

VAMOS JUNTOS
SUPERAR
ESSA CRISE.

A INDÚSTRIA NO COMBATE
À COVID-19.

NÚMERO 13

BOLETIM SESI COVID

QUINTA-FEIRA, 24 DE JUNHO DE 2021



© Zoran Zeremski/stock.adobe.com

CONTEXTO

VACINAÇÃO E MORTALIDADE: PROPORÇÃO INVERSA

A vacinação para a COVID-19 no Brasil começou no dia 17 de janeiro, na semana número 3 do calendário epidemiológico de 2021. A expectativa no ambiente científico, nesse momento, era a de saber qual seria o impacto da vacinação na mortalidade pela doença.

Na cidade de São Paulo, a vacina inicialmente utilizada foi a CoronaVac, com prioridade

aos profissionais de saúde, moradores das Instituições de Longa Permanência de Idosos e, depois, por faixas etárias descendentes. O intervalo de aplicação entre a primeira e a segunda dose foi estipulado em 28 dias, ou seja, em meados de fevereiro (semanas epidemiológicas 8 e 9) o efeito da imunização poderia ser observado.

FIGURA 1

MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA EM NÚMERO ABSOLUTOS (SÃO PAULO-SP)

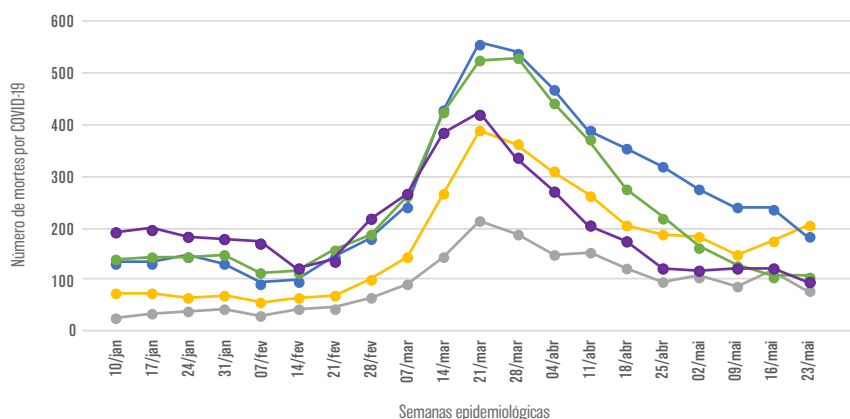
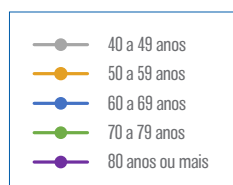
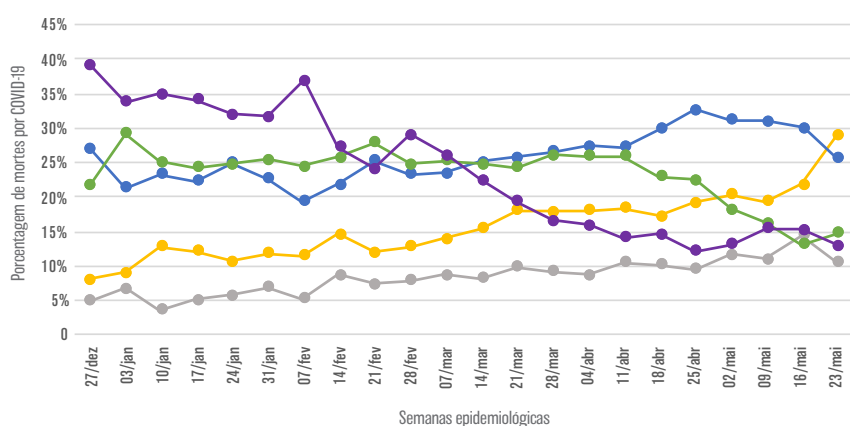
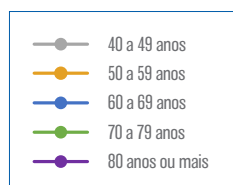


FIGURA 2

MORTALIDADE POR FAIXA ETÁRIA EM RELAÇÃO AO TOTAL DE MORTES (SÃO PAULO-SP)



Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM/PRODAIM/CEInfo - SMS/SP. Data de atualização: 18/06/2021.

Os gráficos aqui apresentados fornecem uma boa indicação dos resultados obtidos até o final de maio na capital paulista. Eles mostram duas curvas da mortalidade por faixa etária na cidade, uma em número absolutos (**figura 1**) e a outra proporcionalmente ao total de mortes (**figura 2**).

