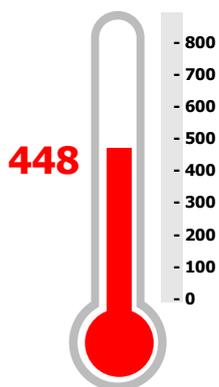


RESUMO DA SITUAÇÃO DA PANDEMIA – PERÍODO 23/6 A 6/7/2022

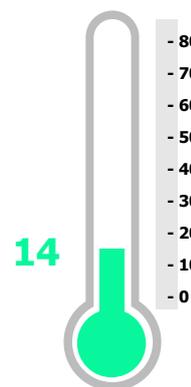
Taxa de novos casos de COVID-19 (em 14 dias) por 100 mil habitantes



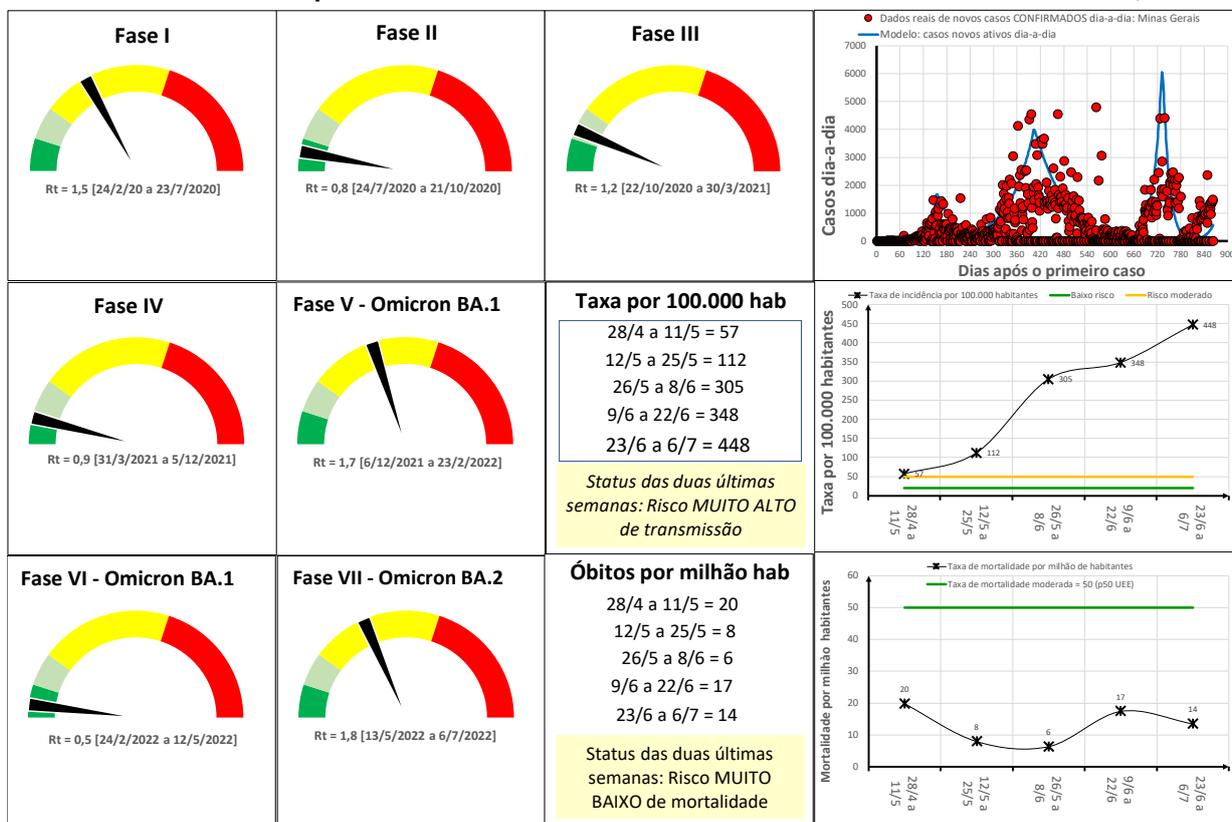
Velocidade atual da epidemia (RT) = 1,8



Óbitos em 14 dias por COVID-19 por milhão de habitantes



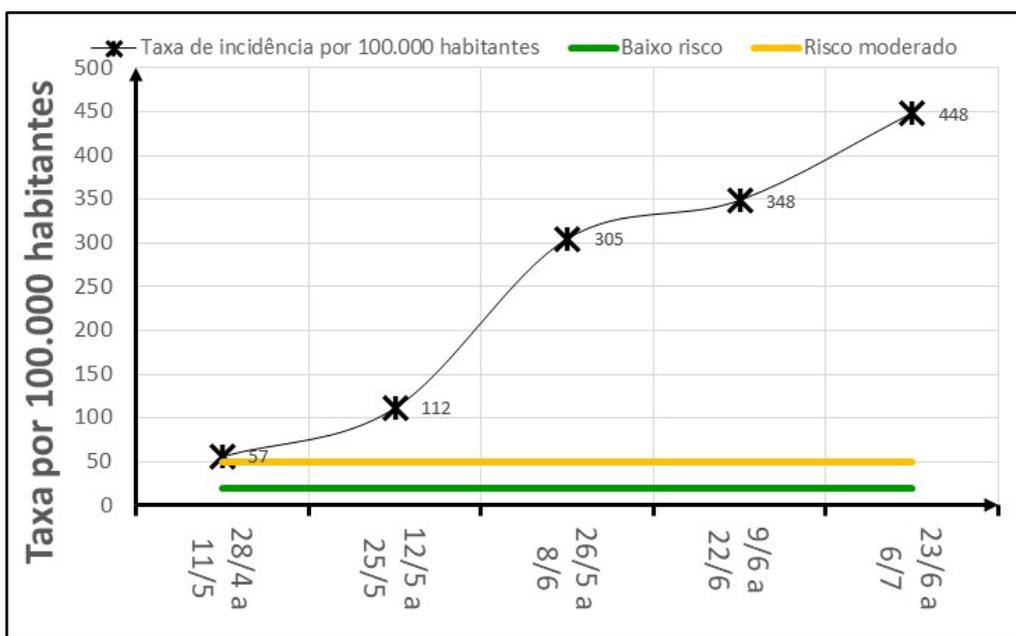
