

FOTO: HORA MINAS



Desde o início do mês de março constatamos o agravamento simultâneo de diversos indicadores da pandemia, traduzindo-se no colapso do sistema de saúde sobrecarregado pelo crescente número de casos e resultando na crescente incapacidade de os serviços de saúde atenderem todos os casos críticos e graves por Covid-19, contribuindo para os maiores números de óbitos já constatados e colocando a catástrofe que vem ocorrendo no Brasil em destaque em toda imprensa nacional e internacional.

Os diversos indicadores da Pandemia que vem sendo adotados pelo Observatório Covid-19 da Fiocruz ainda permanecem elevados em vários estados do Brasil, o que ainda demonstra um quadro de colapso do sistema de saúde brasileiro. Os recursos hospitalares e insumos se encontram em nível crítico, e os profissionais de saúde se encontram com exaustão física e emocional. O contexto atual não só compromete o atendimento para os casos de Covid-19, mas também de outras doenças e agravos, além de favorecer o aumento da desassistência em saúde, contribuindo para o excesso de mortalidade.

Diante da ainda limitada cobertura de vacinação, alguns municípios e estados veem adotando medidas de isolamento social, o que exige a articulação do sistema de saúde a outros setores, como os transportes, trabalho e proteção social.

Múltiplos fatores contribuíram para este novo patamar da pandemia, de modo que o enfrentamento do atual cenário exige a combinação de diferentes medidas, envolvendo as farmacológicas, como as vacinas; e principalmente as não farmacológicas,

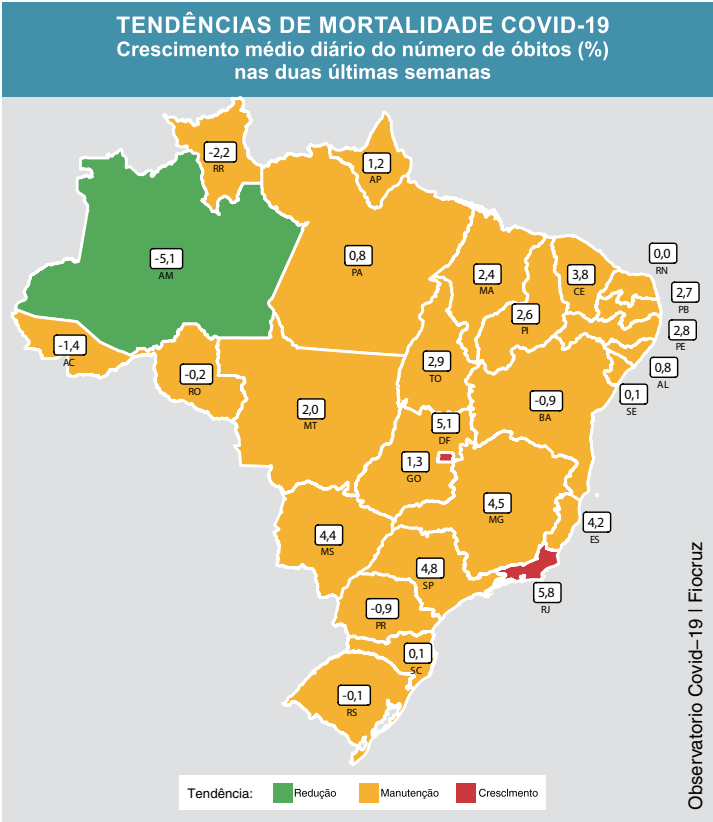
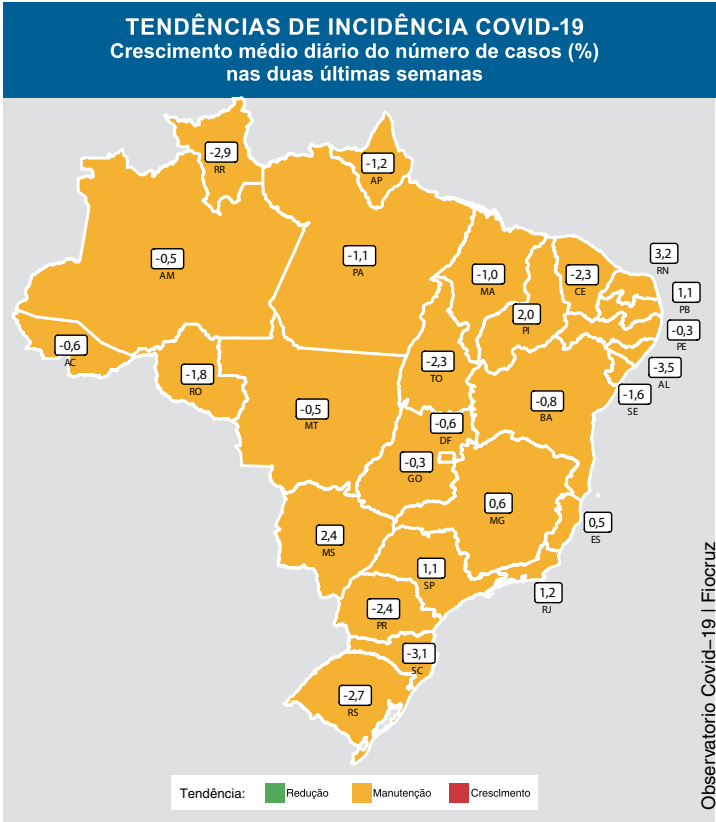
que tem uma relação direta com as políticas de saúde e de proteção social para redução da vulnerabilidade e impacto sociais.

As **medidas não-farmacológicas** são fundamentais para bloqueio da transmissão nos diversos cenários que favorecem altas taxas de transmissão do vírus SARS-CoV-2 e maior circulação de variantes de preocupação. As **medidas relacionadas ao sistema de saúde** envolvem tanto hospitais, com adequação da oferta de leitos com quantitativo de profissionais e condições de trabalho, incluindo a gestão de medicamentos e insumos de modo a evitar o desabastecimento; assim como a ampliação das ações de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS), com abordagem territorial e comunitária. As **políticas e ações sociais** envolvem a criação de condições para que os mais pobres e vulneráveis possam igualmente se proteger e adotar as medidas não-farmacológicas (ficar em casa nos períodos de bloqueio, adoção de medidas de distanciamento físico e social, isolamento, quarentena, uso de máscaras e higienização das mãos) bem como de acesso aos cuidados e serviços de saúde.

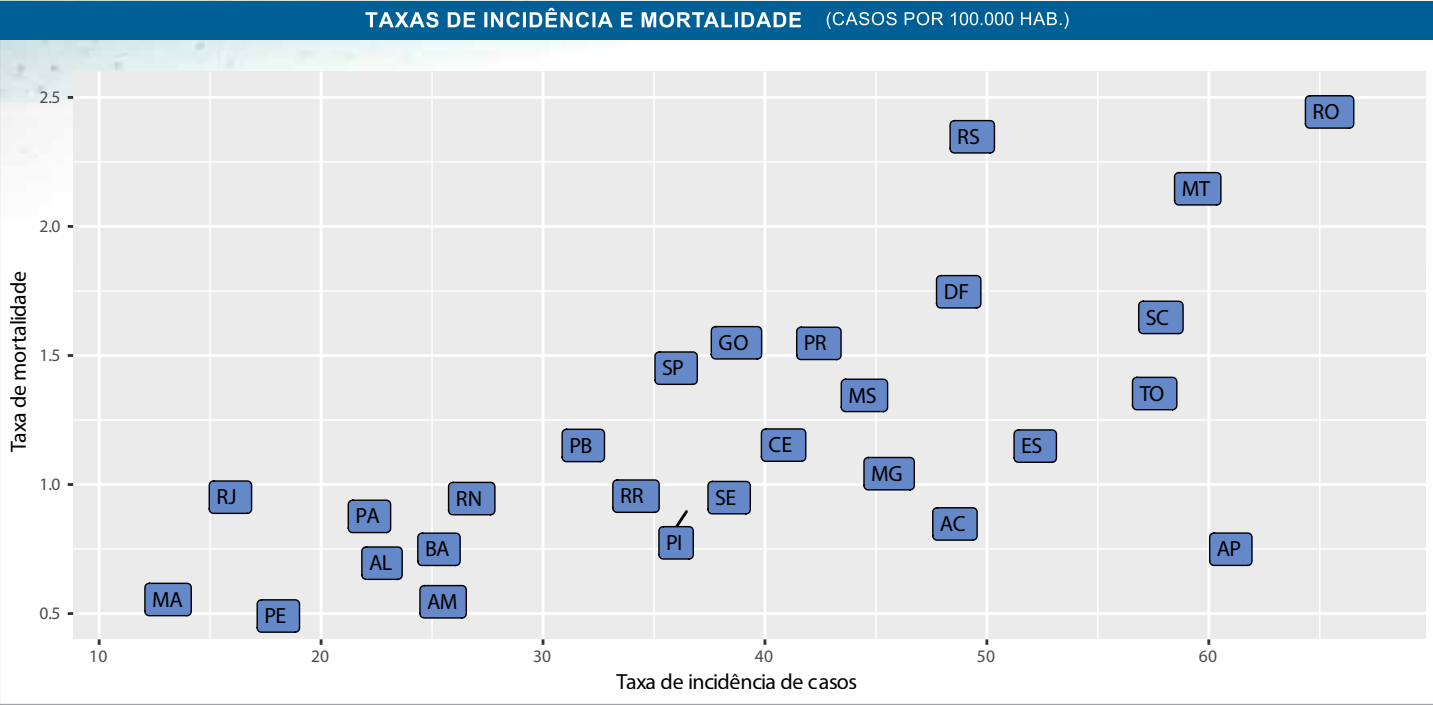
São imensos desafios, pois a vacinação que é uma importante medida para reduzir o número de casos ainda avança lentamente em um contexto em que nem todos estados e municípios vem adotando medidas mais rigorosas de bloqueio e mitigação. A circulação de novas variantes de preocupação e o rejuvenescimento da pandemia ao longo das semanas, contribuindo para o aumento da pressão sobre o sistema de saúde, potencialmente prolongando o tempo médio de internação, constituem novos ingredientes que tornam ainda mais complexo o enfrentamento da pandemia.

TENDÊNCIAS DA INCIDÊNCIA E DA MORTALIDADE POR COVID-19							
Região	UF	Casos	%	Óbitos	%	Taxa de casos	Taxa de óbitos
Norte	Rondônia		↔ -1,8		↔ -0,2	67,0	2,5
Norte	Acre		↔ -0,6		↔ -1,4	47,1	0,9
Norte	Amazonas		↔ -0,5		↓ -5,1	24,0	0,6
Norte	Roraima		↔ -2,9		↔ -2,2	35,7	0,9
Norte	Pará		↔ -1,1		↔ 0,8	23,6	0,8
Norte	Amapá		↔ -1,2		↔ 1,2	62,4	0,8
Norte	Tocantins		↔ -2,3		↔ 2,9	56,1	1,3
Nordeste	Maranhão		↔ -1,0		↔ 2,4	11,6	0,5
Nordeste	Piauí		↔ 2,0		↔ 2,6	36,5	0,9
Nordeste	Ceará		↔ -2,3		↔ 3,8	42,3	1,1
Nordeste	Rio Grande do Norte		↔ 3,2		↔ -0,0	28,3	1,0
Nordeste	Paraíba		↔ 1,1		↔ 2,7	30,4	1,1
Nordeste	Pernambuco		↔ -0,3		↔ 2,8	19,5	0,5
Nordeste	Alagoas		↔ -3,5		↔ 0,8	21,7	0,6
Nordeste	Sergipe		↔ -1,6		↔ 0,1	39,8	1,0
Nordeste	Bahia		↔ -0,8		↔ -0,9	23,9	0,8
Sudeste	Minas Gerais		↔ 0,6		↔ 4,5	44,0	1,1
Sudeste	Espírito Santo		↔ 0,5		↔ 4,2	53,6	1,2
Sudeste	Rio de Janeiro		↔ 1,2		↑ 5,8	14,5	0,9
Sudeste	São Paulo		↔ 1,1		↔ 4,8	34,6	1,4
Sul	Paraná		↔ -2,4		↔ -0,9	43,9	1,6
Sul	Santa Catarina		↔ -3,1		↔ 0,1	59,3	1,7
Sul	Rio Grande do Sul		↔ -2,7		↔ -0,1	50,8	2,4
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul		↔ 2,4		↔ 4,4	46,0	1,4
Centro-Oeste	Mato Grosso		↔ -0,5		↔ 2,0	61,0	2,2
Centro-Oeste	Goiás		↔ -0,3		↔ 1,3	40,1	1,6
Centro-Oeste	Distrito Federal		↔ -0,6		↑ 5,1	50,2	1,8

Observatorio 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.



