -8,4		↔ 0,5	205,4	0,6
Sudeste	Rio de Janeiro		↓ -6,6		↔ 2,8	58,5	0,4
Sudeste	São Paulo		↔ -0,9		↔ -1,1	31,0	0,6
Sul	Paraná		↔ -3,7		↔ 1,9	133,5	0,4
Sul	Santa Catarina		↔ -3,5		↔ -0,7	96,4	0,4
Sul	Rio Grande do Sul		↔ -2,8		↔ 0,3	118,3	0,5
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul		↔ 1,5		↔ 0,3	102,8	0,6
Centro-Oeste	Mato Grosso		↔ -3,2		↔ -1,5	92,0	0,5
Centro-Oeste	Goiás		↔ -1,1		↔ -0,7	74,2	0,3
Centro-Oeste	Distrito Federal		↓ -7,0		↔ 1,0	114,0	0,3

Níveis de atividade e incidência de SRAG

O quadro de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) no Brasil, analisado com dados até a Semana Epidemiológica 7 (19/2), aponta para um declínio no número de casos. A taxa nacional de incidência atualmente se encontra estimada pouco abaixo de 5 casos por 100 mil habitantes na média móvel (Infogripe/Fiocruz). Os indicadores relacionados às SRAG têm sido bastante importantes desde o início da pandemia por concentrarem os casos de hospitalização e óbito, uma vez que a proporção de casos de SRAG com confirmação de Sars-CoV-2 chega a exceder 95% do total de casos positivos desde o início da pandemia e acima de 90% nas últimas quatro semanas. A redução atual deve-se por múltiplos fatores, dentre os quais o fato de terem ocorrido muitos casos de Covid-19 pela variante Ômicron, em circulação no momento, e pela vacinação, além de outros fatores.

De forma muito similar ao cenário nacional, a grande maioria dos estados apresenta tendência clara de redução de casos SRAG, ao se analisar as últimas semanas epidemiológicas. Apenas no Piauí e Acre se observou uma tendência de aumento da incidência de SRAG. Em Rondônia, Roraima e Amapá as taxas se encontram em estabilidade. Nos demais estados se observa tendência de diminuição. Contudo, vale acrescentar

que as taxas de incidência de SRAG ainda são altas de forma geral. No Acre, Roraima, Minas Gerais, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Sergipe, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal tais taxas excedem 5 casos por 100 mil habitantes. Nos demais estados as taxas são inferiores, mas ainda excedem 1 caso por 100 mil habitantes, com a exceção do Maranhão, onde se estima 0,8 casos por 100 mil habitantes. Portanto, será importante manter a tendência de redução nas próximas semanas.

O balanço geral é bastante positivo. Entretanto, deve-se permanecer em alerta com as atividades da vigilância para monitorar as próximas semanas. Mesmo diante de um cenário de redução, os indicadores ainda são altos, de modo que muitas pessoas em situação de vulnerabilidade encontram-se em risco, diante de um evento de infecção, para uma possível evolução para caso grave. Portanto, é importante aumentar as coberturas vacinais com o esquema completo com duas doses de vacina ou dose única e avançar também com a dose de reforço para as pessoas elegíveis. As vacinas são bastante efetivas para a prevenção de casos graves de Covid-19.

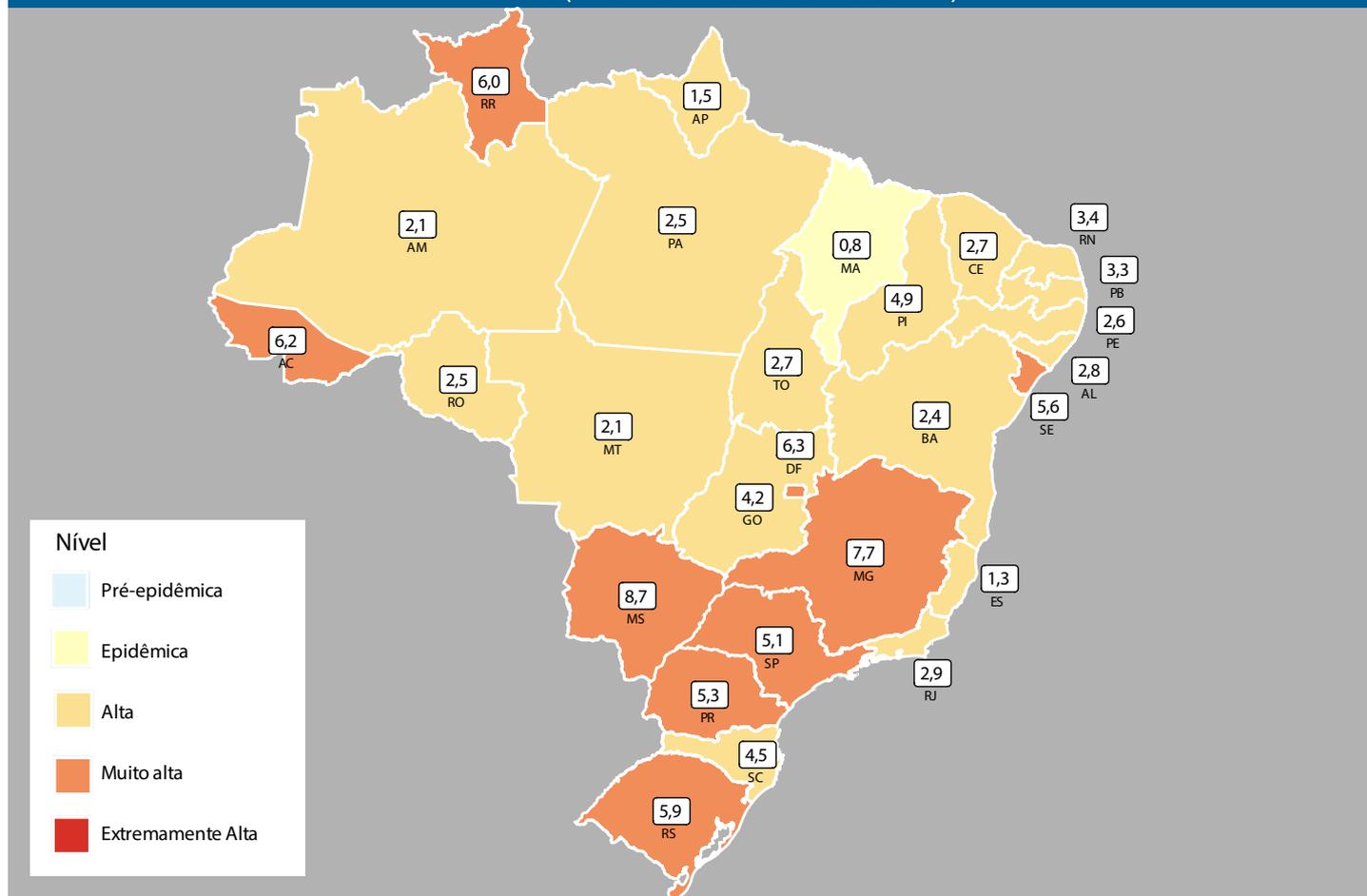
As estimativas de incidência de SRAG são realizadas no projeto Infogripe (PROCC/Fiocruz), por meio de técnica de *nowcasting* em modelo estatístico, com dados do Sivep-Gripe.

NÍVEIS DE ATIVIDADE E INCIDÊNCIA DE SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS GRAVES (SRAG)

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

Observatório Covid-19 | Fiocruz

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



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Perfil demográfico

A pandemia por Covid-19, ao contrário das emergências de saúde pública que a antecederam, foi inteiramente monitorada, descrita e comunicada diariamente à população, graças às ferramentas da epidemiologia e do jornalismo de dados. A elas foi somada a análise demográfica, uma abordagem importante considerando os diferenciais por idade das circunstâncias de agravamento da doença, que requereram internações clínicas, de terapia intensiva e, eventualmente, levaram quase 650 mil pessoas à morte. Aspectos como o comportamento social e as intervenções diferenciadas de saúde pública marcaram as diferenças entre estes grupos – crianças, adultos jovens e idosos. A onda caracterizada pela explosão de casos novos vivida no Brasil desde o final de 2021, e que ainda persiste em alguns locais do país, ocorreu em um cenário de um tímido avanço na vacinação de reforço entre idosos, assim como o início da vacinação de crianças de 5 a 11 anos cerca de 30 dias após o uso da vacina ser recomendado pela Anvisa. É importante, portanto, descrever o comportamento de internações e óbitos ao longo desta fase da pandemia no Brasil.