Velocidade média da epidemia em Belo Horizonte: início da 4ª onda de COVID-19 em 13/Maio



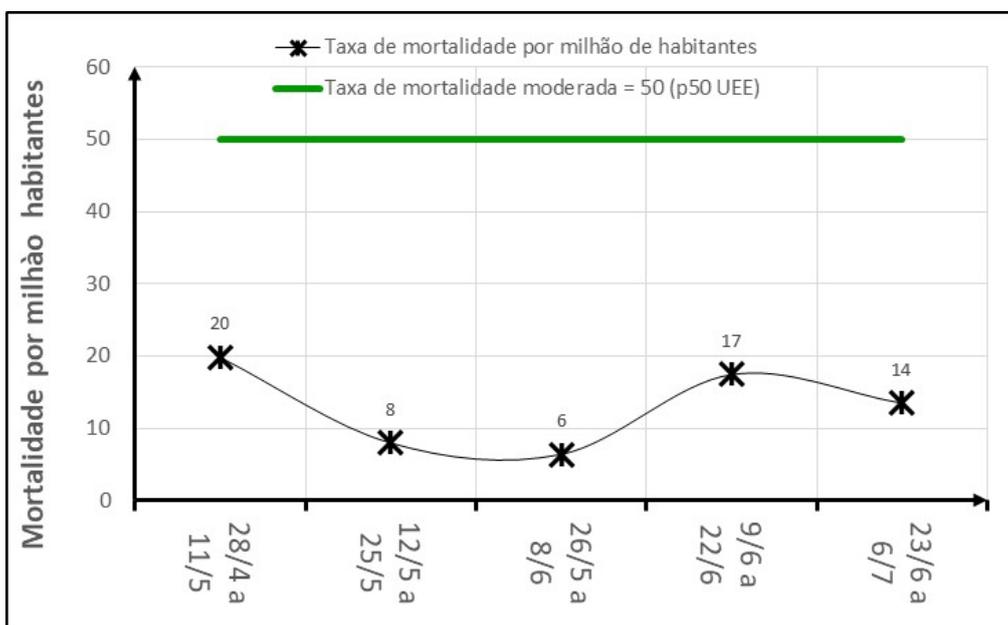
Fonte de dados (MG): <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/dadosabertos>

Obs.: cada fase ou período da epidemia é modelada por uma taxa de transmissão (Rt). Atualmente, a cidade de Belo Horizonte está na fase VII (iniciada em 13 de Maio/2022), começando a 4ª onda de COVID-19.