Observatório Covid-19 | Fiocruz

Casos e óbitos por Covid-19

Os dados consolidados para o país confirmam a tendência de aumento da transmissão de Covid-19, evidenciado por diversos indicadores da pandemia, o que é observado pelos recordes no número de óbitos, além da permanência de valores altos de positividade dos testes. A sobrecarga dos hospitais, verificada pela ocupação de leitos de UTI, se mantém em níveis críticos. em um número recorde de casos e de óbitos com diagnóstico confirmado por Covid-19. Nas semanas epidemiológicas 12 e 13 de 2021 (21 de março a 3 de abril), o Brasil apresentou uma média diária de 72 mil casos e 2,7 mil óbitos diários, com tendência de aumento nos últimos dias desse período, chegando a valores superiores a 4 mil óbitos.

As maiores taxas de incidência de Covid-19 foram observadas em Rondônia, Amapá, Tocantins, Espírito Santo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal. Taxas de mortalidade elevadas foram verificadas em Rondônia, Tocantins, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal. Esse padrão coloca as regiões Sul e Centro-Oeste como críticas para as próximas semanas, o que pode ser agravado pela

saturação do sistema de saúde nesses estados.

A maioria das unidades da Federação apresentou estabilidade no período, com exceção do Amazonas, que teve uma redução de cerca de 5% no número de óbitos, e de Roraima, Alagoas e Santa Catarina, onde foram observadas diminuições no número de casos. Para as demais unidades é verificada tendência de manutenção ou mesmo de aumento do número de óbitos (Ceará, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal).

Na maior parte dos estados foi observada uma alta das taxas de letalidade, dada pela proporção de casos que resultaram em óbitos por Covid-19, que vinham se mantendo em torno de 2% até o início do ano. As maiores taxas de letalidade foram observadas no Rio de Janeiro (6,2%) e Rio Grande do Sul (4,1%), este último figurando pela primeira vez como crítico desde o início da pandemia. Os valores elevados de letalidade revelam graves falhas no sistema de atenção e vigilância em saúde nesses estados, como a insuficiência de testes diagnósticos, identificação de grupos vulneráveis e encaminhamento de doentes graves.



FOTO: WFLA

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

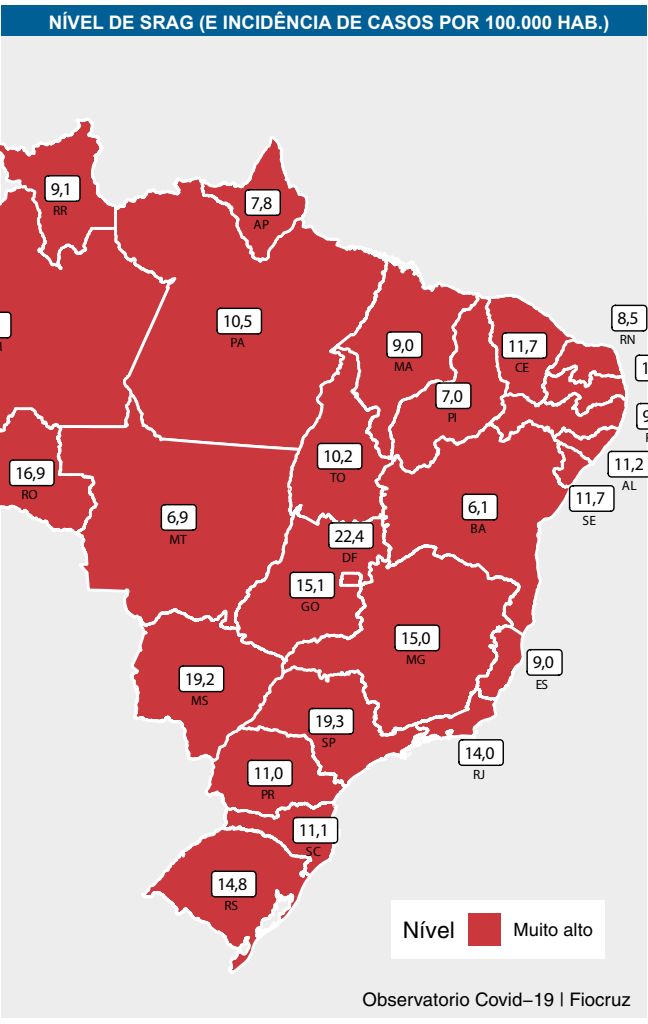
As incidências de Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) em todos os estados e no Distrito Federal ainda se encontram em níveis muito altos, mas houve uma tendência de redução de número de casos nas últimas semanas. No boletim anterior, quatro estados tiveram taxas de incidência superiores a 20 casos por 100 mil habitantes, mas nas últimas duas semanas apenas o Distrito Federal (22,4 casos/100 mil hab. na média móvel) esteve nesta faixa. Em 16 estados, mais o DF, as taxas ainda se apresentam muito elevadas, superiores a 10 casos por 100 mil habitantes: Rondônia, Pará, Tocantins, Ceará, Alagoas, Paraíba, Sergipe, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Goiás. Para Maranhão e Espírito Santo verifica-se preocupante quadro de crescimento significativo de casos de SRAG. Vale lembrar que eventuais estabilidades nos estados ainda não são desejáveis e que estas incidências estão muito acima do padrão esperado.

É importante também notar que as incidências nas últimas semanas se referem a novos casos reportados, ou seja, entrada de novos pacientes no sistema de saúde. Como a ocupação em leitos em todo o país é altíssima, estes novos casos se somam à demanda atual. Portanto, mesmo com redução de novos casos, a recomposição de sistemas de saúde para sair da atual situação de colapso requer tempo.

Tendências de redução de casos SRAG verificadas nos estados podem estar relacionadas a medidas mais rigorosas impostas em alguns deles, ou mesmo nos municípios, diante do quadro de colapso sanitário. Este quadro deve continuar a ser monitorado nas próximas semanas. Permanece essencial que gestores nos estados e municípios promovam ações para a aumentar a capacidade de atendimento nos sistemas de saúde, inclusive a Atenção Primária em Saúde, e também para diminuir o contágio e evitar maior intensidade de transmissão.

O cuidado em mitigar a transmissão desde o início da pandemia, evitando aglomerações, incentivando o uso de máscaras e promovendo recomendações de higiene, reduziu bastante a ocorrência de doenças respiratórias por infecção de outros vírus. No entanto, entre as semanas epidemiológicas 7 e 11 observaram-se casos mais frequentes de infecção por vírus sincicial respiratório (VSR), que pode ser consequência de relaxamento de medidas de distanciamento. O número de infecções por VSR é muito menor que o número de infecções por Sars-CoV-2, mas os casos de SRAG por VSR ocorrem majoritariamente em crianças pequenas (0-7 anos).

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.



NÍVEIS DE ATIVIDADE E INCIDÊNCIA DE SÍNDROMES RESPIRATÓRIAS AGUDAS GRAVES (SRAG)				
Região	UF	Casos	Taxa	Nível
Norte	Rondônia		16,9	Muito alto
Norte	Acre		8,0	Muito alto
Norte	Amazonas		9,1	Muito alto
Norte	Roraima		9,1	Muito alto
Norte	Pará		10,5	Muito alto
Norte	Amapá		7,8	Muito alto
Norte	Tocantins		10,2	Muito alto
Nordeste	Maranhão		9,0	Muito alto
Nordeste	Piauí		7,0	Muito alto
Nordeste	Ceará		11,7	Muito alto
Nordeste	Rio Grande do Norte		8,5	Muito alto
Nordeste	Paraíba		12,6	Muito alto
Nordeste	Pernambuco		9,3	Muito alto
Nordeste	Alagoas		11,2	Muito alto
Nordeste	Sergipe		11,7	Muito alto
Nordeste	Bahia		6,1	Muito alto
Sudeste	Minas Gerais		15,0	Muito alto
Sudeste	Espírito Santo		9,0	Muito alto
Sudeste	Rio de Janeiro		14,0	Muito alto
Sudeste	São Paulo		19,3	Muito alto
Sul	Paraná		11,0	Muito alto
Sul	Santa Catarina		11,1	Muito alto
Sul	Rio Grande do Sul		14,8	Muito alto
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul		19,2	Muito alto
Centro-Oeste	Mato Grosso		6,9	Muito alto
Centro-Oeste	Goiás		15,1	Muito alto
Centro-Oeste	Distrito Federal		22,4	Muito alto

Leitos de UTI para COVID19

Entre os dias 29 de março e 5 de abril, as taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos no SUS apresentaram reduções que merecem registro em Roraima (de 62% para 49%), Amapá (de 100% para 91%), Maranhão (de 88% para 80%), Paraíba (de 84% para 77%) e Rio Grande do Sul (de 95% para 90%). Assim, Roraima saiu da zona de alerta intermediário para fora da zona de alerta, e a Paraíba da zona de alerta crítico para a zona de alerta intermediário, juntando-se ao Amazonas (75%). Na direção oposta, destaca-se piora em Sergipe, com a taxa subindo de 86% para 95%. Exceto por essas mudanças que chamam mais a atenção, os dados obtidos em 5 de abril indicam relativa estabilidade do indicador, em níveis muito críticos, na maior parte dos estados e no Distrito Federal.