A transmissão comunitária da variante Ômicron fez crescer o número de casos em níveis impressionantes desde o fim de dezembro de 2021, ainda com repercussão agora. A análise atual compreende este período, incluindo dados entre a Semana Epidemiológica (SE) 50/2021 (12 a 18 de dezembro de 2021) até a SE 6/2022 (6 a 12 de fevereiro de 2022)¹. O que se observa é que a idade média das internações, assim como a mediana de idade, seja em leitos clínicos ou em terapia intensiva, segue crescendo ao longo das últimas semanas. Fenômeno semelhante ocorre com os óbitos, cujos indicadores de idade são sistematicamente mais altos que das internações. Na SE 6/2021, metade das internações ocorreu em pessoas entre 71

anos (leitos clínicos) e 72 anos (UTI). Sobre os óbitos, metade dos eventos ocorreu em pessoas com no mínimo 78 anos (figura 1). Esta evidência reforça a ideia de que a população, principalmente a mais longeva, possui maior vulnerabilidade às formas graves e fatais da Covid-19.

O deslocamento da curva de distribuição das internações e óbitos é notável. À medida em que a onda provocada pela transmissão comunitária da variante Ômicron crescia em número de casos novos – e, conseqüentemente, em número de internações – observou-se também um padrão cada vez mais envelhecido, semana após semana, das formas graves da doença (figura 2).

Houve, neste sentido, uma completa reversão do processo de rejuvenescimento experimentado ao longo do primeiro semestre de 2021, resultado do efeito protetor da vacina atingindo de forma mais homogênea toda a população. A este respeito, é importante mencionar que a variabilidade em torno da idade média aumentou durante essa fase da pandemia. Isto significa que, ao mesmo tempo em que casos graves e fatais ficam 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 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.

1. A análise inclui dados até a semana epidemiológica 6/2022. Os dados da semana epidemiológica 7 ainda se encontram em processamento, pois muitos casos permanecem abertos, ainda em investigação e/ou tratamento hospitalar (portanto, sem desfecho).

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

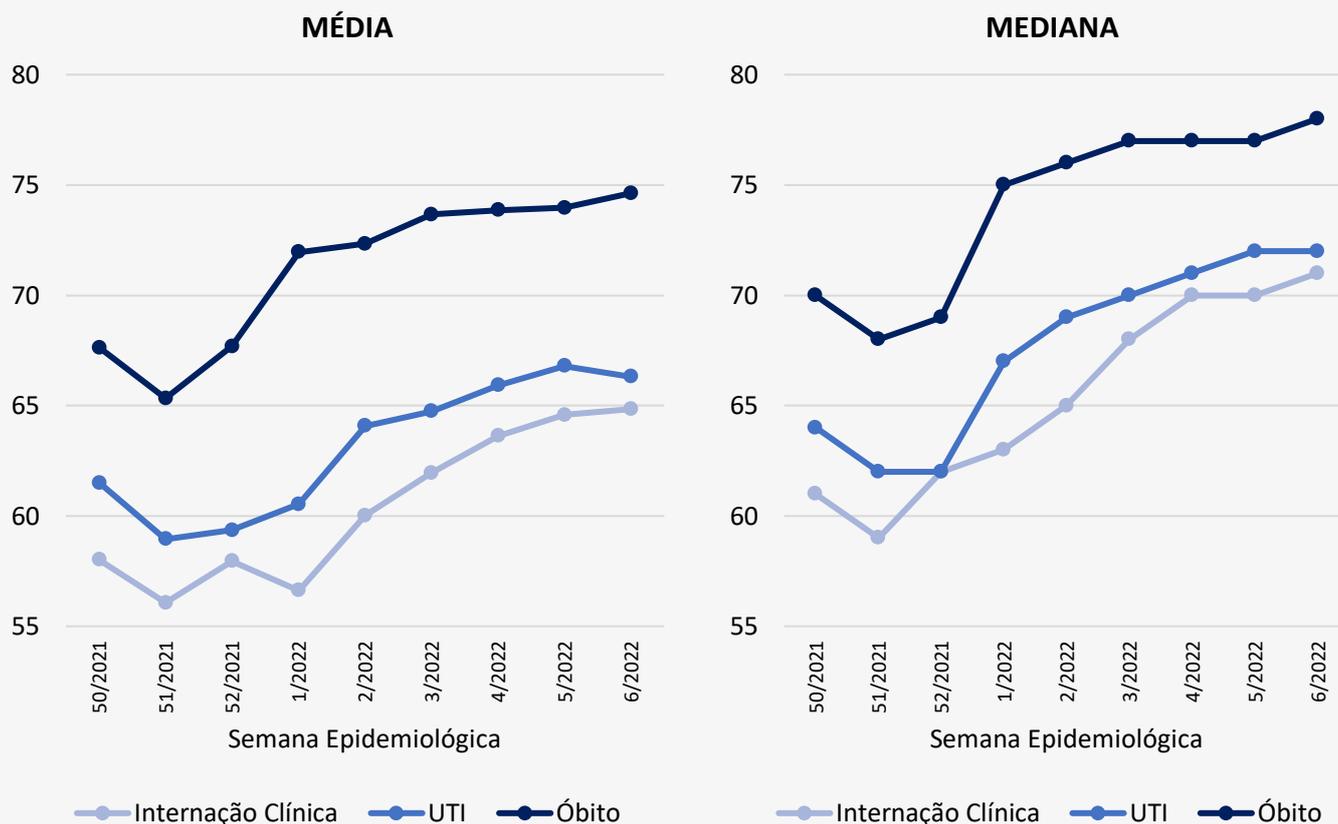
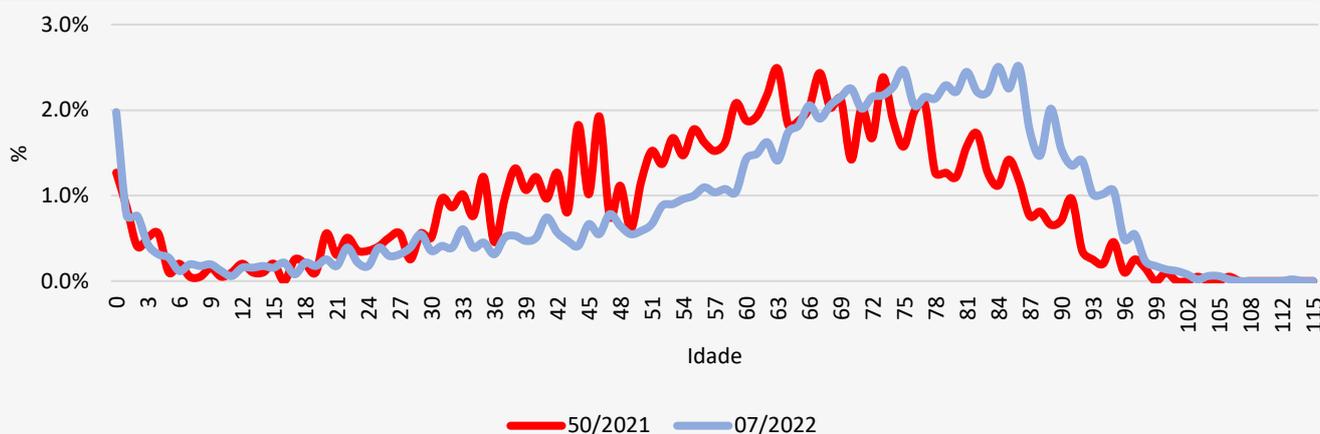
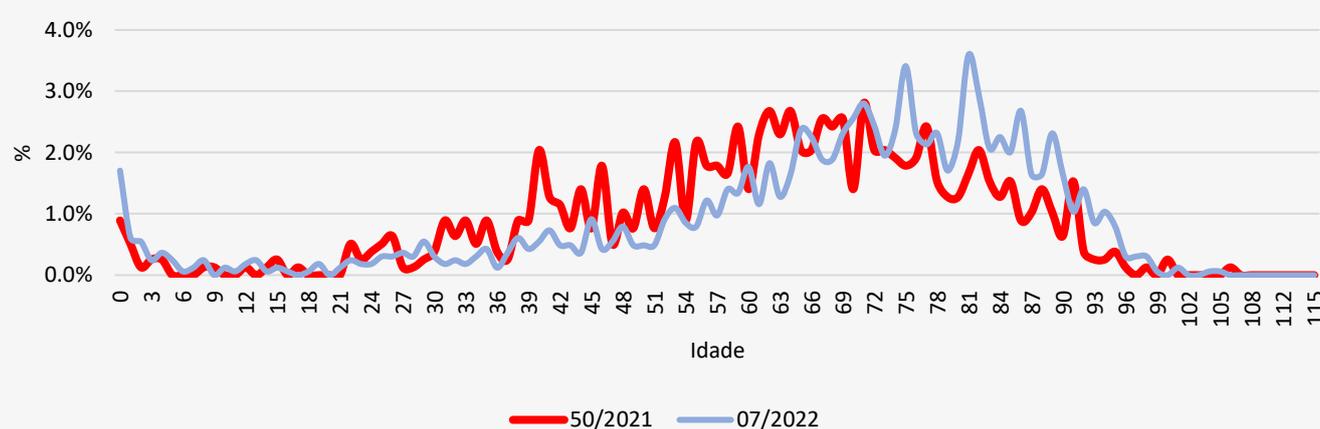


FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICAS, INTERNAÇÕES EM UTI E ÓBITOS POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2022

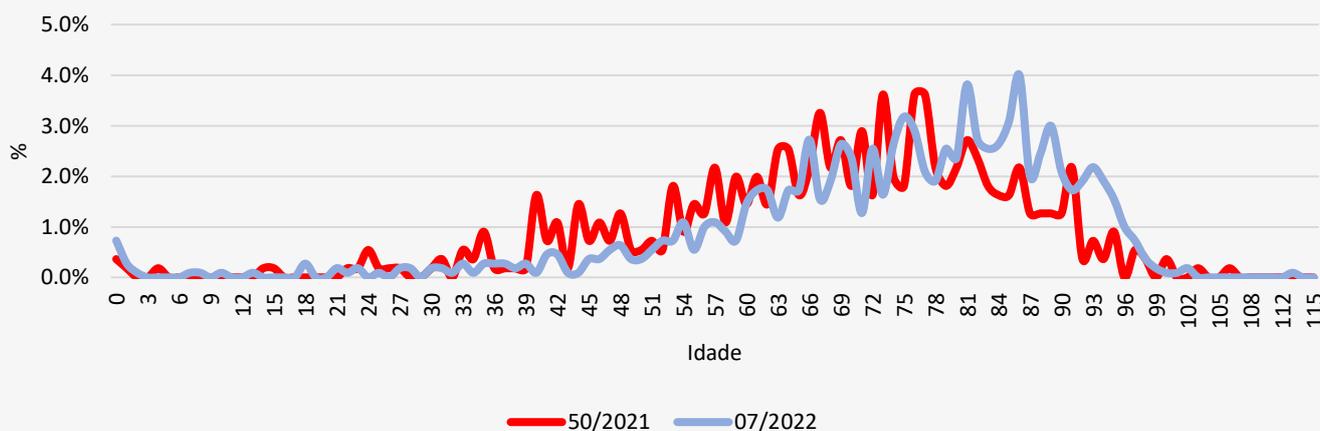
INTERNAÇÕES CLÍNICAS



INTERNAÇÕES EM UTI



ÓBITOS



Fonte: Sivep-Gripe, 2022

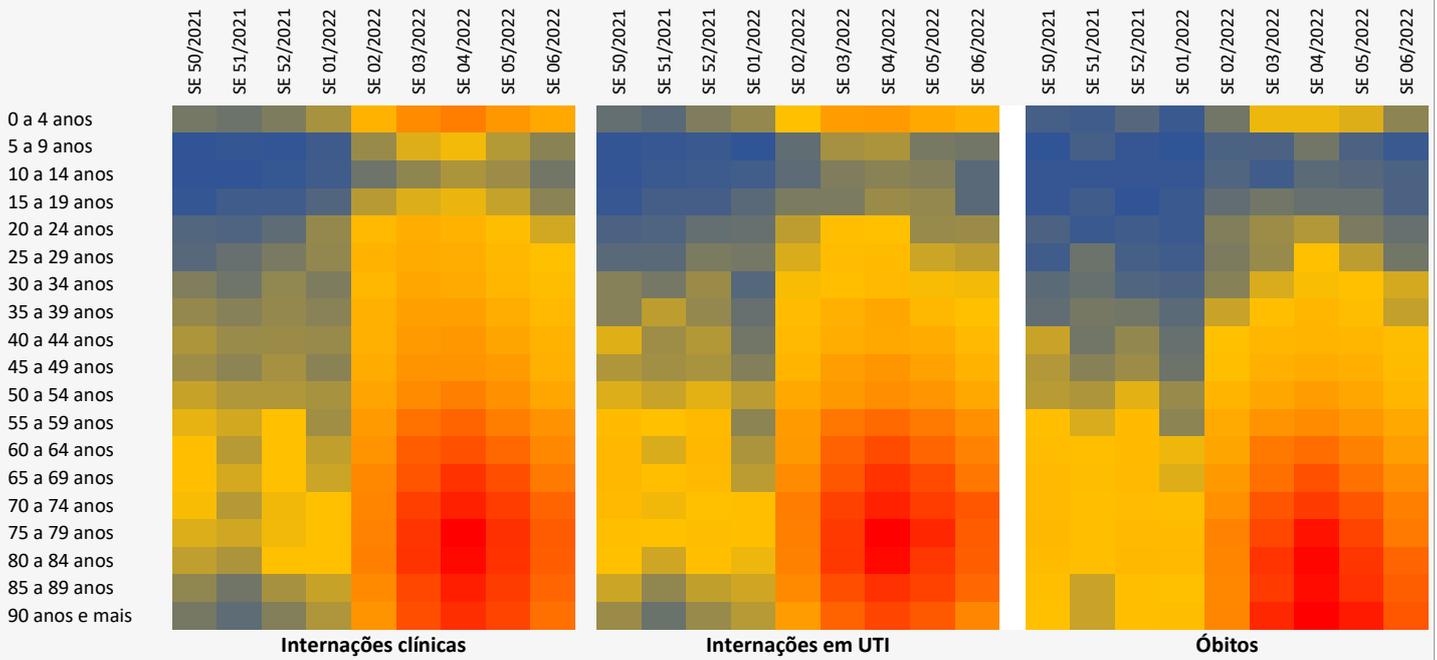
Se os adultos – e principalmente os idosos – têm enorme contribuição relativa nas internações e óbitos, devido à concomitância de comorbidades e da própria imunosenescência, as crianças representam uma preocupação para o enfrentamento da pandemia. Trata-se de um grupo com intensa interação social com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

Finalmente, pode-se dizer que o ponto de mudança da Covid-19 de pandemia para endemia será definido a partir de muitos indicadores, e um deles é a letalidade. Quando a ocorrência de formas graves que requerem internação seja suficientemente pequena para gerar poucos óbitos e não criar pressão sobre o sistema de saúde, saberemos que se trata de uma

doença para a qual é possível assumir ações de médio e longo prazos sem precisar contar com estratégias de resposta rápida. O que se observa, para a letalidade hospitalar (probabilidade de morte entre aqueles que demandaram por internações), é uma tendência de queda nas duas últimas semanas, independentemente do grupo etário (figura 5). Convém mencionar ainda que há um gradiente na relação entre a letalidade e a idade. Ou seja, a letalidade hospitalar cresce à medida em que progride a idade dos grupos etários.