EVOLUÇÃO, NAS 10 ÚLTIMAS SEMANAS, DA TAXA DE OCORRÊNCIA DE NOVOS CASOS (CASOS POR 100 MIL HABITANTES EM 14 DIAS) EM BH – DE 23/6 A 6/7/2022



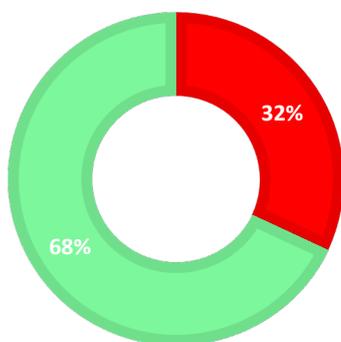
EVOLUÇÃO, NAS 10 ÚLTIMAS SEMANAS, DA TAXA DE MORTALIDADE (ÓBITOS POR MILHÃO DE HABITANTES EM 14 DIAS) EM BH – DE 23/6 A 6/7/2022



TAXA DE COBERTURA VACINAL CONTRA COVID-19 – 5/7/2022

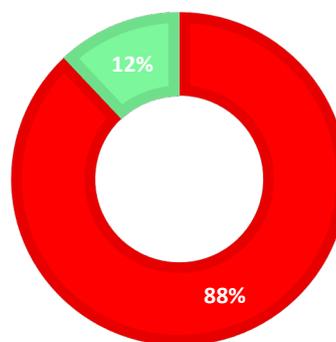
ACUMULADO 1ª DOSE DE REFORÇO

■ Não vacinados ■ Vacinados



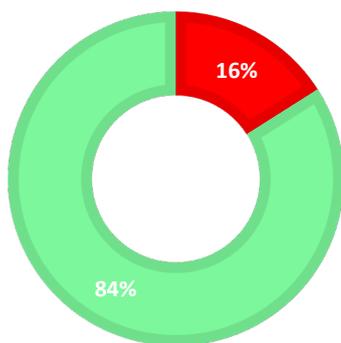
ACUMULADO 2ª DOSE DE REFORÇO

■ Não vacinados ■ Vacinados



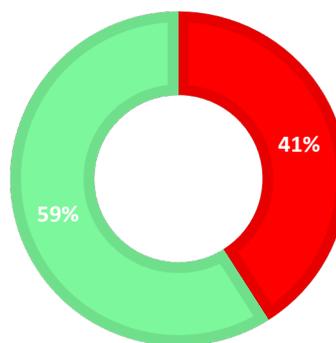
ACUMULADO CRIANÇAS (5 A 11 ANOS) 1ª DOSE