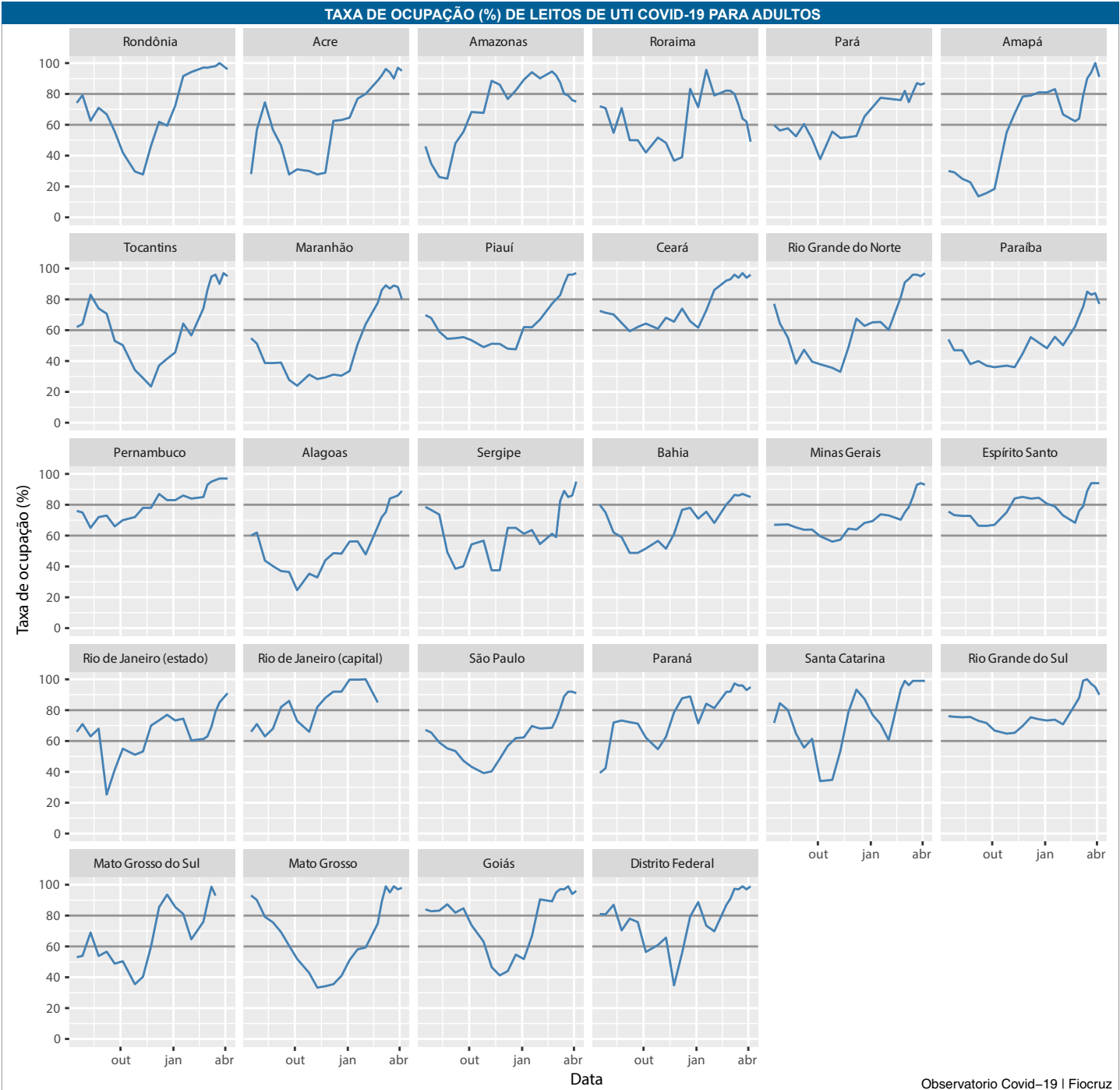
Dezenove estados e o Distrito Federal encontram-se com taxas de ocupação superiores a 90%: no Norte, Rondônia (96%), Acre (95%), Amapá (91%) e Tocantins (95%); no Nordeste, Piauí (97%), Ceará (96%), Rio Grande do Norte (97%), Pernambuco (97%) e Sergipe (95%); no Sudeste, Minas Gerais (93%), Espírito Santo (94%), Rio de Janeiro (91%) e São Paulo (91%); no Sul, Paraná (95%), Santa Catarina (99%) e Rio Grande do Sul (90%); e no Centro Oeste, Mato Grosso do Sul (106%), Mato Grosso (98%), Goiás (96%) e Distrito Federal (99%). Outros quatro estados apresentam taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos entre 80% e 89%: no Norte, Pará (87%); e no Nordeste, Maranhão (80%), Alagoas (89%) e Bahia (85%). Taxas inferiores a 80% registram-se somente no Amazonas (75%), em Roraima (49%) e na Paraíba (77%).

Vinte e uma capitais estão com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 superiores a 90%: Porto Velho (100%), Rio Branco (100%), Belém (90%), Macapá (94%), Palmas (95%), Teresina (100%), Fortaleza (95%), Natal (96%), Maceió (90%), Aracaju (97%), Belo Horizonte (99%), Vitória (95%), Rio de Janeiro (94%), São Paulo (91%), Curitiba (97%),

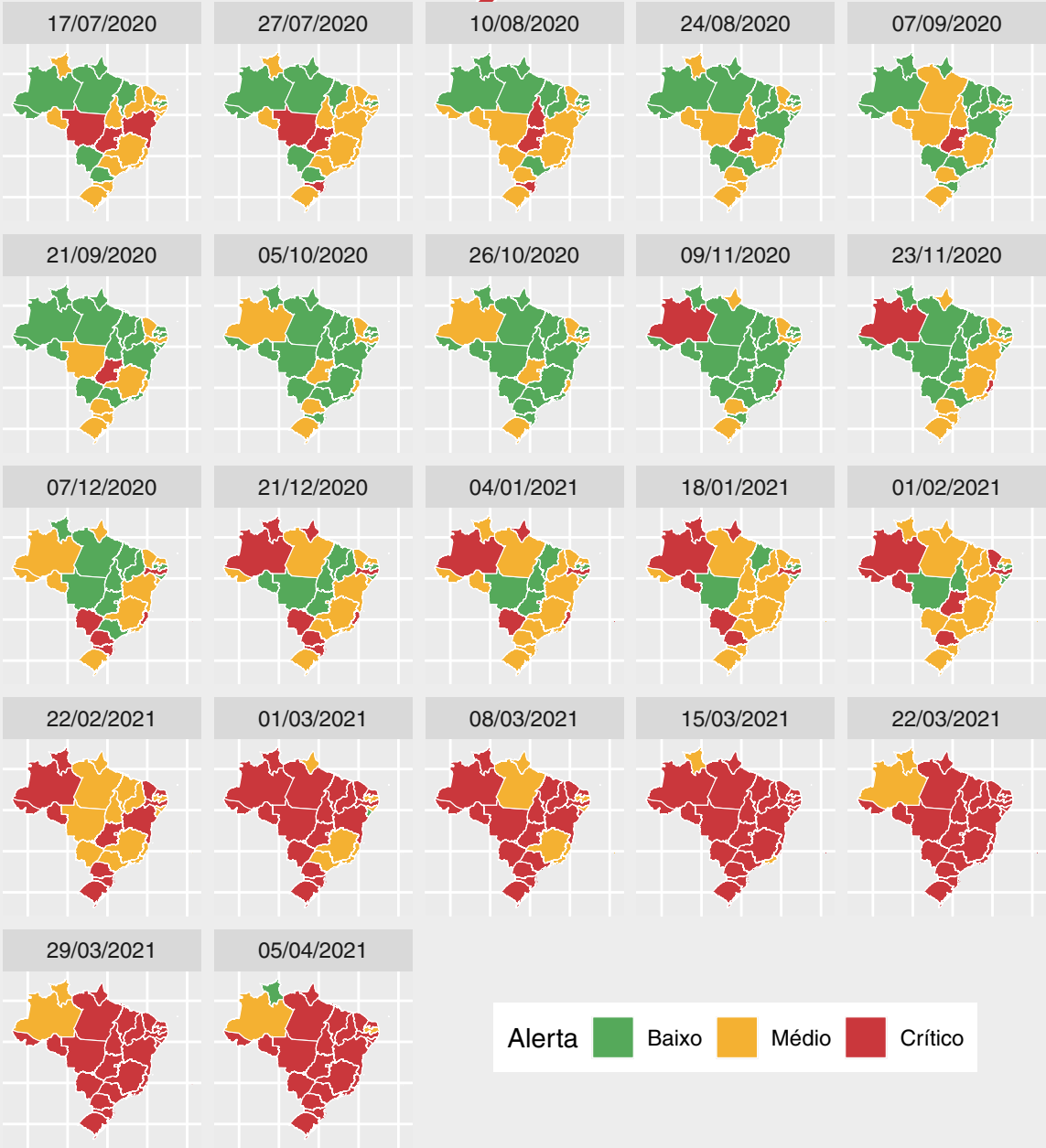
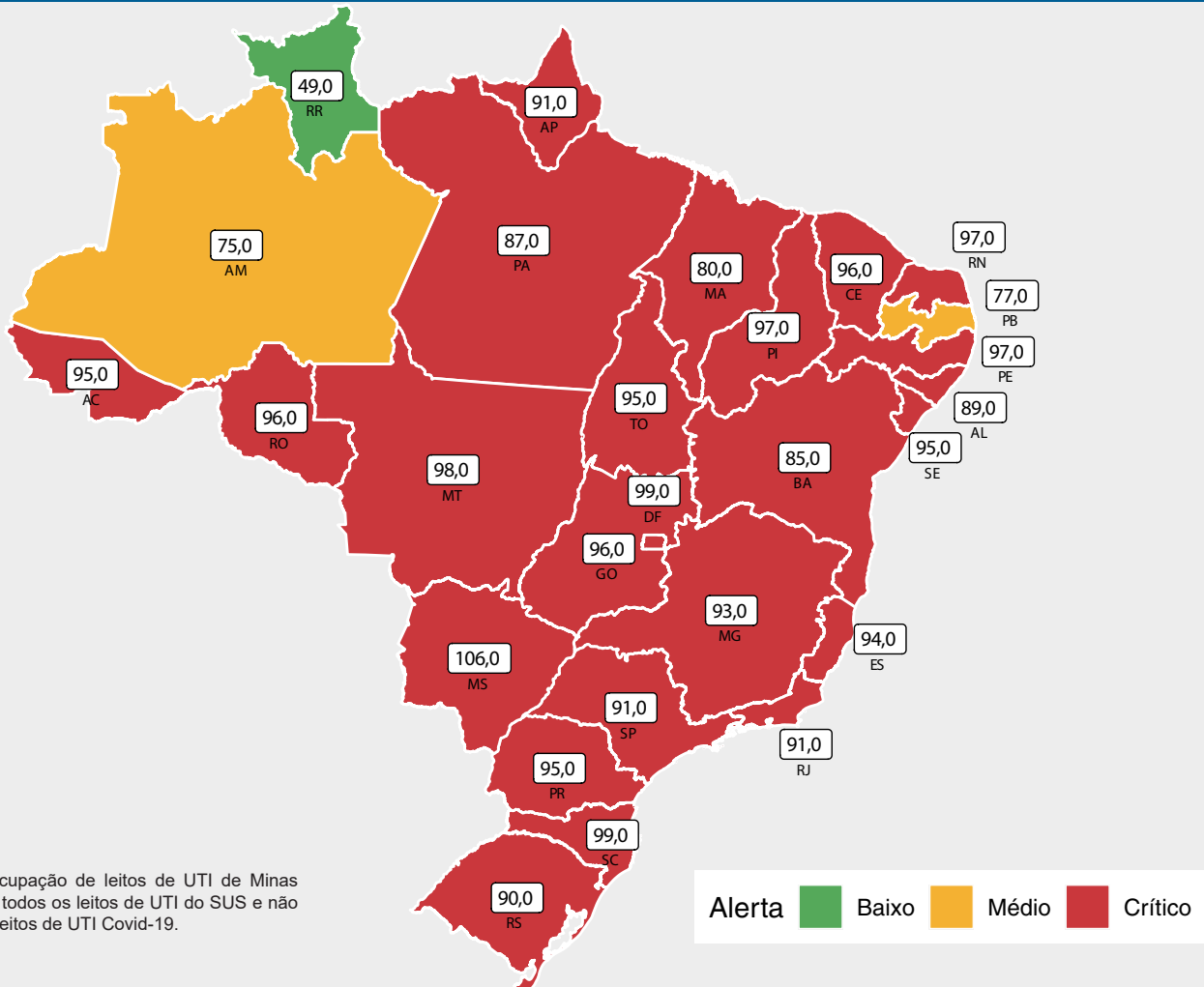
Florianópolis (99%), Porto Alegre (94%), Campo Grande (108%), Cuiabá (98%), Goiânia (97%) e Brasília (99%). Quatro capitais estão com taxas superiores a 80% e inferiores a 90%: São Luís (89%), João Pessoa (82%), Recife (84%) e Salvador (82%). Manaus e Boa Vista reúnem todos os leitos de UTI Covid-19 do Amazonas e de Roraima, respectivamente, com as suas taxas correspondendo às dos próprios estados (75% e 49%).