A ocorrência de internações tem sido, portanto, consistentemente maior entre idosos, quando comparado aos adultos. No entanto, crescem em níveis preocupantes as internações entre crianças. Vale mencionar que a internação entre crianças é maior no grupo entre 0 e 4 anos, que ainda não está incluído na população elegível para a vacinação. 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.

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



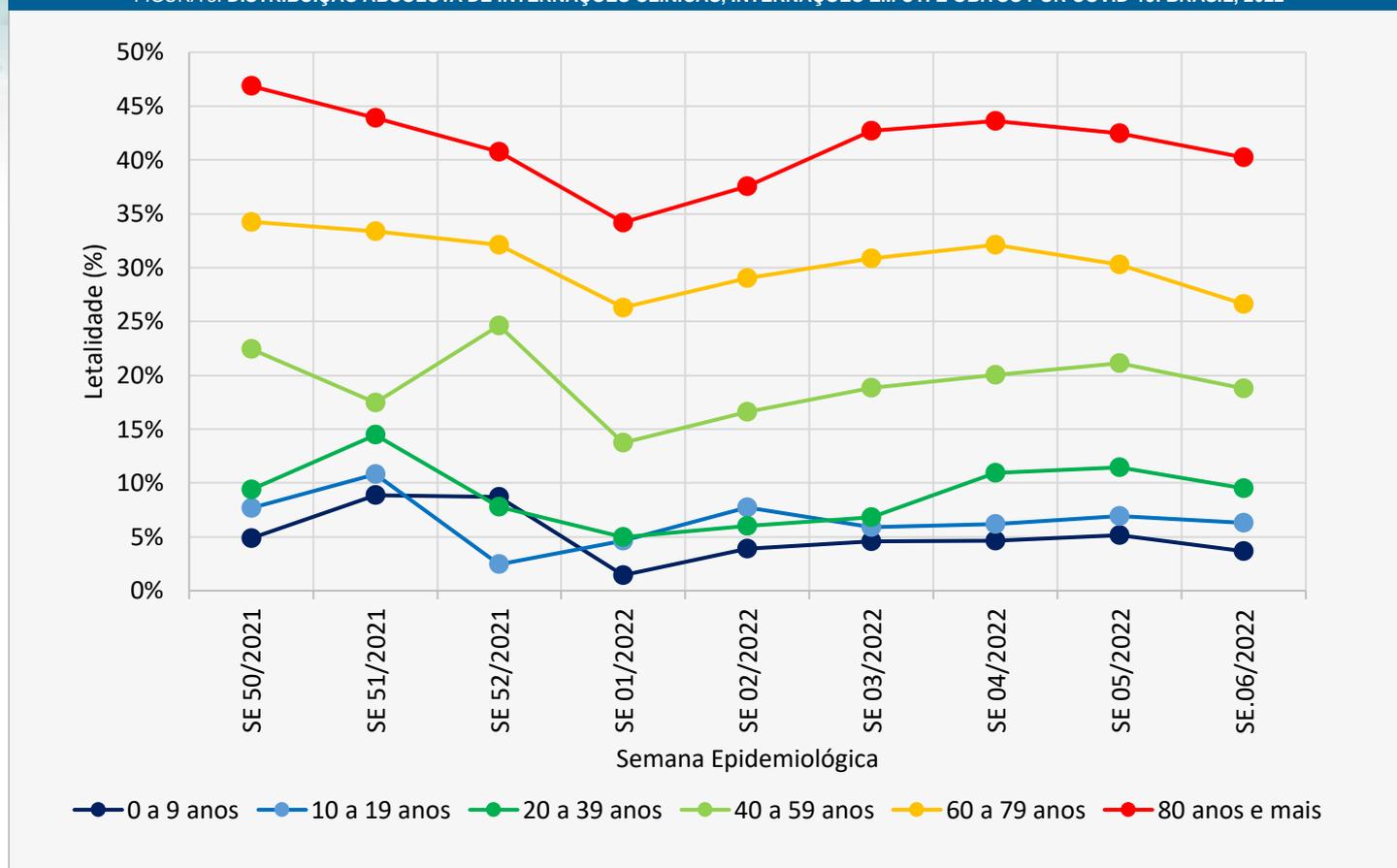
Fonte: SIVEP-Gripe, 2022

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



Fonte: SIVEP-Gripe, 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

Os dados relativos às taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos no SUS obtidos na noite de 21 de fevereiro confirmam a tendência de melhora no indicador verificada na semana anterior. Das quatro unidades federativas que se encontravam na zona crítica (taxas iguais ou superiores a 80%) em 14 de fevereiro, o Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal permanecem nessa condição. Embora o Mato Grosso do Sul tenha apresentado queda (85% para 82%), não foi suficiente para sair da zona de alerta crítico e o Distrito Federal mantém-se com uma taxa de 100%. Pernambuco passou à zona de alerta intermediário (taxas iguais ou superiores a 60% e inferiores a 80%) e o Rio Grande do Norte apresentou queda bastante expressiva, saindo da zona crítica para fora da zona de alerta (taxas inferiores a 60%).

Em 17 estados as taxas caíram pelo menos cinco pontos percentuais: Amazonas (54% para 32%), Pará (63% para 49%), Amapá (44% para 37%), Rondônia (74% para 59%), Mato Grosso (72% para 63%), Maranhão (47% para 38%), Piauí (77% para 68%), Rio Grande do Norte (80% para 49%), Paraíba (59% para 48%), Pernambuco (81% para 68%), Alagoas (60% para 40%), Bahia (70% para 58%), Espírito Santo (79% para 72%), Rio de Janeiro (52% para 46%), São Paulo (66% para 57%), Minas Gerais (39% para 35%) e Santa Catarina (71% para 60%). Três estados apresentaram queda muito expressiva: Rio Grande do Norte (31 pontos percentuais), Amazonas (22 pontos percentuais) e Alagoas (20 pontos percentuais).

Na semana anterior, 14 estados estavam na zona de alerta intermediário, agora são dez nesta situação: Acre (60%), Tocantins (64%), Piauí (68%), Pernambuco (68%), Sergipe (78%), Espírito Santo (72%), Paraná (67%), Santa Catarina (60%), Mato Grosso (63%) e Goiás (72%).

Além dos oito estados que já estavam fora da zona de alerta na semana anterior, agora outros seis encontram-se nessa condição, totalizando 14: Amazonas (32%), Amapá (37%), Pará (49%), Rondônia (59%), Maranhão (38%), Ceará (58%), Rio Grande do Norte (49%), Paraíba (48%), Alagoas (40%), Bahia (58%), Minas Gerais (34%), Rio de Janeiro (46%), São Paulo (57%) e Rio Grande do Sul (57%).

Três unidades federativas não apresentaram alteração na taxa de ocupação dos leitos de UTI: Tocantins manteve 64%, Goiás 72% e o Distrito Federal apresentou o aumento de um ponto (99% para 100%). O último dado disponível para Roraima era de 8 de fevereiro (67%) e foi ignorado, considerando-se a volatilidade do indicador em um cenário de poucos (27) leitos disponíveis.