■ Não vacinados ■ Vacinados



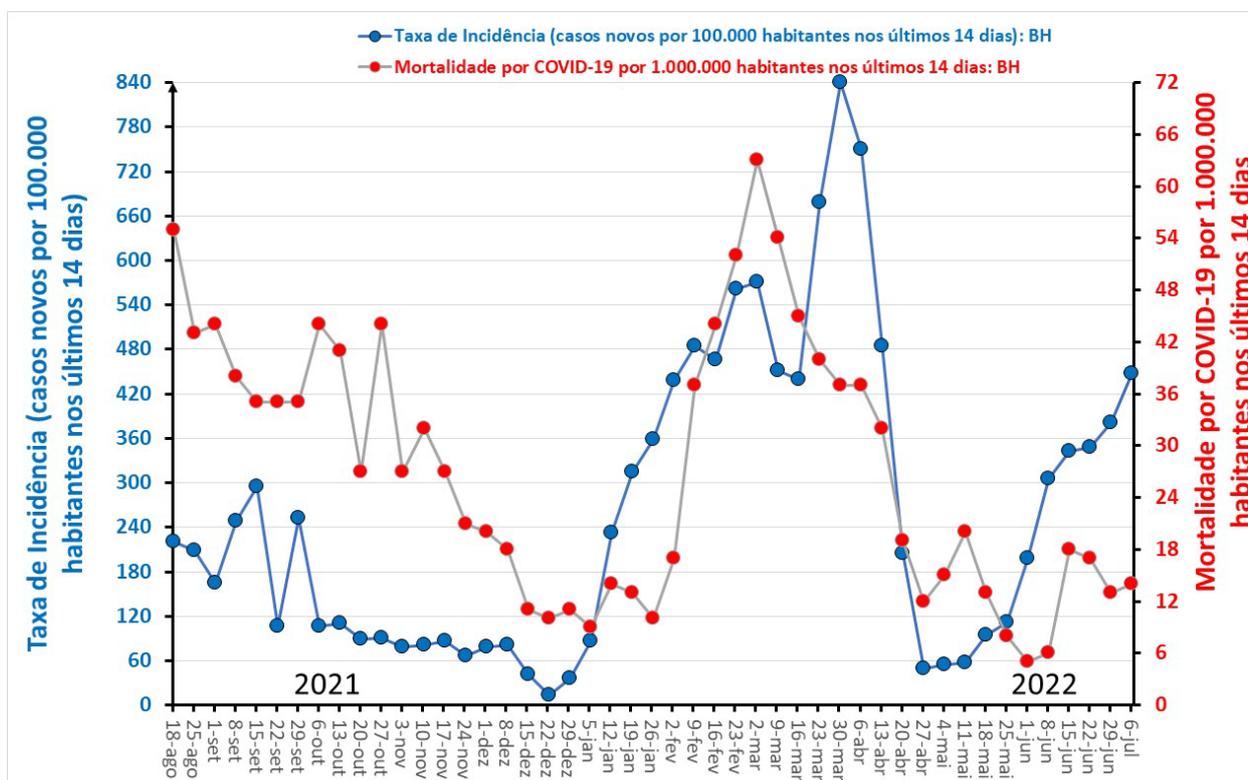
ACUMULADO CRIANÇAS (5 A 11 ANOS) 2ª DOSE

■ Não vacinados ■ Vacinados



Fonte: <https://prefeitura.pbh.gov.br/campanha-de-vacinacao-contr-covid-19>

TAXAS DE INCIDÊNCIA COVID-19 (NOVOS CASOS POR 100.000 HABITANTES) E TAXA DE MORTALIDADE (ÓBITOS POR MILHÃO DE HABITANTES) NA CIDADE DE BELO HORIZONTE