Embora haja grande expectativa em relação à indicação do sucesso ou não de medidas restritivas de circulação de pessoas que vêm sendo adotadas em diferentes partes do país, as taxas de ocupação de leitos de UTI são menos sensíveis no prazo mais imediato. Espera-se, entretanto, que elas possam ser reduzidas após cerca de 3 a 4 semanas de adoção consistente e satisfatória dessas medidas. No momento, ainda não se pode negligenciar a gravidade do quadro de saturação do sistema de saúde para resposta à elevadíssima demanda colocada pelo número excessivo de casos de Covid-19 em praticamente todo o país. Persistem filas para acesso a leitos de enfermaria, e especialmente de UTI, redução significativa de atendimentos para outros problemas de saúde, indícios de esgotamento de insumos e medicamentos fundamentais para pacientes com Covid-19 e com outras condições e o esgotamento dos profissionais de saúde.

É fundamental insistir na necessidade de esforços para o fortalecimento da rede de serviços de saúde, incluindo os diferentes níveis de atenção, e da vigilância, com ampla testagem, assim como para a aceleração da vacinação, com a compra e ampliação da produção de vacinas. Além disso, como barreira para a disseminação da pandemia e preservação de vidas, faz-se imprescindível a garantia de condições para que a população possa se manter em casa protegida, limitando a circulação de pessoas nas cidades apenas para a execução de atividades verdadeiramente essenciais.



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



Perfil demográfico de casos e óbitos

O Boletim do Observatório Covid-19 Fiocruz das semanas 10 e 11 trouxe a primeira evidência de rejuvenescimento da pandemia no Brasil. Naquele momento, a partir da análise dos dados de hospitalizações por Covid-19 obtidos pelo SivepGripe sobre as Síndromes Respiratórias Agudas Graves no Brasil, estimamos, entre as semanas epidemiológicas (SE) 01 e 10 de 2021, um aumento de casos em 316,88%. As faixas etárias de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos se destacaram, com aumento, respectivamente, de 565,08%, 626% e 525,93%. O mesmo Boletim apontou que a média da idade dos casos na SE 1 de 2021 foi de 62,33 anos, e de óbitos foi de 71,53 anos; e na SE 10 os valores foram 58,13 anos para casos novos e 66,54 anos para óbitos.

Ao longo das últimas semanas, com a atualização dos dados¹, pudemos atualizar os cálculos. Com a revisão, as médias da idade de casos nas semanas epidemiológicas 1 e 10 foram, respectivamente, de 62,39 e 58,29 anos. A semana epidemiológica 12² apresenta idade média de 58,38 anos. Para óbito, os valores foram 71,56 anos (SE 1); 65,63 anos (SE 10) e 65,94 anos (SE 12). As curvas por idade simples para casos e óbitos, segundo semana epidemiológica (Figura 1), permitem a inspeção visual do rejuvenescimento, com deslocamento da curva à esquerda.

Com relação à distribuição dos casos e óbitos por faixa etária, a atualização do banco de dados revelou um aumento ainda mais excepcional: o aumento para a semana epidemiológica 10, comparada à semana epidemiológica 1, foi de 828,38%. As faixas etárias de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos continuaram sendo aquelas com aumento mais notável, respectivamente, 1456,97%, 1422,05% e 1346,13%. A comparação das semanas epidemiológicas 1 e 12 de 2021, mostram que o rejuvenescimento se manteve, com aumento global de 701,58%. Novamente, as faixas etárias de 30 a 39 anos, 40 a 49 anos e 50 a 59 anos superaram o aumento global: o aumento foi, respectivamente, de 1218,33%; 1217,95% e 1144,94%.

É importante ressaltar que a faixa etária de 20 a 29 anos, que no diagnóstico prévio teve aumento inferior ao aumento global

(256%), após a atualização permaneceu superior, com aumento, para a semana 10, de 876%. Para a semana 12, o aumento foi igualmente superior ao aumento global, com 740,80%. Para os óbitos, os dados do relatório anterior mostravam aumento global de 223,10%. A faixa de 30 a 39 anos teve aumento de 352,62%; houve incremento de 419,23% para a faixa de 40 a 49 anos e de 317,08% para a faixa de 50 a 59 anos. Com a recuperação de notificações, o aumento passou a ser de 733,48% (global), 1.418,18% (20 a 29 anos), 1.376,74% (30 a 39 anos), 1.306,02% (40 a 49 anos) e 1.375,35% (50 a 59 anos). A comparação entre as semanas epidemiológicas 1 e 12 mostra crescimento global de óbitos de 468,57%. As faixas que mantiveram crescimento superior ao global foram 20 a 29 anos (872,73%), 30 a 39 anos (813,95%), 40 a 49 anos (880,72%), 50 a 59 anos (877,46%) e 60 a 69 anos (566,46%). O deslocamento dos casos e óbitos para grupos etários mais jovens fica destacado na figura 2.

A análise com base nos dados permite avaliar a situação atual do país em comparação com os períodos anteriores, com base no padrão temporal. Vale lembrar que os dados consideram a semana de notificação. Desta forma, estão sujeitos a alterações como aquelas observadas. Cabe o alerta de que o rejuvenescimento é evidente e vem ocorrendo de forma persistente ao longo das semanas. A distribuição demográfica no Brasil tem dado à pandemia um padrão distinto daquele observado na Europa. Isto significa dizer que, em que pese a importância de orientar as ações de mitigação com base nos exemplos internacionais, é preciso reconhecer as especificidades do país na adoção de medidas restritivas. Esta mudança no perfil dos casos e óbitos contribui para o aumento da pressão sobre o sistema de saúde, potencialmente prolongando o tempo médio de internação. Além disso, já que se trata de população com maior circulação devido às atividades de trabalho, é importante considerar o potencial de transmissibilidade aumentado devido a este rejuvenescimento. Portanto, este fenômeno requer atenção dos gestores para uma intensificação da adoção das medidas de mitigação, como as de distanciamento físico e social.

1. Os dados são rotineiramente atualizados, com a correção de inconsistências e inclusão de notificações ainda não realizadas para aquela semana
2. A análise inclui dados até a semana epidemiológica 12. Os dados da semana epidemiológica 13 ainda se encontram em processamento, pois muitos casos permanecem abertos, ainda em investigação.