Entre as capitais com taxas divulgadas, quatro estão na zona de alerta crítico: Campo Grande (105%), Goiânia (82%), Brasília (100%) e Rio de Janeiro (86%). Dez estão na zona de alerta intermediário: Porto Velho (69%), Rio Branco (75%), Palmas (65%), Teresina (66%),

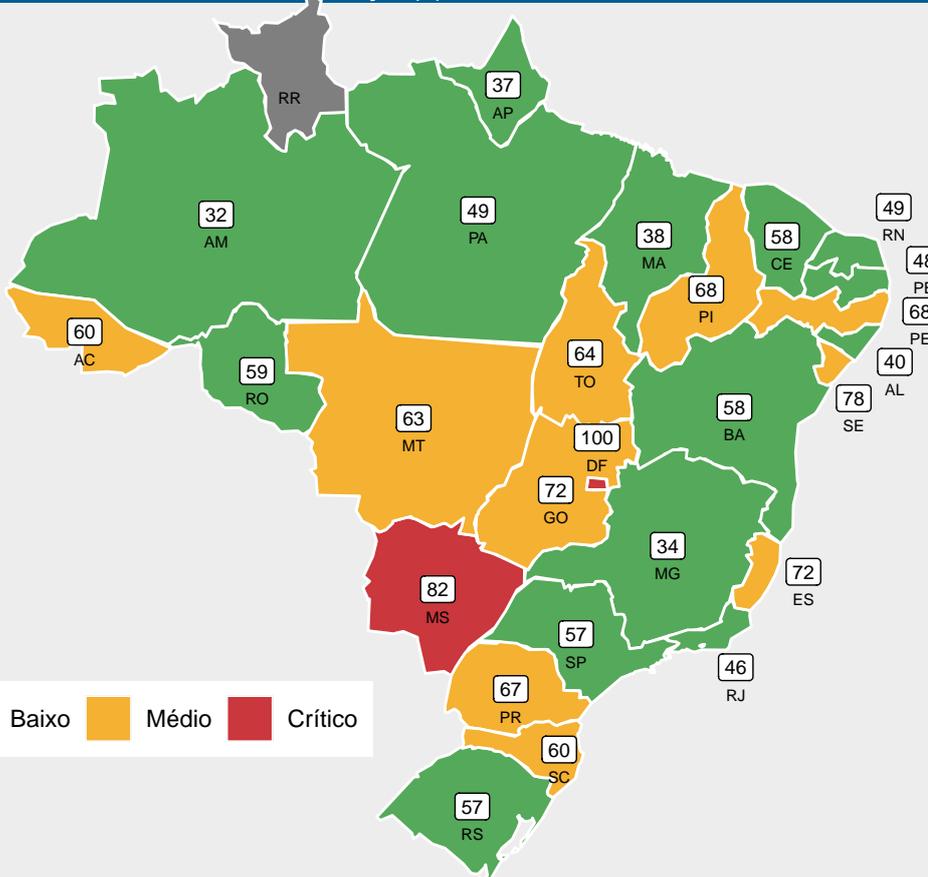
Fortaleza (73%), João Pessoa (65%), Belo Horizonte (63%), Vitória (71%), Curitiba (65%), e Porto Alegre (64%). Dez estão fora da zona de alerta: Manaus (32%), Macapá (43%), São Luís (48%), Recife (53%, considerando somente leitos públicos municipais), Maceió (44%), Natal (54%), Salvador (49%), Cuiabá (37%), São Paulo (55%) e Florianópolis (36%). Belém e Aracaju não têm disponibilizado as suas taxas e Boa Vista só tinha disponível a taxa de 8 de fevereiro.

Das sete capitais que estavam na zona de alerta crítico em 14 de fevereiro, duas passaram para a zona de alerta intermediário: Rio Branco e João Pessoa; e duas saíram desta categoria: Cuiabá e Natal. Vale sinalizar ainda que Campo Grande, que estava na zona de alerta intermediário, passou para a zona de alerta crítico com um crescimento de 38 pontos percentuais em sua taxa. Observou-se queda de pelo menos cinco pontos percentuais nas taxas de 14 capitais: Porto Velho (78% para 69%), Macapá (52% para 43%), Rio Branco (80% para 75%), Manaus (54% para 32%), Maceió (69% para 44%), Salvador (69% para 49%), João Pessoa (81% para 65%), Natal (84% para 54%), Cuiabá (91% para 38%), Belo Horizonte (75% para 64%), Vitória (78% para 71%), São Paulo (64% para 55%), Curitiba (70% para 65%) e Florianópolis (49% para 36%). As maiores quedas ocorreram em Cuiabá (53 pontos percentuais), Natal (30 pontos percentuais) e Maceió (25 pontos percentuais).

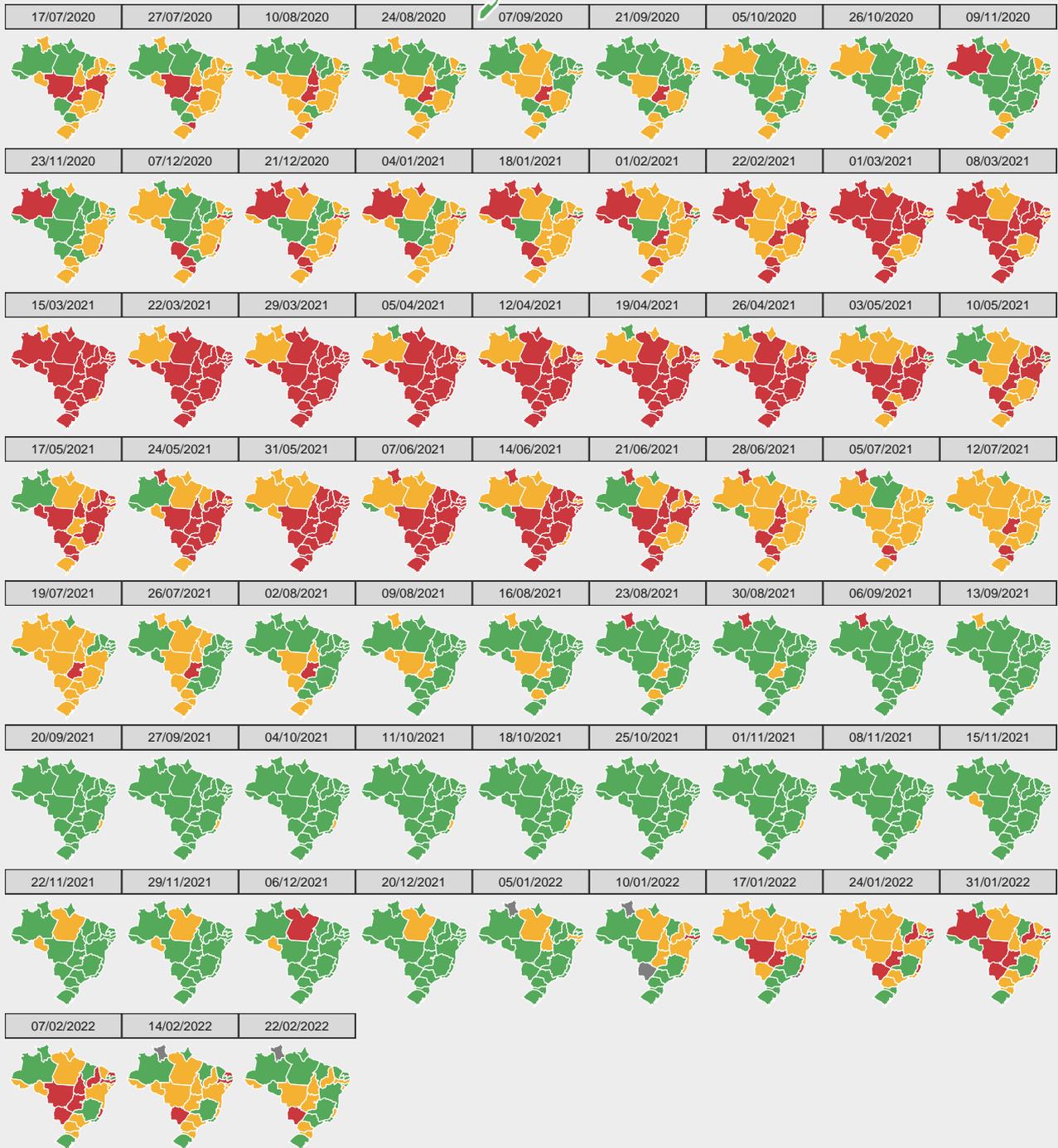
O Rio Grande do Sul e sua capital, Porto Alegre, reportam taxas considerando todo o conjunto de leitos de UTI do SUS, tendo sido registrado, em 21 de fevereiro, que, entre as internações em leitos de UTI, 16,1% daquelas ocorridas no estado e 27,7% das ocorridas na capital foram de pacientes com Covid-19 ou suspeitos. No caso do Piauí, cabe lembrar que a taxa considera leitos públicos e privados. Em relação à cidade do Rio de Janeiro, destaca-se que a taxa foi obtida a partir de dados do Censo Hospitalar Diário, disponível no Painel da Secretaria Municipal de Saúde, considerando um total de 823 leitos de UTI SRAG/Covid-19 para adultos não bloqueados, entre os quais 111 (13,5%) livres, 50 (6%) ocupados por pacientes com Covid-19 ativa, 137 (16,6%) ocupados por pacientes pós-Covid e 525 (63,8%) por pacientes com outros diagnósticos.