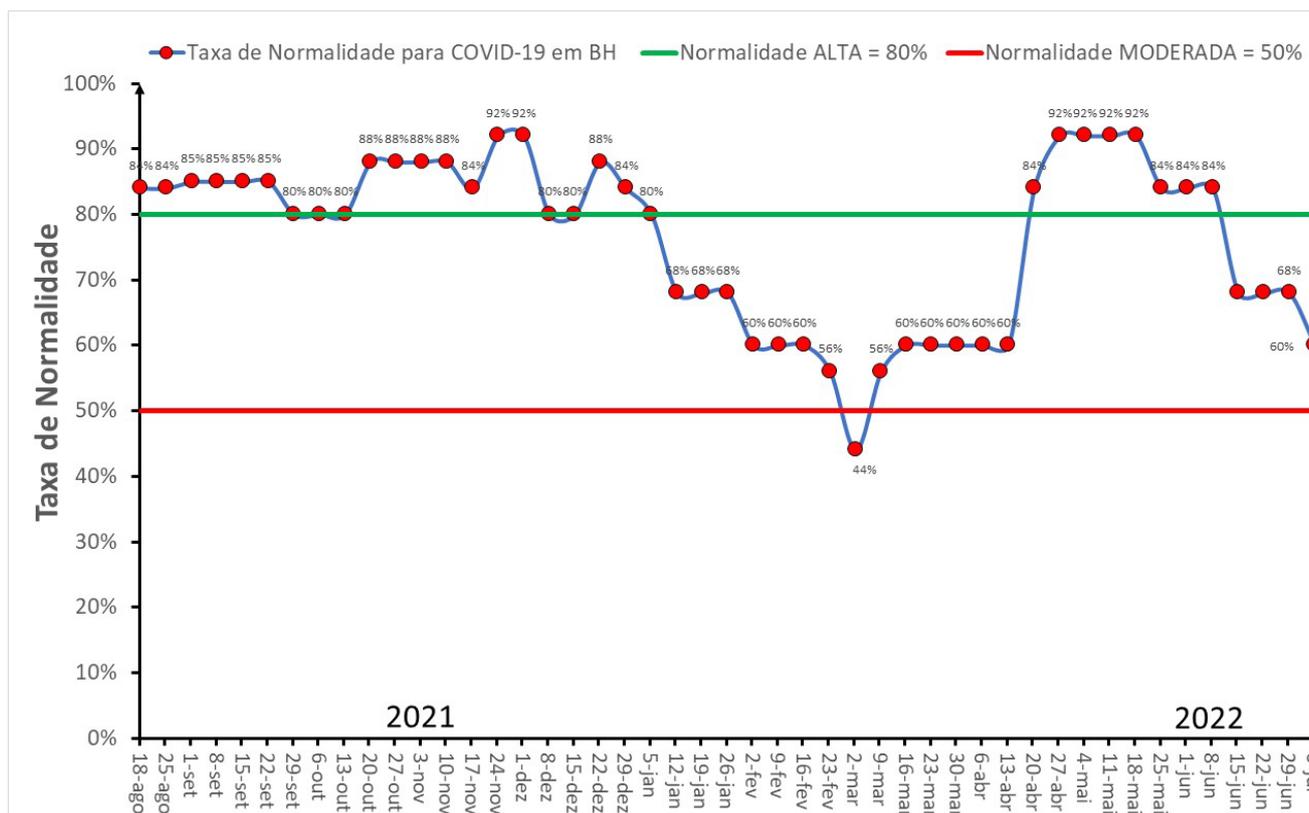


PARÂMETROS DA TAXA DE NORMALIDADE PARA COVID-19 EM BH: 23/6 A 6/7/2022*

Parâmetro da Taxa de Normalidade	Valor
Percentual da população completamente vacinada contra SARS-CoV-2	90%
Letalidade de COVID-19 nas últimas 10 semanas	0,5%
Total de novos casos de COVID-19 em 14 dias: 23/6 a 6/7	11.273
Total de óbitos por COVID-19 em 14 dias: 23/6 a 6/7	34
Taxa de incidência de COVID-19: 28/4 a 11/5	57
Taxa de incidência de COVID-19: 12/5 a 25/5	112
Taxa de incidência de COVID-19: 26/5 a 8/6	305
Taxa de incidência de COVID-19: 9/6 a 22/6	348
Taxa de incidência de COVID-19: 23/6 a 6/7	448
Tendência nas últimas 10 semanas da taxa de incidência de COVID-19	AUMENTO
Taxa de mortalidade por COVID-19: 28/4 a 11/5	20
Taxa de mortalidade por COVID-19: 12/5 a 25/5	8
Taxa de mortalidade por COVID-19: 26/5 a 8/6	6
Taxa de mortalidade por COVID-19: 9/6 a 22/6	17
Taxa de mortalidade por COVID-19: 23/6 a 6/7	14
Tendência nas últimas 10 semanas da taxa de mortalidade por COVID-19	Estabilidade
Taxa de Normalidade para COVID-19 no período de 23/6 a 6/7	60%

STARLING, MACHADO-PINTO, TUPINAMBÁS, URBANO SILVA, COUTO (2021). **COVID-19 Normality Rate: Criteria for Optimal Time to Return to In-person Learning.** In: Open Forum Infectious Diseases, Volume 8, Issue Supplement_1, November 2021, Pages S303–S304, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab466.605>

EVOLUÇÃO DA TAXA DE NORMALIDADE EM BELO HORIZONTE



SEGUEM VALENDO AS RECOMENDAÇÕES



VACINE-SE!



USE MÁSCARA



HIGIENIZE AS MÃOS E USE ÁLCOOL EM GEL



MANTENHA O DISTANCIMENTO

EDITORIAL

Covid-19 e o Brasil: o que deu errado?

O GHS index (Global Health Security Index – Johns Hopkins University, 9 julho/20. Link: l1nq.com/Pc4vs) apontava, em 2019, que países como Estados Unidos, Reino Unido e Brasil estavam em posição privilegiada para enfrentar pandemias, à frente da China, Cuba e Vietnam. Entretanto, quando observamos o que realmente aconteceu, tais expectativas não foram comprovadas. Em termos de mortes e casos por milhão, os três primeiros países ficaram bem acima da média mundial, com 8,07, 5,98, 5,32 e 1,32, respectivamente. Já os três últimos ficaram abaixo da média.