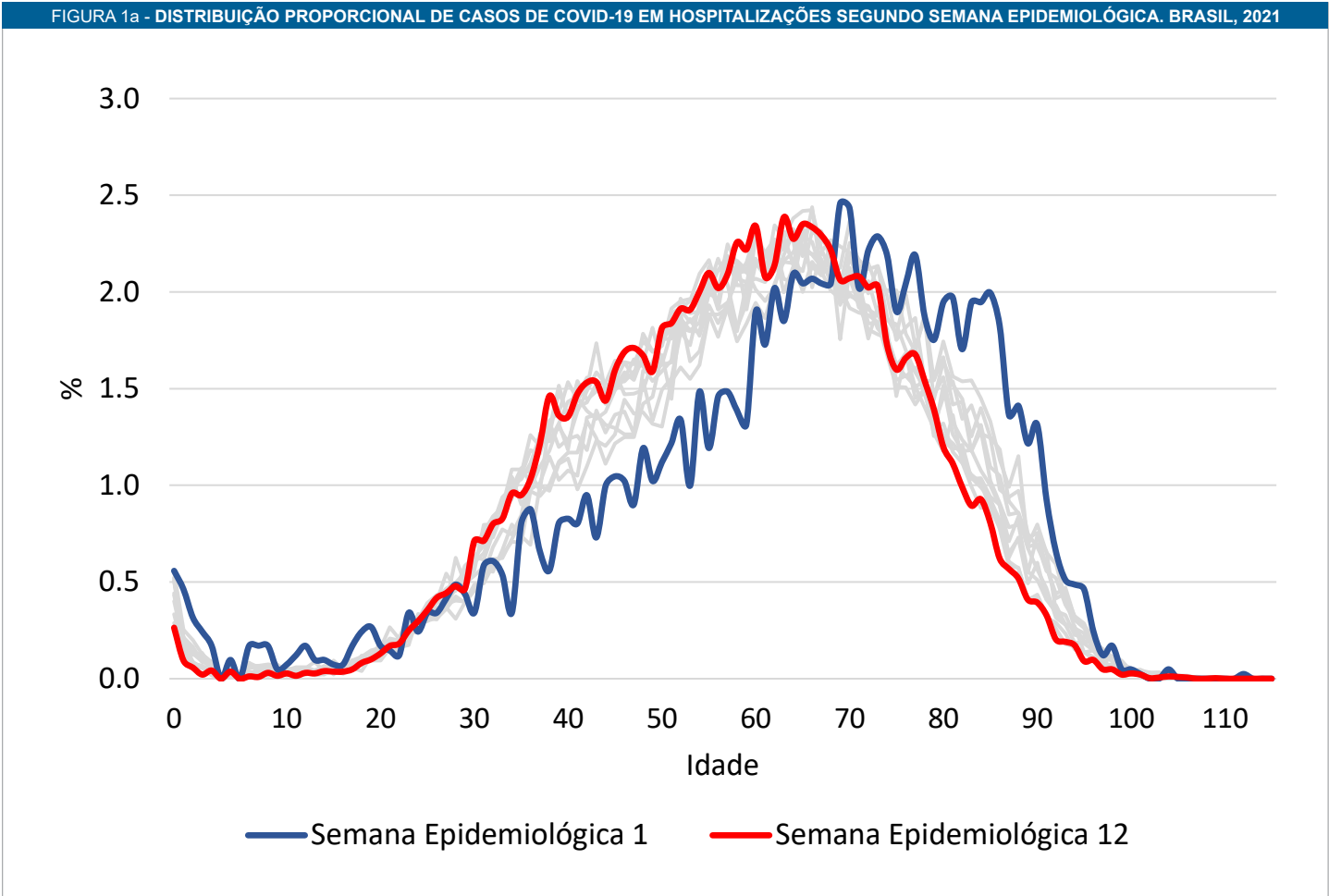
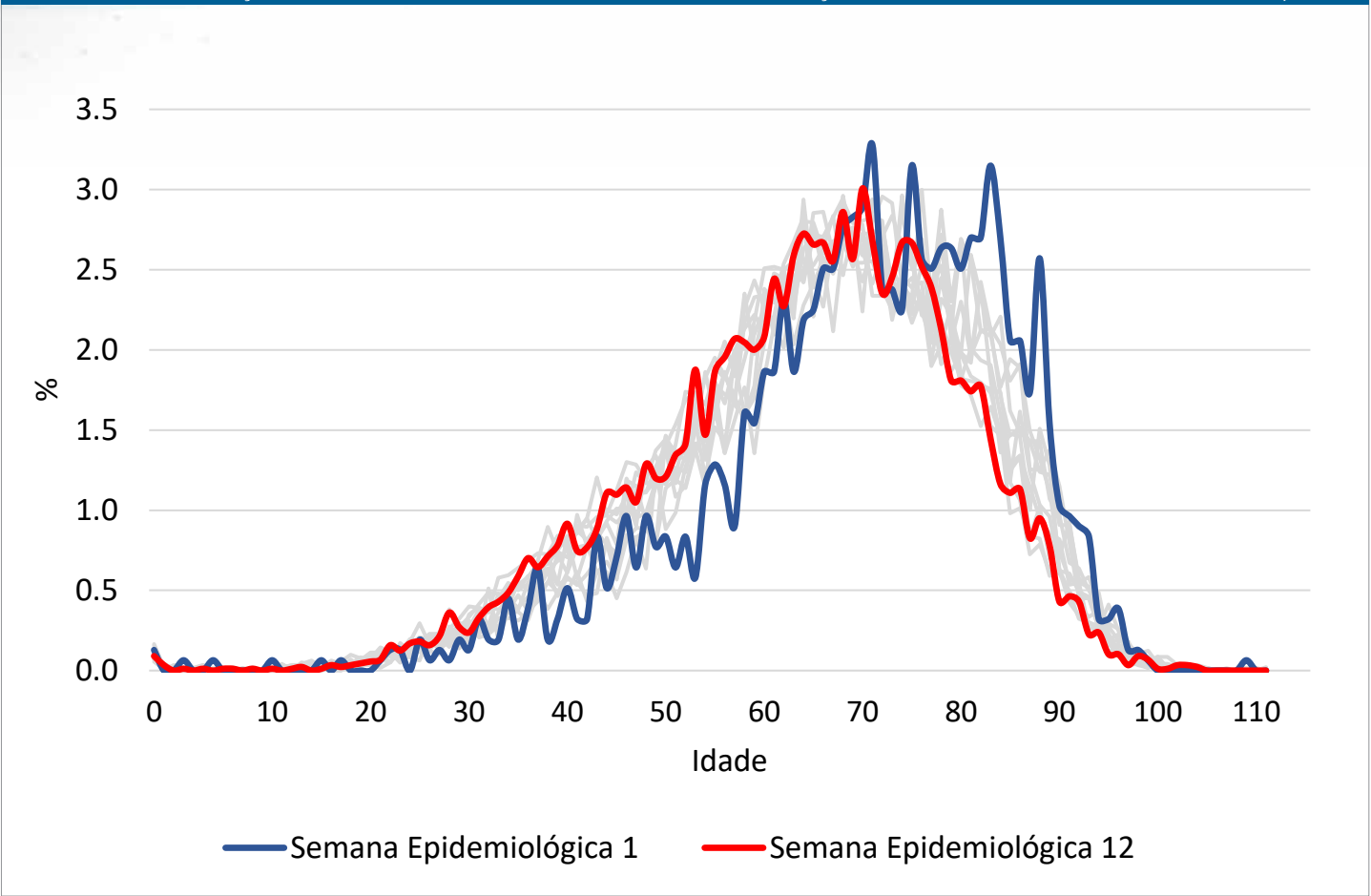
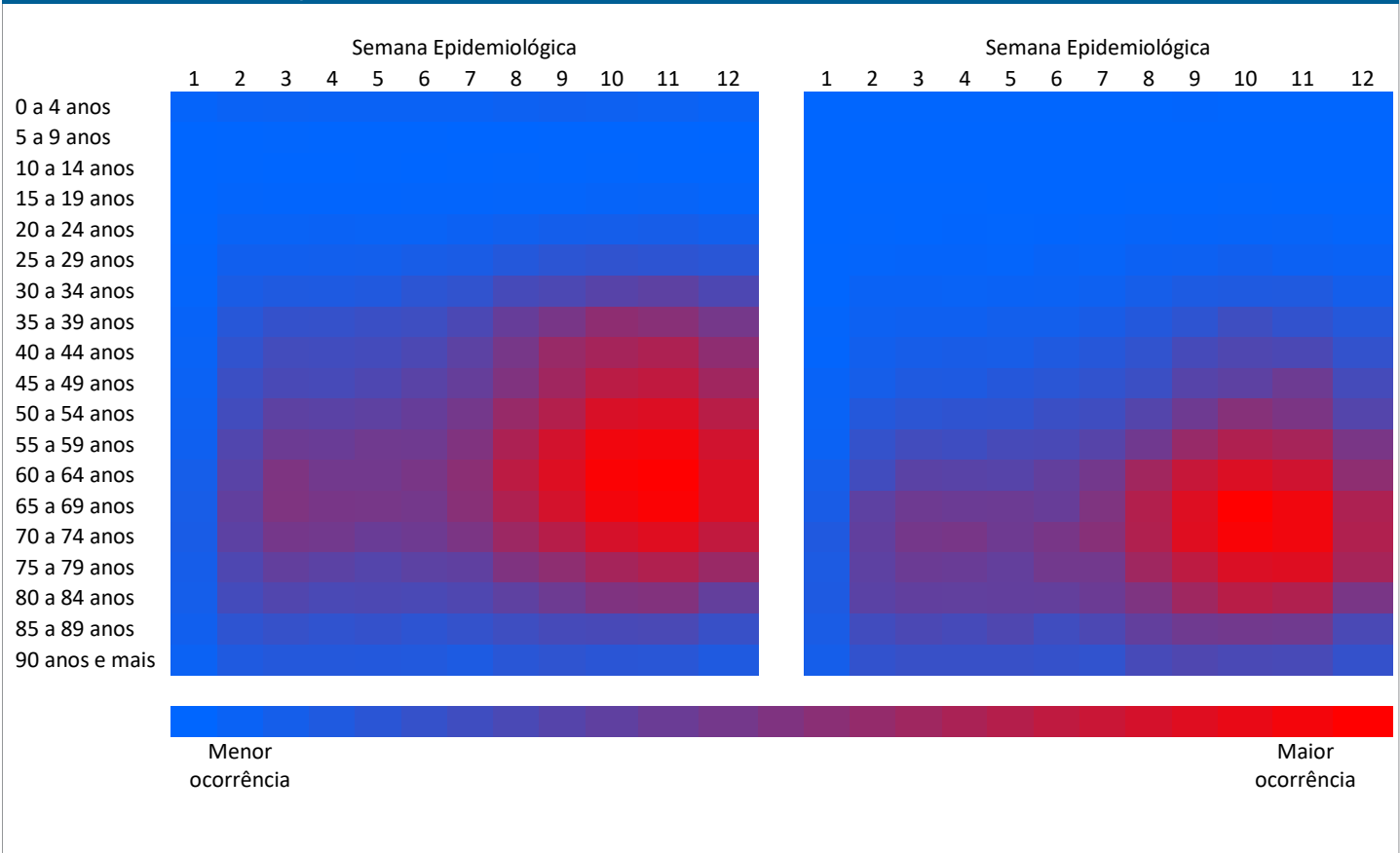


FIGURA 1b - DISTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL DE ÓBITOS POR COVID-19 EM HOSPITALIZAÇÕES SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2021