O que vemos é que no mês de janeiro, o maior número de mortes ocorria na faixa etária superior a 80 anos. Ao final de maio, esse grupo, que foi o primeiro a receber a vacina na cobertura por idade, já registrava os menores valores na comparação com outras faixas. Nesse período de quase cinco meses, a proporção de mortes entre as pessoas com mais de 80 anos caiu de

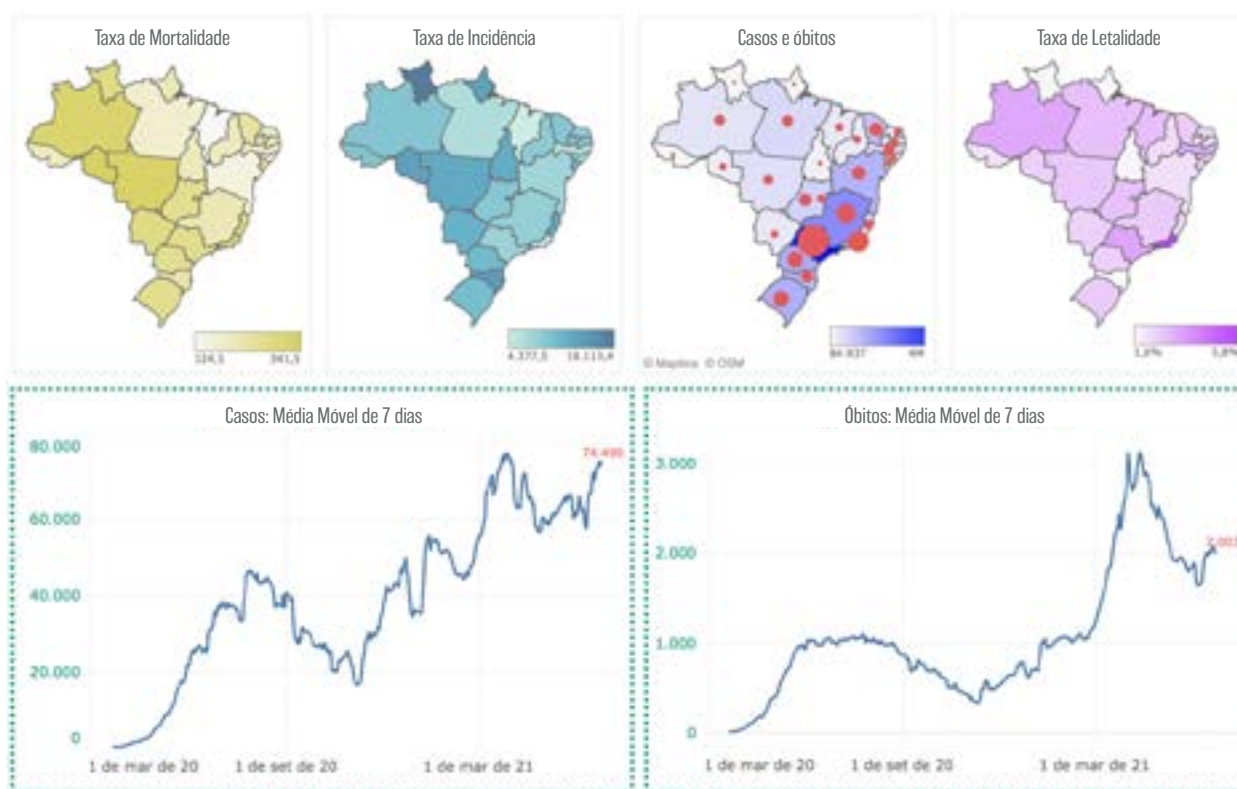
39% para 12% do total de óbitos. Em março, no pico de mortes, os mais idosos tiveram elevação semelhante àqueles entre 50 a 59 anos.

Em oposição, a faixa etária de 50 e 59 anos, ainda não imunizada, era a quarta em número de mortes em janeiro (8%). Ao final de maio, tornou-se a primeira, respondendo por 28% das fatalidades. Na faixa etária entre 70 e 79 anos, a redução da mortalidade foi maior em relação à faixa inferior, de 60 a 69 anos, vacinada posteriormente.

Esses dados demonstram que houve impacto da vacina na mortalidade. Espera-se que esse efeito não seja superado por novas variantes e pelo aumento do contágio. ■

TENDÊNCIAS

DADOS DO CONASS REVELAM QUADRO PREOCUPANTE



O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) monitora diariamente a situação da pandemia pela COVID-19 em todo o território nacional, como podemos ver acima. Os mapas mostram um comparativo por estados das taxas de mortalidade, incidência e letalidade (veja definições na página seguinte) e o impacto absoluto de casos e óbitos. As taxas apresentadas são brutas, ou seja, consideram o tamanho da população (mortalidade e incidência), mas sem a padronização por idade, que é fundamental para avaliações mais detalhadas. A taxa de letalidade

é o cálculo do número de mortos em relação ao número de casos. Assim, valores elevados no Rio de Janeiro podem ser atribuídos muito mais à baixa cobertura diagnóstica do que ao número elevado de mortes.