Os fatores positivos que esta publicação destacava para o enfrentamento de pandemias eram o desenvolvimento econômico, democracia estabelecida e sistema de saúde pública robusto e capilarizado (no caso do Reino Unido e Brasil), entre outros.

Em relação ao Brasil, até meados de 2016 o Sistema Único de Saúde (SUS) estava relativamente bem estruturado devido aos avanços dos últimos 10 anos. O Brasil é o único país do mundo com mais de 200 milhões de habitantes que ousou oferecer um sistema de saúde com resolutividade, equidade, cobertura universal e participação popular, através dos Conselhos de Saúde municipais, estaduais e nacional. É um dos cinco países do mundo que oferecem todas as vacinas preconizadas pela OMS, e possuía até aquela data 290 mil unidades de saúde, com três milhões de profissionais de saúde formais, cerca de 40 mil ESF (Equipe de Saúde da Família) e quase 300 mil ACS (agentes comunitários de saúde). Também realizava a

distribuição de medicamentos gratuitamente para condições crônicas e infecciosas especiais, como HIV/Aids, tuberculose, malária e esquistossomose, entre outras. Igualmente, destaca-se que mais de 90% do tratamento com diálise, 95% do tratamento de câncer e cirurgias cardíacas e quase todos os transplantes são realizados pelo SUS.

Considerando tudo isso, é preciso perguntar: o que deu errado?

Analisando as semelhanças no enfrentamento da pandemia, nos primeiros meses, pelos EUA, Reino Unido e Brasil, duas questões se destacam: a postura negacionista de seus líderes e o descaso com o cuidado primário, ou seja, a atenção primária à saúde (APS). No Brasil, o Estado não cumpriu a obrigação moral e constitucional de coordenar ações emergenciais e proteger sua população. No limite da irresponsabilidade, em confronto com a Lei 8080/00, o governo federal provocou conflitos federativos, obrigando muitas vezes o STF a ratificar a autonomia dos governos estaduais e municipais para legislar no âmbito da saúde pública.

Segundo o Boletim da Pandemia (*Boletim nº 10 Direitos Na Pandemia, Mapeamento E Análise Das Normas Jurídicas De Resposta À Covid-19 No Brasil*, São Paulo, 20/01/2021), as 3.049 normas editadas revelaram a estratégia equivocada que contribuiu à propagação do vírus: “onde há o excesso de normas há pouco direito”. Sem contar que, muitas vezes, esses atos normativos eram no sentido de boicotar as respostas locais contra a pandemia.

O Brasil, que foi exemplo para o mundo no enfrentamento da pandemia da Aids, que se destacou pela participação do controle social e no respeito aos Direitos Humanos nas deliberações de suas ações, tinha muito mais a oferecer nesta atual pandemia (Greco D., Ciênc. Saúde Coletiva, 21 (5), Maio 2016).

Todos presenciamos, estarecidos, o relatório final da CPI da Covid (Comissão Parlamentar de Inquérito da Pandemia, instituída pelos Requerimentos nos. 1.371 e 1.372, de 2021), onde se concluiu que ocorreram, entre outros crimes inaceitáveis, o atraso deliberado na compra do imunizante da Pfizer e a tentativa de boicote à produção da Coronavac pelo instituto Butantã.

Considerando que até 80% dos casos de Covid são leves e há um grande contingente de pessoas oligossintomáticas ou mesmo assintomáticas, talvez o erro capital tenha sido a abordagem "hospitalocêntrica" da pandemia. Se junto com a abertura dos hospitais de campanha e leitos de CTI fortalecêssemos a APS e a ampliação da testagem, a tragédia teria sido menor (Huang C, et al. Lancet. 2020;395(10223):497; Chan JF, et al. Lancet. 2020; 395(10223)). O Brasil é o segundo país com maior número absoluto de mortes, contando até agora com mais de 668 mil vítimas.

Mesmo antes das vacinas contávamos com "tecnologias leves" e eficazes para o enfrentamento da pandemia. O exemplo do Japão é emblemático, que além da comunicação clara e direta com a população seguiu a regra de evitar os "3 Cs", do inglês: close environments (ambientes fechados), crowded conditions (aglomerações) e close-contacts (contato próximo). O Japão divulgou amplamente esses

conceitos, e incentivou as pessoas a evitarem atividades como karaokê, idas a boates e jantares em locais fechados. Apesar de ter uma das populações mais velhas do mundo e ser densamente povoado, foi o país do G7 com menor taxa de letalidade (Hitoshi Oshitan. Nature 605, 589 (2022).