Observatorio Covid-19 | Fiocruz

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



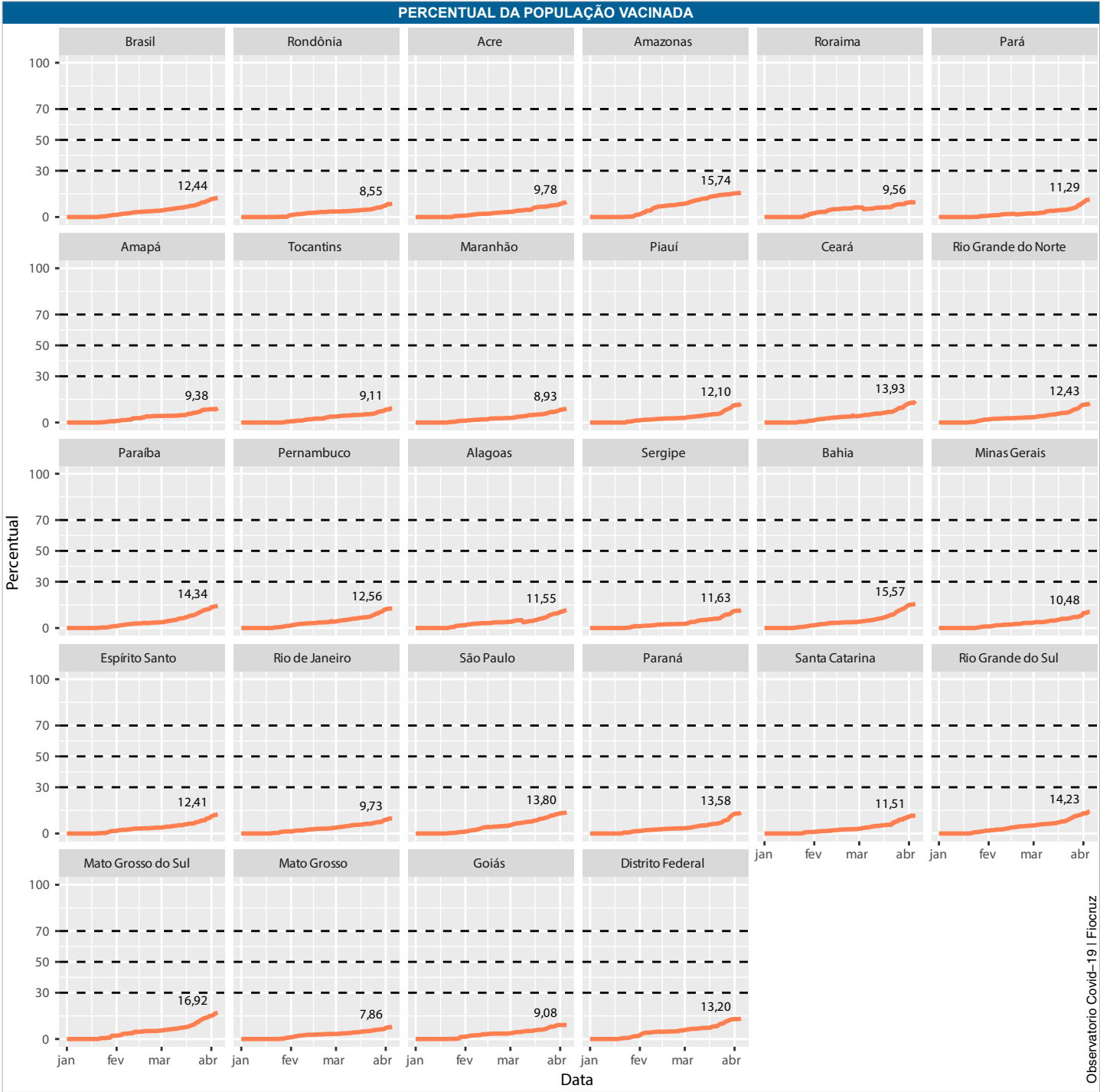
Observatorio Covid-19 | Fiocruz

Vacinação no Brasil

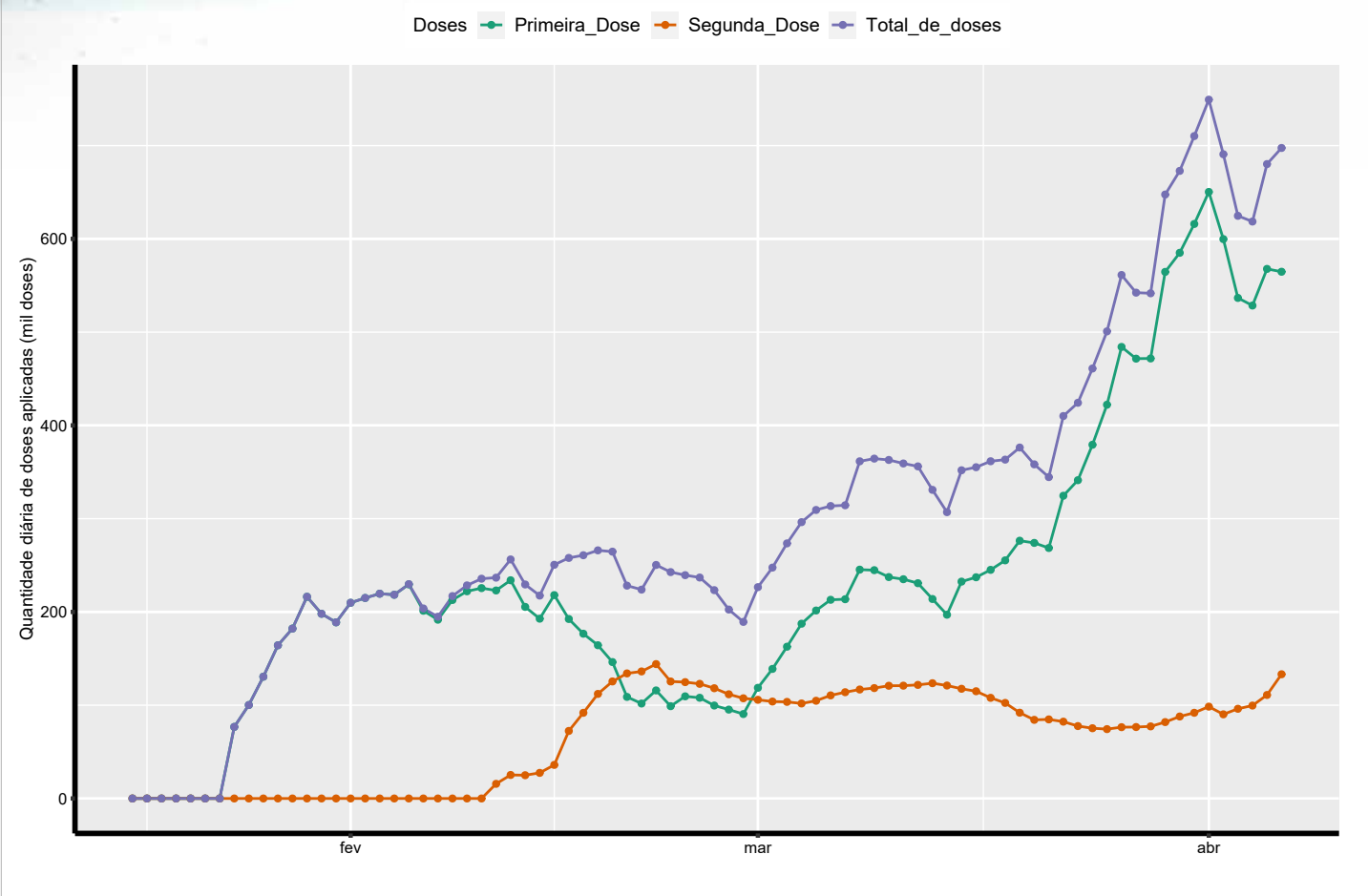
A vacinação no Brasil segue avançando à medida em que as doses são disponibilizadas. O país já vacinou 13% da população acima de 18 anos com a primeira dose e 3,68% com a segunda dose. O gráfico abaixo apresenta a média móvel de 7 dias da vacinação para o país. Adotou-se essa métrica devido a diminuição da aplicação de doses nos finais de semana. Considerando esse cálculo, em 1º ocorreu o maior volume de doses aplicadas, com 749.253 doses totais. Houve aceleração importante da vacinação no mês de março para primeiras doses aplicadas. Com relação às segundas doses houve uma estabilização da vacinação em março com tendência de aumento em abril. Considerando valores absolutos, 1º de abril foi o dia com o maior volume de doses aplicadas com 893.296 e 6 de abril foi o dia com o maior volume de doses aplicadas de segunda dose, com 285.051. Até o momento estes dois dias também apresentaram vacinação total acima de 1 milhão de doses, com 1.082.038 doses em 6 de abril e 1.041.518 em 1º de abril.

Das doses distribuídas pelo Ministério da Saúde às unidades da Federação, 90,3% já foram entregues aos municípios, segundo informações do governo federal (https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19VAC_Distr/DEMAS_C19VAC_Distr.html). Com exceção de Roraima, os demais estados já repassaram mais de 80% das doses para os municípios. É importante disponibilizar recursos de logística a estados que apresentem dificuldade no repasse das doses.

A velocidade de aquisição e fabricação de doses, assim como a logística de repasse até as unidades de saúde que farão a aplicação apresenta relação com a velocidade de imunização esperada. Nesse sentido, as atribuições do governo federal na aquisição dos imunizantes, a atribuição dos estados na distribuição das doses e a atribuição dos municípios na velocidade de aplicação devem ser ajustados de forma síncrona seguindo as orientações do PNI, que devem ser mais objetivas sobre esses processos e com planejamento de médio prazo e cumprimento de metas, o que pode acelerar todo esse processo.



VACINAÇÃO NO BRASIL - MÉDIA MÓVEL DE 7 DIAS (APLICAÇÃO DE DOSES)



Fonte: MonitoraCOVID-19 via @CoronavirusBra1 / @wlcota

Observatorio Covid-19 | Fiocruz

RESUMO DE DOSES DISTRIBUÍDAS AOS ESTADOS E REPASSADAS AOS MUNICÍPIOS. BRASIL, 2021				
UF	DOSES DISTRIBUÍDAS DO MIN. DA SAÚDE AOS ESTADOS	DOSES DISTRIBUÍDAS DOS ESTADOS AO MUNICÍPIOS	DIFERENÇA	PERCENTUAL DE REPASSE
TOTAIS	43.333.356	39.150.128	4.183.228	90,30%
SÃO PAULO	10.162.018	8.069.074	2.092.944	79,40%
MINAS GERAIS	4.651.980	4.547.014	104.966	97,70%
RIO DE JANEIRO	4.000.910	3.974.240	26.670	99,30%
BAHIA	2.993.550	2.595.019	398.531	86,70%
RIO GRANDE DO SUL	2.861.600	2.848.051	13.549	99,50%
PARANÁ	2.253.300	1.931.925	321.375	85,70%
PERNAMBUCO	1.833.530	1.713.860	119.670	93,50%
CEARÁ	1.705.100	1.568.827	136.273	92,00%
PARÁ	1.331.090	1.278.016	53.074	96,00%
SANTA CATARINA	1.328.040	1.231.814	96.226	92,80%
GOIÁS	1.233.780	1.280.395	-46.615	103,80%
MARANHÃO	1.233.740	1.068.842	164.898	86,60%
AMAZONAS	1.178.220	1.147.670	30.550	97,40%
PARAÍBA	837.380	808.979	28.401	96,60%
ESPÍRITO SANTO	784.570	729.210	55.360	92,90%
RIO GRANDE DO NORTE	685.690	428.441	257.249	62,50%
ALAGOAS	599.960	513.337	86.623	85,60%
PIAUÍ	591.130	563.307	27.823	95,30%
MATO GROSSO SO SUL	576.510	581.307	-4.797	100,80%
DISTRITO FEDERAL	564.410	564.410	0	100,00%
MATO GROSSO	561.210	515.126	46.084	91,80%
SERGIPE	399.680	382.862	16.818	95,80%
TOCANTINS	270.250	222.974	47.276	82,50%
RONDÔNIA	265.008	263.850	1.158	99,60%
ACRE	163.540	145.536	18.004	89,00%
RORAIMA	146.560	71.052	75.508	48,50%
AMAPÁ	120.600	104.990	15.610	87,10%

Medidas para enfrentamento da pandemia

As medidas de bloqueio (*lockdown*) e mitigação, acompanhadas de políticas e ações sociais, têm como objetivos reduzir a propagação do vírus e o surgimento de novos casos, sobretudo daqueles que podem gerar a necessidade de internação nos hospitais, de modo a reduzir a sobrecarga ou mesmo colapso no sistema de saúde com consequente aumento do número de mortes de pessoas que, muitas vezes, sequer conseguem acesso ao tratamento adequado e oportuno.

Com base nas propostas de medidas de enfrentamento apresentadas em boletins anteriores, nas experiências realizadas dentro e fora do país e na literatura científica propomos três conjuntos, que devem ser combinados e desenvolvidos de modo articulado, coerente, integrado e consistente para que produzam resultados. Estes três conjuntos envolvem: 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, como pode ser visto nas últimas cinco semanas epidemiológicas (SE 9 a 13); 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; 3) as **políticas e ações sociais** cujo objetivo é mitigar os impactos sociais e sanitários da pandemia, principalmente para as populações mais vulneráveis.

A combinação deste conjunto de medidas visa proteger a saúde da população e salvar vidas e é fundamental diante dos novos e complexos desafios colocados, mas exige capacidades de governança, políticas e ações coerentes com os cenários epidemiológicos e do sistema de saúde. Esta coerência demanda a convergência e integração dos diferentes poderes do Estado brasileiro (executivo, legislativo e judiciário), assim como dos diferentes níveis de governo (municipais, estaduais e federal), com participação das empresas, instituições e organizações da sociedade civil (de nível local ao nacional). Medidas e decisões dissonantes neste contexto, ao mesmo tempo que corroem a confiança nas instituições que são fundamentais para o enfrentamento da pandemia, prolongam o sofrimento produzido pelos impactos sociais, econômicos e sanitários, produzindo uma catástrofe¹.

Medidas não farmacológicas

A implementação destas medidas deve combinar legislações e decretos com campanhas nacionais, estaduais e municipais de comunicação, que ampliem e fortaleçam as medidas de prevenção para a população.

Medidas de Supressão ou Bloqueio

Adoção de medidas mais rigorosas de restrição da circulação e das atividades não essenciais, de acordo com a situação epidemiológica e capacidade de atendimento de cada região, devem ser avaliadas semanalmente a partir de critérios técnicos como taxas de ocupação de leitos (85% ou mais, como recomendado pelo CONASS) e tendência de elevação no número de casos e óbitos.

A literatura científica internacional, com amostras em dezenas ou centenas de países², aponta importantes pontos que destacamos:

- 1) As **Medidas de Supressão ou Bloqueio** são extremamente relevantes para redução da transmissão em até 80%.
- 2) **É o conjunto de medidas de restrição das atividades não essenciais que produz impacto na redução da transmissão, casos e óbitos, e não apenas uma ou algumas das mesmas**, por isso devem ser combinadas.
- 3) As **Medidas de Supressão ou Bloqueio** demandam certo tempo para que produzam efeitos na redução da transmissão e casos, e por conseguinte, na redução das taxas de ocupação de leitos hospitalares para Covid-19 e óbitos. Para redução das taxas de transmissão em cerca de 40%, resultados de pesquisas apontam a **necessidade de pelo menos 14 dias de adoção destas medidas, com o monitoramento diário para acompanhar seus impactos na redução de casos, taxas de ocupação de leitos hospitalares e óbitos, podendo ser ampliado o tempo de acordo com os cenários.**

Medidas de mitigação

Medidas de mitigação devem ser combinadas e adotadas logo após as de bloqueio com o objetivo de manter a tendência de desaceleração da velocidade de propagação alcançada com a implementação de medidas restritivas mais rígidas. Envolve combinar legislações e decretos com campanhas que ampliem e fortaleçam as medidas de distanciamento físico e social, higienização nos diferentes locais de circulação e trabalho, além da ampliação da disponibilidade e o uso de Máscaras, tendo como meta que pelo menos 80% ou mais da população utilize-as de modo adequado.