O monitoramento desse indicador – taxa de ocupação de leitos de UTI – mostrou-se, ao longo do curso da pandemia de Covid-19, como um potente instrumento para orientar os gestores sobre a alocação de recursos e adaptação da estrutura do sistema, de modo a garantir acesso aos cuidados necessários. No entanto, exatamente por orientar mudanças, é um indicador muito dinâmico, que pode sofrer alterações à medida em que seu denominador (número de leitos de UTI disponíveis) varia frequentemente, por refletir a resposta dos gestores aumentando ou reduzindo o número de leitos em função do cenário epidemiológico. Por isso sua interpretação precisa ser cuidadosa e atenta a essas mudanças.

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



Alerta ■ Baixo ■ Médio ■ Crítico

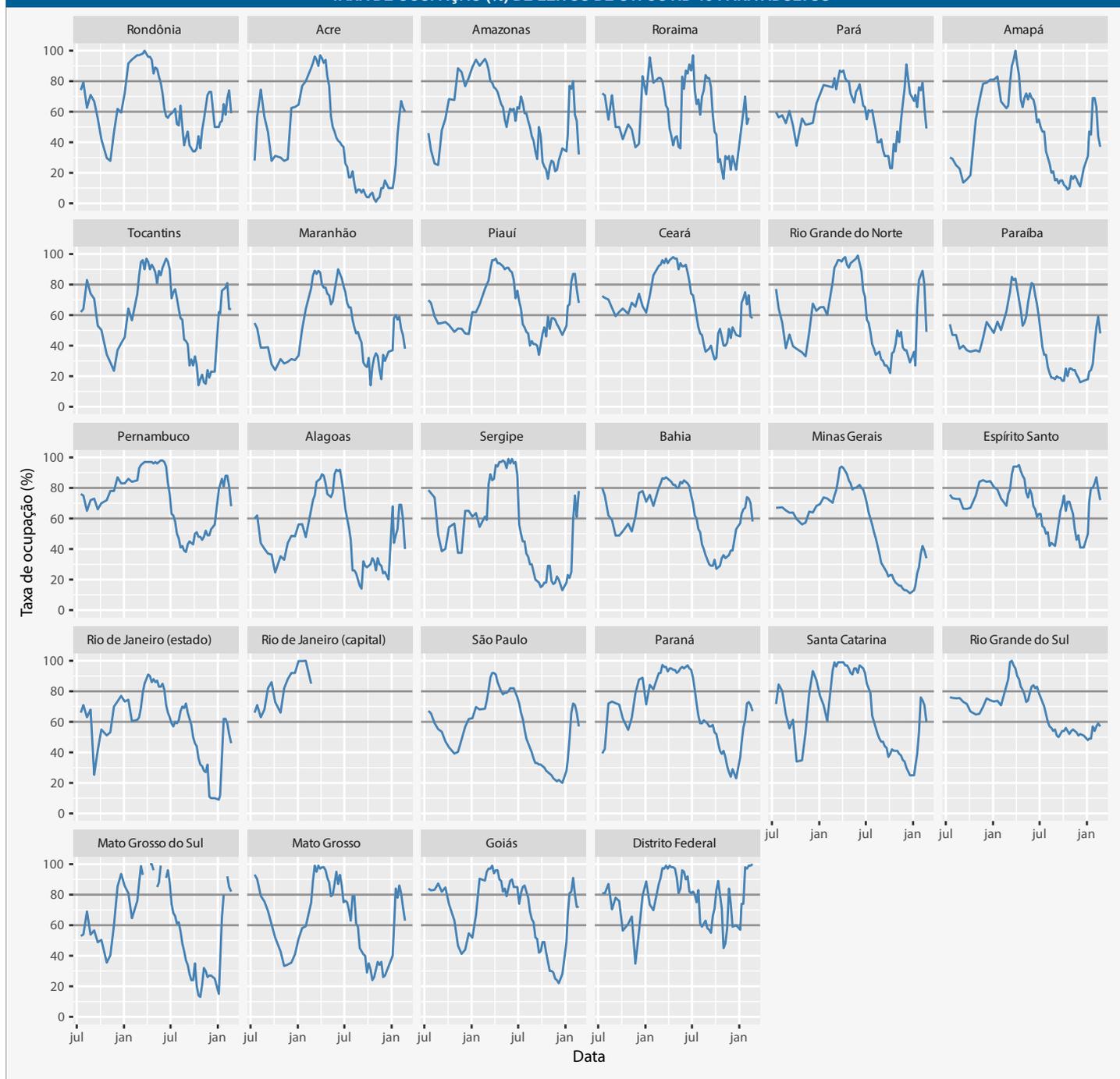


Mesmo considerando essas alterações, é possível afirmar que o quadro atual aponta para melhora da situação, embora algumas taxas de ocupação de leitos ainda estejam muito elevadas, tendo havido inclusive aumento em Sergipe e estagnação em Tocantins, Goiás e Distrito Federal. Aos poucos a tendência de redução de internações e da ocupação de leitos de UTI vai se confirmando. Para que essa evolução se mantenha é primordial que a vacinação continue e alcance todos aqueles que não completaram ou não iniciaram seu esquema de

imunização. Esses indivíduos permanecem suscetíveis e podem ainda ser acometidos pela Covid-19 e desenvolver formas graves.

Este é um momento crucial, em que os avanços precisam ser consolidados. Assim como em outros países, que estão em estágios mais avançados em relação à evolução da pandemia, é necessário manter, por mais algumas semanas, as medidas de proteção, evitar aglomerações, ambientes fechados e mal ventilados, usar máscaras e ter cuidados de higiene redobrados.

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



Observatório Covid-19 | Fiocruz

O avanço da vacinação e a distribuição de imunizantes

Segundo dados do MonitoraCovid-19, disponibilizados pelo @coronavirusbra1¹ e oriundos de informações das secretarias estaduais de Saúde, mais de 387 milhões de doses de vacinas foram administradas no Brasil. Este número representa a imunização de 79,2% da população com a primeira dose, 71,3% com o esquema de vacinação completo e 26,4% com a dose de reforço.

Sete estados apresentam mais de 80% da população vacinada com a primeira dose e nove têm mais de 70% com a segunda. São Paulo é o estado com a vacinação mais avançada, com cerca de 87% da população com vacinação de primeira dose, 80% com duas doses do imunizante e 39% com a dose de reforço.

Os dados apontam que foram aplicadas, até 22 de fevereiro, mais de 387 milhões de doses dos imunizantes, com 44,3% destinadas à primeira dose, 39,7% à segunda dose ou à dose única e 16% à terceira dose (reforço ou adicional). São Paulo apresenta

o maior percentual de doses destinadas para reforço por estado. Amapá, Roraima e Maranhão apresentam cerca de 50% dos imunizantes destinados à primeira dose e as maiores diferenças entre primeira e segunda doses. Junto ao Pará, os três estados apresentam os menores percentuais de doses destinadas ao reforço.

A página do Ministério da Saúde², que traz dados sobre distribuição das vacinas, apresentou instabilidade. Com isso, são apresentados os dados mais recentes adquiridos por meio da consulta ao site. Os dados do Ministério da Saúde (tabela 2) apontam que mais de 464 milhões de doses de imunizantes foram distribuídas aos estados e que 78,5% 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 repasses de imunizantes dos estados para os municípios.