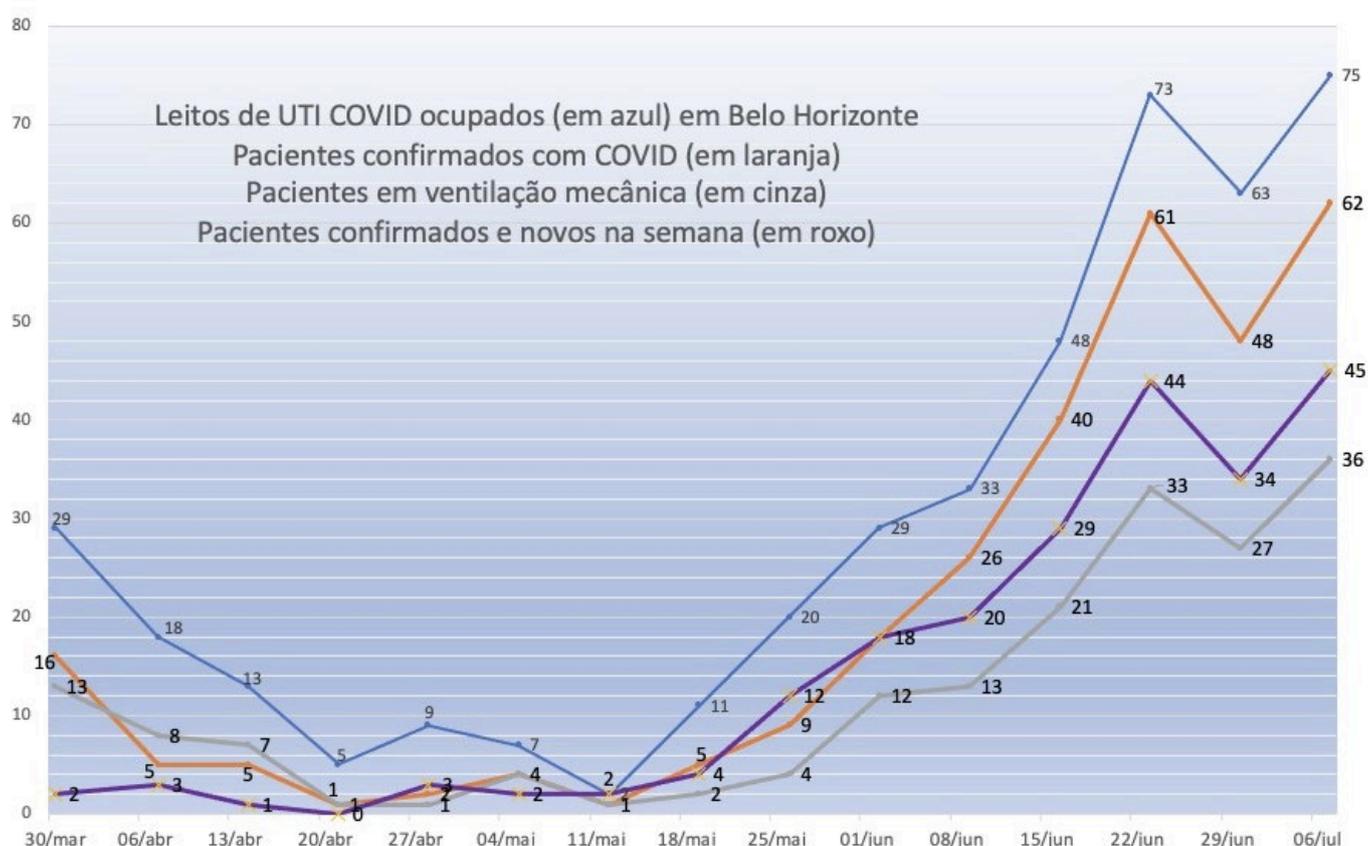
Não há dúvidas de que um dos maiores feitos da pandemia foi o desenvolvimento, em tempo recorde, de vacinas eficazes e seguras. Em apenas 11 meses já tínhamos algumas delas sendo utilizadas na população de vários países. Temos muito que nos orgulhar deste avanço.