O uso de máscaras em larga escala **social** deve ser ampliado e estimulado, mesmo para pessoas vacinadas, pois apresenta grandes impactos na redução da transmissão e, por conseguinte, no número de casos e óbitos, como demonstram estudos³, dos quais destacamos importantes pontos:

- 1) Máscaras de pano multicamadas podem diminuir entre 70% e 80% o risco de infecção;
- 2) Com 80% ou mais da população utilizando máscaras há uma redução muito acentuada da transmissão. Se somente 50% da população utilizar máscaras, a redução será mínima.
- 3) A combinação de elevados percentuais de uso de máscaras combinadas com medidas de distanciamento físico e social tem resultado em maior controle da transmissão.
- 4) Se regulamentações governamentais sobre o uso de máscaras são importantes, sozinhas são insuficientes, devendo ser realizadas campanhas sobre a importância do uso e como usá-las, além da distribuição gratuita de máscaras em larga escala.

Consideramos fundamental **ampliar a disponibilidade e o uso de máscaras, tendo como meta que pelo menos 80% da população utilize-as de modo adequado**. Campanhas de distribuição gratuita de máscaras de pano multicamadas em áreas e pontos de maior concentração populacional e com baixo percentual de uso, combinadas com campanhas governamentais e não-governamentais sobre a importância e modo correto de utilização devem fazer parte desta estratégia. **A distribuição gratuita de máscaras, assim como feita a distribuição gratuita de camisinhas para prevenção da Aids, deve ser estimulada e ampliada como uma das formas de proteção contra a Covid-19.**

Medidas envolvendo o Sistema de Saúde

Medidas para adequação de oferta de leitos, quantitativo de profissionais e condições de trabalho

A ampliação do número de leitos em espaços físicos e com instalações adequadas deve ser acompanhada da contratação e capacitação de equipes, adoção de protocolos atualizados para manejo clínico dos pacientes, garantia de equipamentos e insumos em número suficiente. Equipes da gestão da qualidade e dos núcleos de segurança do paciente devem apoiar o trabalho dos profissionais e orientá-los quanto às medidas de proteção no trabalho e às boas práticas para a segurança do paciente, de modo a reduzir também a mortalidade hospitalar de internações por Covid-19.

Medidas de gestão de medicamentos e insumos evitando desabastecimento

Gestores de todos os níveis devem atualizar diariamente o painel de estoque de medicamentos e de outros insumos de interesse para o enfrentamento da Covid 19 – anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares, oxigênio medicinal entre outros. Outros medicamentos críticos para condições crônicas também devem ser monitorados para que não haja desabastecimento.

A aquisição de medicamentos deve ser providenciada com antecedência, acompanhando a velocidade de transmissão da doença, para obter estimativas mais aproximadas das necessidades futuras. Remanejamento de estoques também podem ser viabilizados entre hospitais e mesmo municípios.

Para estas medidas sugerimos como referência o documento elaborado pela Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH) elaborado para atender solicitação feita pelo CONASEMS, intitulado: **Orientação para estimativa de consumo diário de medicamentos do kit intubação, por leito, conforme doses terapêuticas preconizadas.**

Ampliar as ações de saúde da Atenção Primária em Saúde (APS) com abordagem territorial e comunitária

A APS, em especial a Estratégia de Saúde da Família, no âmbito da gestão das secretarias municipais de saúde, possui um papel fundamental nas ações de **contenção** e **mitigação**. As equipes da Atenção Primária cobrem mais de 75% da população do país e as 44 mil equipes de Saúde da Família (ESF), envolvendo 260 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que assistem cerca de 64% da população. Os municípios com maior cobertura da APS possuem um importante e precioso recurso que deve ser fortalecido e ampliado em termos das seguintes ações:

Vigilância de saúde, com ampliação da testagem e acompanhamento dos testados, com isolamento dos casos suspeitos e monitoramento dos contatos, bem como busca ativa de casos suspeitos para diagnósticos, principalmente nos municípios que possuem baixa capacidade laboratorial instalada. Estas ações são fundamentais para isolar casos e suspeitos, bem como para instituir a quarentena dos contatos, reduzindo a circulação de pessoas infectadas e exposição das pessoas, principalmente as que possuem fatores de riscos, como: idade igual ou superior a 60 anos; fumantes; obesos; problemas cardíacos e respiratórios; hipertensão; doenças renais; diabéticos; neoplasia maligna; anemias; grávidas.

Identificação de grupos de risco, os profissionais de ESF e gestores de saúde locais possuem acesso a dados de pessoas com doenças crônicas (como as diabetes, hipertensão e Aids), bem como gestantes de risco, que podem ter seus quadros clínicos agravados se perderem o vínculo com a atenção e o acesso a medicamentos e apresentarem condições de maior vulnerabilidade no caso de infecção pelo vírus da Covid-19. Esse cadastro deve ser permanentemente atualizado e usado para o rastreamento de grupos de risco.

A vigilância sobre a completude do esquema vacinal também precisa ser realizada, com ênfase na busca ativa de faltosos para administração da segunda dose da vacina.

Cuidado individual dos casos suspeitos e casos não graves de Covid-19, de modo que APS possa ser organizada e fortalecida no seu papel para reduzir ao máximo do número de casos que podem evoluir para os quadros críticos e graves que venham a demandar internações, através do acompanhamento precoce e contínuo dos casos confirmados e suspeitos, bem como dos contatos.

Continuidade dos cuidados ofertados pela APS, criando condições para preservar as atividades de rotina de cuidados em saúde, mantendo as UBS de portas abertas, ainda que com redução dos atendimentos presenciais e/ou visitas domiciliares, com áreas de atendimento separadas para pacientes suspeitos de Síndromes de Respiratória Aguda Grave (SRAG) e para outros pacientes, e incrementar o atendimento à distância (contatos por telefone, tele consultas, entre outros), são medidas fundamentais para reduzir a evolução para quadros críticos e graves, a sobrecarga dos profissionais de saúde e dos hospitais, e o aumento do número de óbitos por Covid-19 e outras doenças, assim como a transmissão dentro dos serviços de saúde.

Identificação de situações de vulnerabilidade social, especialmente aquelas decorrentes da pobreza, saúde mental, violência, entre outras; bem como o desenvolvimento de ações de educação em saúde para a prevenção descrita anteriormente, e de apoio ao isolamento e quarentena domiciliar, e, sempre que necessário, acompanhadas de ações de proteção social e assistência social que reduzam a fome e a insegurança alimentar.

Ação comunitária e apoio social a grupos vulneráveis, envolvendo equipes de APS, com especial destaque para os ACS, em interação com lideranças, instituições e organizações locais, que podem contribuir, não somente para identificar e mapear os usuários e famílias de maior risco para Covid-19 (idosos, pacientes com doenças crônicas, pessoas em extrema pobreza ou com insegurança alimentar), como também reforçar e apoiar as medidas de prevenção, e integrar redes sociais locais para apoio na inscrição em programas sociais, na distribuição de cestas básicas e outras ações que possibilitem que as pessoas mantenham o isolamento e a quarentena, reduzindo a circulação e exposição de pessoas aos riscos de infecção.

Orientações para preparação da adoção de medidas de bloqueio

- Comunicação clara com a população para que se prepare para permanecer o maior tempo possível em casa, sem se deslocar, fazendo-o apenas em caso de extrema necessidade.
- Adiamento de consultas e exames de rotina para aqueles que não apresentam quadros de saúde com mudanças que impliquem cuidados de saúde.
- Preparação das equipes de Saúde da Família para identificar aqueles pacientes com consultas agendadas que precisam de acompanhamento ou medicamentos – usar recursos de teleconsultas e visitas domiciliares.
- Manter consultas e exames de gestantes, de acordo com o agendamento.
- Gestores de hospitais devem antecipar, sempre que possível, a entrega de materiais, insumos, etc.
- Orientação à população para realizar exercícios e, se em área externa próxima de casa, usar máscara.
- Gestores podem identificar parceiros para realizarem ações humanitárias de forma coordenada, como a distribuição de alimento pronto e água potável em pontos estratégicos, com auxílio de agentes públicos para organizar filas e distribuir senhas, por exemplo.

Políticas e ações sociais

A pandemia tem revelado de modo acentuado que embora todos possam estar expostos em algum grau, os riscos e impactos têm sido mais acentuados nos grupos com maiores vulnerabilidades, resultantes das desigualdades sociais e iniquidades em saúde. Esta situação, que envolve desigualdades estruturais, acentuadas pela conjuntura da pandemia, coloca alguns grupos em grande desvantagem para cumprir as medidas de bloqueio, mitigação (distanciamento físico e social, uso de máscaras e higienização das mãos) e sanitárias (isolamento e quarentena), bem como no acesso aos serviços de saúde, incluindo exames diagnósticos, tratamento e reabilitação.

Neste contexto, o aumento da pobreza e da miséria, com elevação nos indicadores de insegurança alimentar e da fome, são questões fundamentais de saúde pública e de enfrentamento da pandemia.

Tendo como referência o último **Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 (VIGISAN)**, realizado pela Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional, e a **Carta dos Secretários Estaduais de Saúde à Nação Brasileira**, entende-se que além do retorno do auxílio emergencial é fundamental e urgente a aprovação de um Plano Nacional de Recuperação Econômica, envolvendo políticas de geração de emprego e renda, além de políticas e ações envolvendo toda a sociedade através de doações e ações de assistência social para o combate a fome na pandemia.

1. Horton R. The COVID-19 Catastrophe: What's Gone Wrong and How to Stop It Happening. Cambridge: Polity Press, 2020.
2. Banholzer N. e col. Impact of non-pharmaceutical interventions on documented cases of COVID-19. medRxiv. 2020 / Flaxman S. e col. Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. Nature. Vol 584. 2020 / Li e col. The temporal association of introducing and lifting non-pharmaceutical interventions with the time-varying reproduction number (R) of SARS-CoV-2: a modelling study across 131 countries. Lancet 2020
3. Kay e col. Universal Masking is Urgent in the COVID-19 Pandemic: SEIR and Agent Based Models, Empirical Validation, Policy Recommendations. arXiv:2004.13553v1 [physics.soc-ph] / Rader e col., Mask-wearing and control of SARS-CoV-2 transmission in the USA: a cross-sectional study. Lancet, 3(3); E148-E157, March 01, 2021 / Centers for Disease Control and Prevention. Science Brief: Community Use of Cloth Masks to Control the Spread of SARS-CoV-2. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/masking-science-sars-cov2.html>

Bloqueio, atividades não essenciais e atividades essenciais - alguns exemplos

No início da pandemia, em março de 2020, o Governo Federal estabeleceu, por meio de decreto, uma lista de atividades e serviços essenciais com o objetivo de impedir que a paralisação temporária dos serviços prejudicasse a aquisição de bens e insumos destinados ao enfrentamento da Covid-19, assim como a continuidade de serviços indispensáveis à população. Ao serem classificados como essenciais, atividades e serviços podem continuar em operação, mesmo durante períodos de bloqueio (lockdown) com objetivo de reduzir a transmissão e a sobrecarga ou colapso dos sistemas de saúde. Porém, em muitos contextos, atendendo a pressões de diferentes setores da economia, esta lista foi se tornando cada vez mais extensa, incorporando serviços e atividades que fogem do escopo do que é essencial para a população em períodos de adoção de medidas de bloqueio, durante as

quais é de extrema importância que a maior parte da população fique em casa ou reduza em muito sua circulação.