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

2. <http://localizasus.saude.gov.br/>

PERCENTUAL DA POPULAÇÃO VACINADA

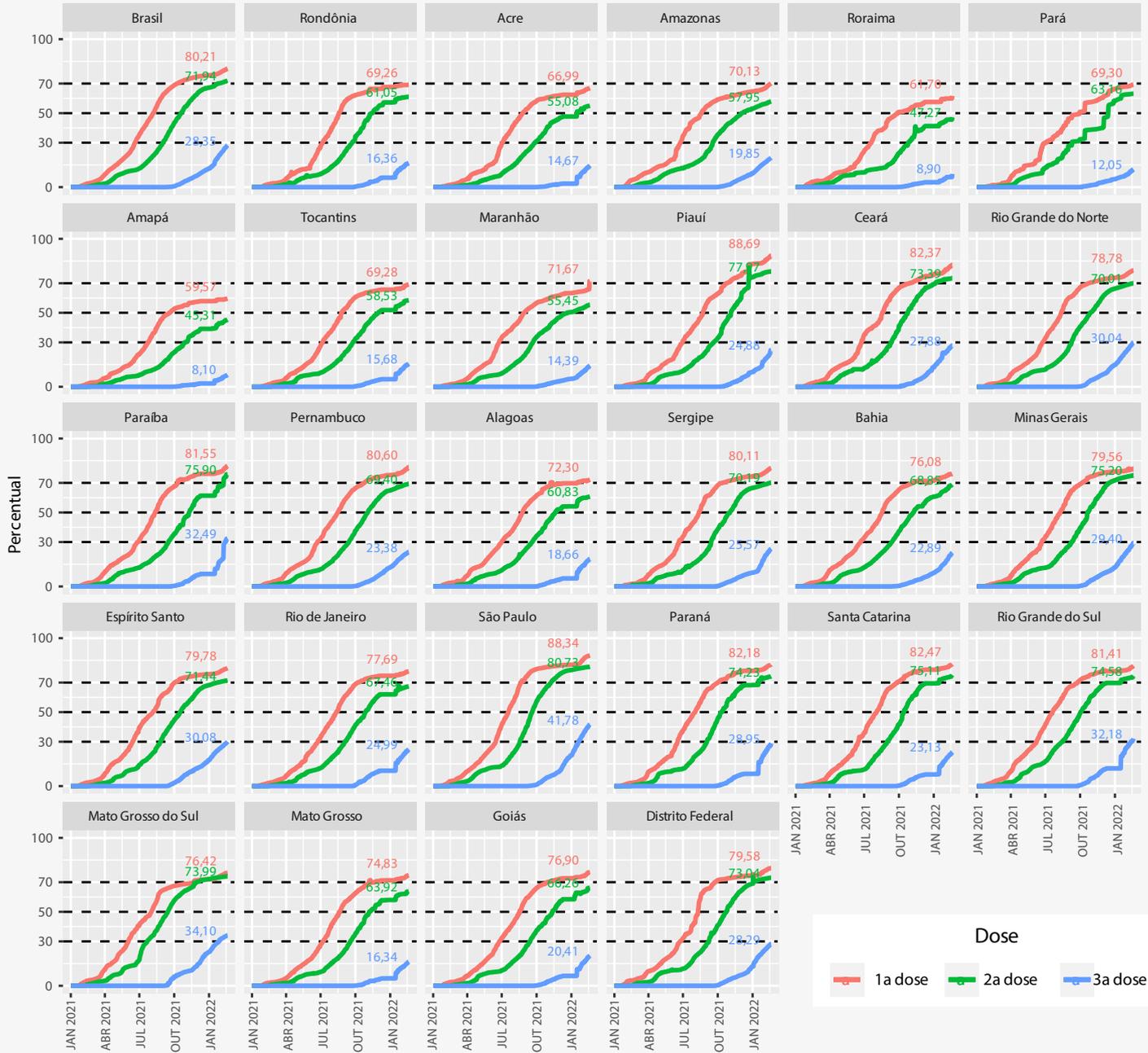


TABELA 1 - DOSES APLICADAS, PERCENTUAL SEGUNDO DOSE VACINAL E DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE AS DOSES

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	387.571.022	171.668.063	153.836.178	62.066.781	44,3	39,7	16,0
ACRE	1.244.017	608.813	500.190	135.014	48,9	40,2	10,9
ALAGOAS	5.121.994	2.437.130	2.049.716	635.148	47,6	40,0	12,4
AMAZONAS	6.341.291	3.000.300	2.479.431	861.560	47,3	39,1	13,6
AMAPÁ	994.826	523.548	398.956	72.322	52,6	40,1	7,3
BAHIA	25.242.076	11.400.192	10.319.795	3.522.089	45,2	40,9	14,0
CEARÁ	17.197.790	7.672.728	6.811.829	2.713.233	44,6	39,6	15,8
DISTRITO FEDERAL	5.635.916	2.468.706	2.265.775	901.435	43,8	40,2	16,0
ESPÍRITO SANTO	7.486.993	3.284.724	2.940.223	1.262.046	43,9	39,3	16,9
GOIÁS	11.811.487	5.547.861	4.778.974	1.484.652	47,0	40,5	12,6
MARANHÃO	10.199.315	5.170.968	3.985.697	1.042.650	50,7	39,1	10,2
MINAS GERAIS	39.914.807	17.119.090	16.126.072	6.669.645	42,9	40,4	16,7
MATO GROSSO DO SUL	5.277.060	2.187.095	2.104.108	985.857	41,4	39,9	18,7
MATO GROSSO	5.547.535	2.673.312	2.282.580	591.643	48,2	41,1	10,7
PARÁ	12.742.541	6.094.904	5.549.076	1.098.561	47,8	43,5	8,6
PARAÍBA	7.765.345	3.339.419	3.084.938	1.340.988	43,0	39,7	17,3
PERNAMBUCO	16.861.298	7.835.401	6.727.039	2.298.858	46,5	39,9	13,6
PIAUI	6.351.184	2.933.485	2.567.533	850.166	46,2	40,4	13,4
PARANÁ	21.640.758	9.562.214	8.657.503	3.421.041	44,2	40,0	15,8
RIO DE JANEIRO	29.776.492	13.579.555	11.791.351	4.405.586	45,6	39,6	14,8
RIO GRANDE DO NORTE	6.427.772	2.817.554	2.501.720	1.108.498	43,8	38,9	17,2
RONDÔNIA	2.667.583	1.258.695	1.108.937	299.951	47,2	41,6	11,2
RORAIMA	780.308	407.625	313.930	58.753	52,2	40,2	7,5
RIO GRANDE DO SUL	21.728.833	9.387.147	8.564.263	3.777.423	43,2	39,4	17,4
SANTA CATARINA	13.302.000	6.059.913	5.516.970	1.725.117	45,6	41,5	13,0
SERGIPE	4.153.665	1.883.808	1.647.157	622.700	45,4	39,7	15,0
SÃO PAULO	99.046.383	41.299.161	37.820.290	19.926.932	41,7	38,2	20,1
TOCANTINS	2.311.753	1.114.715	942.125	254.913	48,2	40,8	11,0

TABELA 2 - DOSES DISTRIBUÍDAS AOS ESTADOS E REPASSADAS AOS MUNICÍPIOS

UF	DOSES DISTRIBUÍDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE AOS ESTADOS	DOSES DISTRIBUÍDAS PELOS ESTADOS AOS MUNICÍPIOS	PERCENTUAL DE REPASSE
BRASIL	464.814.838	365.102.469	78,5
ACRE	1.711.740	1.285.301	75,1
ALAGOAS	6.367.095	4.947.490	77,7
AMAZONAS	8.379.890	5.976.645	71,3
AMAPÁ	1.557.370	1.333.609	85,6
BAHIA	32.507.403	25.156.160	77,4
CEARÁ	20.585.418	16.096.312	78,2
DISTRITO FEDERAL	6.770.717	6.770.717	100,0
ESPÍRITO SANTO	8.211.440	7.563.993	92,1
GOIÁS	14.626.630	11.687.987	79,9
MARANHÃO	13.154.535	10.171.813	77,3
MINAS GERAIS	48.557.089	38.362.545	79,0
MATO GROSSO DO SUL	6.217.735	5.056.458	81,3
MATO GROSSO	7.560.387	6.213.894	82,2
PARÁ	16.455.575	13.909.660	84,5
PARAÍB	8.874.415	7.171.340	80,8
PERNAMBUCO	20.682.450	16.270.647	78,7
PIAUI	7.325.025	5.737.670	78,3
PARANÁ	26.914.730	20.810.933	77,3
RIO DE JANEIRO	39.796.835	32.403.546	81,4
RIO GRANDE DO NORTE	7.673.470	3.945.588	51,4
RONDÔNIA	3.210.408	2.858.732	89,0
RORAIMA	1.297.738	757.897	58,4
RIO GRANDE DO SUL	25.632.360	21.464.030	83,7
SANTA CATARINA	15.760.348	13.089.209	83,1
SERGIPE	4.888.965	3.856.564	78,9
SÃO PAULO	106.991.455	86.290.759	80,7
TOCANTINS	3.103.615	2.683.687	86,5