Um dado bastante relevante, apresentado nos gráficos acima, refere-se às tendências temporais por média móvel de sete dias, tanto para casos novos como para mortes. Em ambas as situações, verifica-se o aumento de novos casos e de óbitos em todo o território nacional até o dia 12 de junho de 2021. ■

CONCEITOS

Passado mais de um ano do início da pandemia, **ainda há termos sendo utilizados erroneamente como sinônimos**, embora estabelecidos há muito tempo na Estatística de saúde e na Epidemiologia.

PREVALÊNCIA

Coefficiente do número de casos existentes pelo número de habitantes em uma localidade, por um tempo determinado. Ela é mais utilizada para doenças crônicas, como osteoartrite, epilepsia, ou fatores de risco, como hipertensão. Infelizmente no caso da COVID, ao contrário de outras viroses respiratórias, há a possibilidade de seqüela (em torno de 20% dos acometidos). Assim, teremos casos prevalentes de COVID indefinidamente.

INCIDÊNCIA

Coefficiente do número de casos novos pelo número de habitantes em uma localidade por um tempo determinado. Nas doenças infecciosas, ela também é chamada de taxa de ataque. A incidência da COVID-19 pode ser medida de três formas: casos clínicos ou confirmados por teste viral (RT-PCR); interações pela doença; e internações em terapia intensiva.

LETALIDADE

Coefficiente do número de mortes ocorridas pelo número total de casos por uma determinada doença. A letalidade varia de acordo com o espaço onde ela é medida, podendo ser um país ou uma unidade de terapia intensiva. A comparação da letalidade entre hospitais não é simples, porque implica comparar as condições prévias de hospitalização, que podem variar muito de local a local e momento a momento.

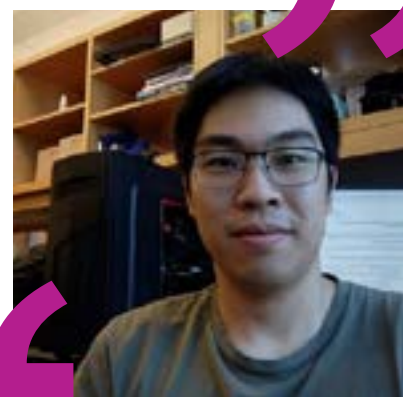
MORTALIDADE

Coefficiente do número de mortes pelo número de habitantes em uma localidade por um tempo determinado. Como já mostrou na edição 10 do Boletim SESI COVID, os coeficientes de mortalidade pela COVID em Manaus e Rio de Janeiro eram semelhantes quando comparados com o total da população. No entanto, como a população do Rio de Janeiro tem o dobro de pessoas acima de 60 anos, os valores em Manaus tornam-se significativamente maiores.

ENTREVISTA VITOR MORI

Físico e doutor em engenharia biomédica pela USP, pesquisador da Universidade de Vermont (EUA) e membro do Observatório COVID-19 BR. O paulistano Vitor, de 29 anos, tornou-se um reconhecido divulgador científico graças às suas publicações no Twitter com dicas práticas de prevenção contra a COVID-19.

“Apenas é possível tornar o uso da máscara opcional se a pandemia estiver bastante controlada e a vacinação avançada”



Qual a melhor máscara para conter a transmissão viral?

Em termos de promover um alto nível de proteção individual em locais de maior risco (locais fechados e mal ventilados), o ideal seria máscaras do tipo PFF2. Mas mesmo máscaras cirúrgicas e de pano têm uma função importante no controle da transmissão.

As máscaras de pano têm alguma utilidade no controle do vírus?

Sim. Apesar de fornecerem um nível de proteção individual menor do que as PFF2, elas reduzem a emissão de partículas contaminadas por parte de quem está usando, protegendo o seu entorno. Para isso é importante que a máscara esteja bem vedada ao rosto.

O uso de ar-condicionado pode alterar a circulação do vírus?

O maior problema é que o uso do ar-condicionado geralmente é associado ao ato de fechar todas as portas e janelas do ambiente. Alguns sistemas de ar-condicionado possuem um sistema de filtração eficiente, mas na maioria dos modelos a filtração é bem limitada.

Mesmo com cobertura vacinal elevada, você acha correto ter cessado o uso de máscara como determinado pelo CDC?

Em locais ao ar livre eu não vejo muito problema já que são ambientes com risco muito menor. Já em locais fechados o ideal seria avaliar os números da COVID-19 e não só da vacinação. Apenas se a pandemia estiver bastante controlada e a vacinação avançada é possível tornar o uso da máscara opcional. ■