Tendo como referência os decretos nacionais que estabelecem as atividades e serviços essenciais, bem como decretos municipais mais recentes de Fortaleza, Salvador e Araraquara, cidades que se submeteram a restrições mais rígidas e que apresentaram decréscimo sustentado dos indicadores de criticidade da pandemia, apresentamos no Quadro 1 alguns exemplos de atividades e serviços essenciais e não essenciais, recomendando a adoção de trabalho remoto sempre que possível, tanto no setor público quanto no privado, bem como a adoção de medidas para redução da superlotação nos transportes coletivos urbanos, visto que a população responsável pelos serviços e atividades essenciais deverá continuar circulando pelas cidades.

QUADRO 1. PROPOSIÇÃO COM EXEMPLOS DE ATIVIDADES E SERVIÇOS ESSENCIAIS E NÃO ESSENCIAIS	
ESSENCIAIS	NÃO ESSENCIAIS
■ Hospitais e demais estabelecimentos de saúde, serviços de atendimento médico, entre eles consultórios médicos, internato, serviços de enfermagem, clínicas de fisioterapia e clínicas e serviços de vacinação, e outros serviços de saúde e socorro a pessoas; ■ Serviços odontológicos, para atendimento de emergência; ■ Laboratórios de análises clínicas; ■ Farmácias e drogarias; ■ Clínicas veterinárias e lojas de produtos para animais; - Imprensa, meios de comunicação e telecomunicação em geral; ■ Funerárias; ■ Segurança pública; ■ Limpeza urbana; ■ Produção e distribuição de alimentos; ■ Assistência social e atendimento à população em estado de vulnerabilidade; ■ Telecomunicações e internet; ■ Serviços de <i>call center</i>; ■ Distribuidoras e revendedoras de água e gás; ■ Geração, transmissão e distribuição de energia elétrica; ■ Correios; ■ Postos de combustíveis; ■ Transportadoras, armazéns e oficinas de veículos automotores, mediante agendamento, mantidas cerradas as portas; ■ Atividades industriais	■ Eventos presenciais como shows, congressos, festas com mais de 8 pessoas, atividades religiosas, esportivas e correlatas; ■ Atividades presenciais de todos os níveis da educação; ■ Permanência em espaços públicos como praças, parques e praias; ■ Bares e restaurantes, devendo estes funcionar apenas no esquema de entrega (<i>delivery</i>); ■ Atos religiosos em igrejas e templos; ■ Atendimento presencial ao público pelos órgãos e entidades da Administração Pública, substituído por atendimento <i>on-line</i> e telefônico; ■ Equipamentos culturais públicos e privados; ■ Casas de festas e boates; ■ <i>Shopping centers</i>, galerias e estabelecimentos congêneres; ■ Salões de beleza e barbearias; ■ Clínicas de estética; ■ Academias de esportes de todas as modalidades, centros de ginásticas e estabelecimentos congêneres; ■ Educação complementar não regulada; ■ Atividades de construção civil, incluídas as lojas de tintas e de materiais para construção;



FOTO: CNN

Impacto das medidas de bloqueio (lockdown)

Ao longo de março, algumas cidades decretaram medidas de restrição de atividades e mobilidade da população. Além da falta de padronização dessas medidas, municípios têm tomado decisões muitas vezes isoladas, sem considerar a circulação entre cidades, o que é ainda mais necessário em regiões metropolitanas.

Outro aspecto relevante sobre a definição das medidas restritivas, além da lista do que é ou não essencial para a população em períodos de adoção de medidas de bloqueio, é a importância do monitoramento dos indicadores para calibrar a rigidez das medidas e a necessidade de sustentação das mesmas por períodos mais prolongados. A adesão a essas medidas de contenção é avaliada pelo Índice de Permanência Domiciliar (IPD), obtido com base em dados do Google Mobility Report, que oferecem hoje um panorama da mobilidade urbana da população, em termos percentuais em referência à mobilidade observada em um período antes da pandemia. Esse índice foi implementado na plataforma MonitoraCovid-19 do IciCT/Fiocruz (<https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/>).

Salvador, que decretou medidas de contenção em 26 de fevereiro, atingiu uma alta adesão ao isolamento, permanecendo com IPD em torno de 55% ao longo de duas semanas, tendo sido recentemente prorrogadas as medidas¹. As medidas foram decretadas pelo governo da Bahia, em acordo com prefeitos de toda a Região Metropolitana (RM), e incluiu a cidade de Conde, não oficialmente pertencente à RM mas que poderia ser também afetada².

A Figura 1 mostra a evolução do IPD em Salvador e a queda da taxa de incidência de Covid-19 em toda a RM de Salvador nos dias subsequentes. Nos primeiros dias após a decretação das medidas houve uma estabilização na incidência e posterior redução para cerca da metade do número de casos após duas semanas das medidas. O efeito do lockdown foi percebido em toda a RM, com maior impacto no município de Camaçari.

Também em Araraquara, a prefeitura decretou o lockdown em 21 de fevereiro de 2021. A média móvel de casos de Covid-19 era de 189 e o número de pacientes internados de 218. Após 17 dias houve uma redução de 43% (n=108) na média móvel de casos e de 19% no número de pacientes internados. Em relação às internações, como já era esperado, os efeitos não foram imedia-

tos, tendo ocorrido um aumento de 13% nas internações cinco dias após o lockdown, pois se o bloqueio tem como objetivo reduzir a transmissão, casos e sobrecarga do sistema de saúde, mesmo após os decretos ainda haverá um percentual da população evoluindo para os quadros mais críticos dias.

As medidas de restrição (lockdown) nas regiões de saúde e/ou regiões metropolitanas que estiverem nos limites de suas capacidades, com 85% ou mais dos leitos hospitalares para casos críticos e graves de Covid-19 ocupados, envolve a restrição das atividades não essenciais por cerca de 14 dias, tempo mínimo necessário para a redução significativa das taxas de transmissão e número de casos (em torno de 40%) e redução das pressões sobre o sistema de saúde. Entretanto, este tempo pode ser prolongado até que a redução de casos se traduza no fim da sobrecarga sobre o sistema de saúde, permitindo que as pessoas necessitando de leitos UTI Covid-19 possam ser atendidas e reduzindo a mortalidade pelo não acesso quando necessário.

Experiências de outros países que já passaram por crises no seu sistema de saúde servem de referência. Desde que os primeiros casos de Covid-19 foram identificados na Espanha e na Itália, no final de fevereiro de 2020, ambos os países apresentaram níveis altos e preocupantes dos indicadores da pandemia.

A Itália se tornou o terceiro país mais afetado no mundo (128.948 casos, em 5 de abril de 2020), com o maior número de óbitos (15.887 mortes, em 5 de abril de 2020), enquanto a Espanha foi o segundo mais afetado em número de casos diagnosticados (130.759) e mortalidade (12.418). Como medida de enfrentamento e tentativa de frear a curva de transmissão e reduzir os indicadores de criticidade da pandemia, a Itália implementou o lockdown em 8 de março de 2020, prolongando seu prazo e implementando medidas ainda mais restritivas a partir de 21 de março, quando todas as empresas foram fechadas, com exceção das essenciais para as cadeias de abastecimento do país.

Da mesma forma, a Espanha impôs um bloqueio em 16 de março de 2020, com medidas de distanciamento social semelhantes às estabelecidas na Itália. Duas semanas depois, em 30 de março, a Espanha também implementou um bloqueio mais restritivo, com o objetivo de reduzir a mobilidade e a atividade industrial não essencial em todo o país.

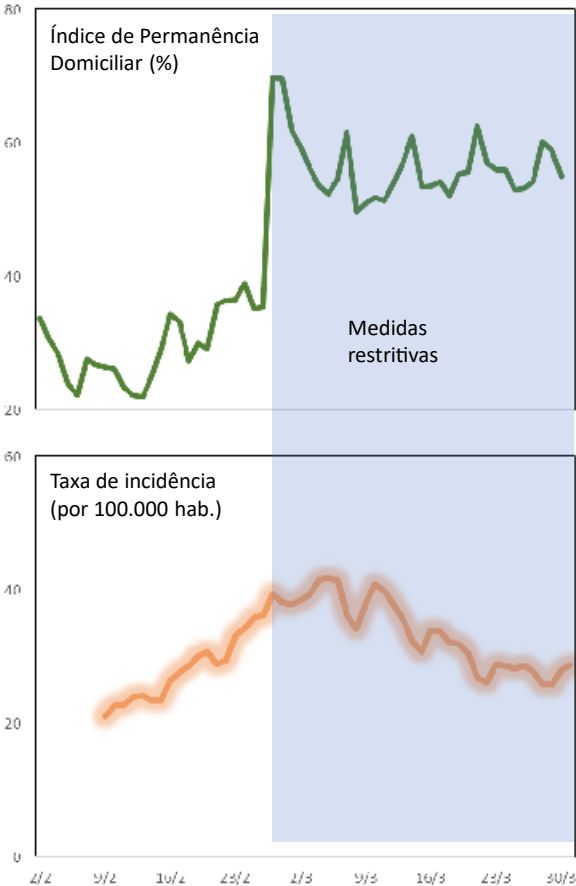
A experiência recente de lockdown em Portugal também deve servir de exemplo e é uma das mais bem sucedidas do mundo. O “confinamento” (como é chamado naquele país), decretado em 22 de janeiro de 2021, reduziu de 11 mil para 440 os casos diários de Covid-19 em fins de março.

No entanto, a efetivação desse isolamento, pela decretação por parte de governos de medidas excepcionais de restrição de atividades econômicas e sociais, depende da existência de redes de apoio social, garantia de trabalho seguro para atividades essenciais e trabalhadores informais, da fiscalização dessas medidas e principalmente da adesão dos cidadãos, empresas e instituições.

É importante observar que os primeiros impactos das medidas restritivas são observáveis no número de casos confirmados e casos suspeitos, como por exemplo as SRAG. Somente a manutenção e adaptação dessas medidas ao longo das próximas semanas pode se refletir na queda sustentada do número de óbitos e no alívio de hospitais, que permanecem com altos níveis de ocupação de leitos UTI, e em alguns municípios com lista de espera.

Deve-se ressaltar também que a duração e a natureza dessas medidas têm variado grandemente entre as cidades. Por isso é necessário o estabelecimento de protocolos para definição das atividades essenciais, regulação dos transportes, articulação entre municípios que se localizam na mesma região de atenção à saúde, bem como o incentivo ao distanciamento, com apoio social e campanhas de comunicação.

FIGURA 1. EVOLUÇÃO DO IPD E TAXA DE INCIDÊNCIA DE COVID-19 EM SALVADOR



1. G1. Restrições de atividades são prorrogadas em Salvador e RMS até 22 de março; confira <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/03/12/salvador-prosegue-com-medidas-restritivas-ate-dia-22.ghtml>
2. <https://g1.globo.com/ba/bahia/noticia/2021/03/02/salvador-e-cidades-da-regiao-metropolitana-prorrogam-medidas-restritivas-apos-reuniao-entre-prefeitos-diz-moema-gramacho.ghtml>