Fonte: : https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19VAC_Distr/DEMAS_C19VAC_Distr.html 22/02/2022

Vacinação de reforço em idosos e primeira dose em crianças

Segundo dados do Ministério da Saúde, a vacinação em idosos apresenta o ciclo completo a nível nacional, para primeiras e segundas doses, com percentuais acima de 100%. Em relação à terceira dose, a faixa etária acima de 80 anos apresenta cobertura de 74%. Na população entre 70 e 79 anos a cobertura é de 80%. Entre 65 e 69 anos a cobertura para terceira dose é de 69% e, entre 60 e 64 anos, 57% das pessoas tomaram a terceira dose.

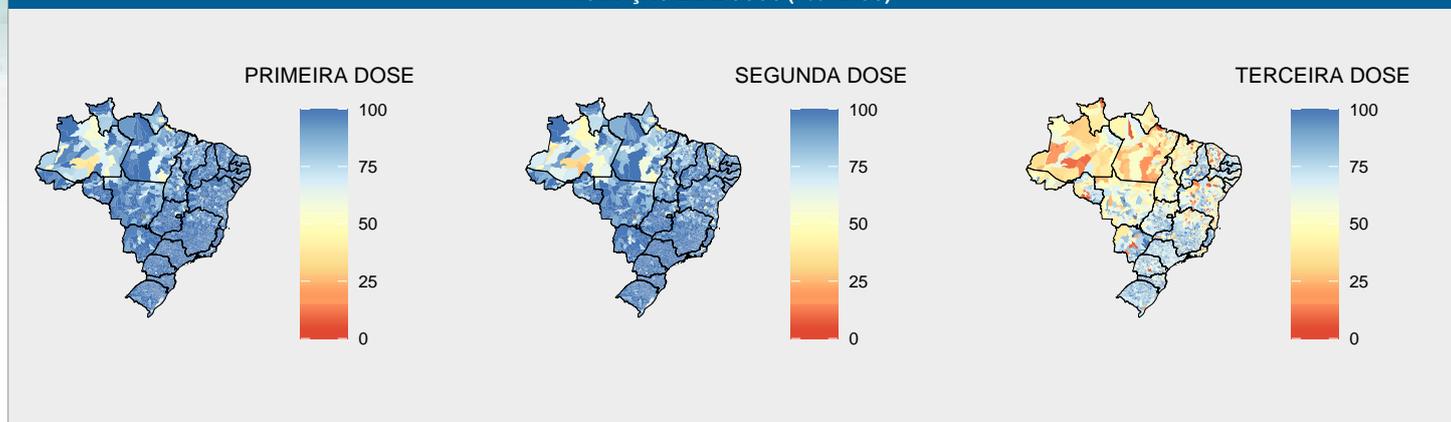
É importante considerar que a média nacional apresentada na tabela acima não reflete as desigualdades regionais que o país apresenta. Alguns estados ainda têm dificuldade na vacinação de segunda dose na população adulta e iniciam o processo nas crianças. Segundo o Ministério da Saúde, foram aplicadas, nas crianças entre 5 e 11 anos, 5.230.303 doses, o que representa 25% dessa faixa etária com a primeira dose da vacina.

Faixa etária	Doses	Doses aplicadas	%
60 a 64 anos	1ª Dose	9.552.957	102,6
60 a 64 anos	2ª Dose	9.405.594	101,0
60 a 64 anos	3ª Dose	5.365.218	57,6
65 a 69 anos	1ª Dose	7.471.333	103,3
65 a 69 anos	2ª Dose	7.561.543	104,6
65 a 69 anos	3ª Dose	5.010.164	69,3
70 a 74 anos	1ª Dose	5.438.798	104,4
70 a 74 anos	2ª Dose	5.406.341	103,8
70 a 74 anos	3ª Dose	4.168.230	80,0
75 a 79 anos	1ª Dose	3.623.187	106,2
75 a 79 anos	2ª Dose	3.566.520	104,5
75 a 79 anos	3ª Dose	2.777.672	81,4
≥80 anos	1ª Dose	4.454.225	107,8
≥80 anos	2ª Dose	4.348.113	105,2
≥80 anos	3ª Dose	3.085.772	74,7

*2ª Dose – incluídas doses únicas

*3ª Dose – doses adicionais e reforço

VACINAÇÃO EM IDOSOS (>60 ANOS)



Distanciamento físico e o “novo normal”

Após dois anos de enfrentamento da Covid-19, a população procura formas de voltar ao padrão de convívio social e atividades costumeiras do período anterior ao decreto da pandemia. Contudo, ainda há a vigência de normas de distanciamento físico, assim como a obrigatoriedade de medidas de proteção individual, como é o caso do uso de máscaras. Para alguns, convencionou-se chamar esta fase de “o novo normal”. Como é de se esperar, o arrefecimento de casos e principalmente de óbitos se torna um estímulo à saída às ruas, seja para atividades de trabalho ou lazer.

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. O que houve, aproximadamente 30 dias após o surgimento de casos de Covid-19 no Brasil, foi um gradativo declínio à adesão às medidas de distanciamento físico. O declínio foi gradual até o fim de 2020 e, no início de 2021, a população voltou a aderir mais ao distanciamento, até abril daquele ano.

Após a fase mais crítica da pandemia no Brasil em termos de mortalidade, em 2021, novamente o distanciamento físico declinou e, a partir de setembro daquele ano, se tornou menor, inclusive ao período pré-pandêmico. Mais recentemente, em janeiro de 2022, voltou a aumentar, de forma concomitante à explosão de casos em decorrência da transmissão comunitária pela variante Ômicron. Ou seja, não foi uma redução da circulação por adesão voluntária ao distanciamento, e sim por uma necessidade imperativa diante de contato com pessoas

doentes ou que testaram positivo com poucos ou nenhum sintoma. Passado o período de afastamento em decorrência dos isolamentos, o distanciamento físico voltou a cair. No momento, às vésperas do feriado de Carnaval, o nível de distanciamento está próximo daquele mais baixo observado durante todo o período da pandemia.

Na ausência de diretrizes nacionais baseadas em critérios epidemiológicos, o distanciamento físico vem ocorrendo de forma irregular no Brasil. Um fator decisivo para isso foi a divergência de critérios, rigidez e velocidade de adoção das medidas nos estados e municípios. A falta de coordenação federal neste processo, seja para normatizar a implementação da estratégia, seja para criar e manter de modo regular as medidas de manutenção de renda mínima para a população, foi um dificultador para a adesão da população. O maior distanciamento ocorreu, em geral, por reação da população à piora do quadro sanitário, e não por proatividade diante das recomendações, como deveria ser. Isto gerou um atraso na adesão e esta demora determinou, em algumas fases da pandemia, um aumento evitável de casos.

Na atual fase, diante da cobertura vacinal experimentada no Brasil, não é razoável recomendar o isolamento irrestrito. No entanto, resta manter as recomendações propostas para as atividades em ambiente externo, fechado ou não. Neste sentido, recomenda-se que, enquanto o país caminha para níveis ótimos de cobertura vacinal, medidas de distanciamento físico, uso de máscaras e higienização das mãos sejam mantidas mesmo em ambientes abertos onde possa ocorrer maior concentração e aglomeração de pessoas – o que, embora não seja desejável, poderá acontecer no Carnaval. Finalmente, que festas ou bailes em casas, clubes ou outros ambientes só sejam realizadas com comprovante de vacinação.

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