No entanto, não podemos colocar todas as nossas esperanças nestas "tecnologias duras", como vacinas e antivirais, mesmo porque ainda estamos vendo a desigualdade no acesso a elas nos países que se situam na periferia do capitalismo.

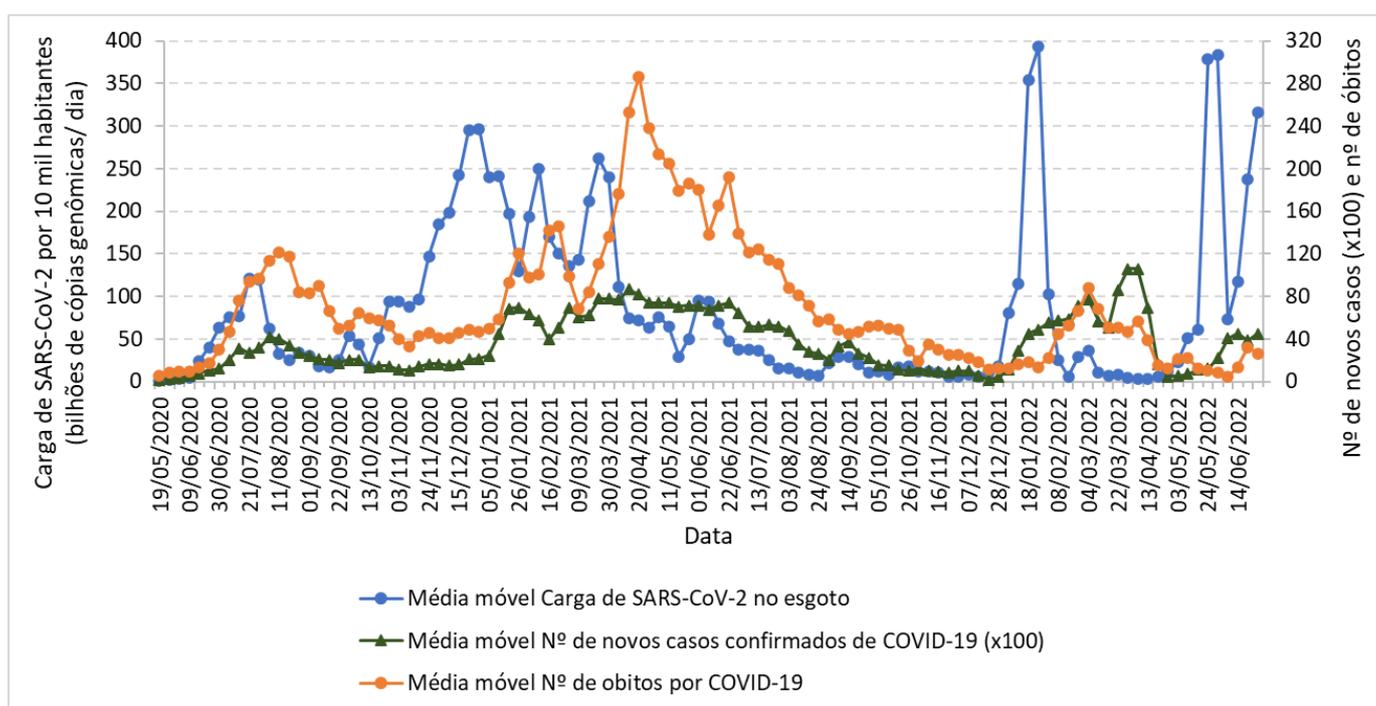
Ao longo dos séculos fomos "nos alienando desse organismo de que somos parte, a Terra e passamos a pensar que ela é uma coisa e nós – a humanidade – outra" (Ailton Krenak. In Ideias para Adiar o Fim do Mundo. Companhia das Letras. 2019). Temos de repensar nosso modo de vida, caracterizado pelo consumo desenfreado, e rever a forma como produzimos alimentos, notadamente proteína animal e também como usamos os recursos finitos da terra. Será que precisamos destruir ainda mais a natureza com o discurso de que é preciso "alimentar o mundo"? O preço que estamos pagando por este modelo de produção vale a pena? Por que não ouvir e dar oportunidades para outras narrativas na produção de alimentos? Sim, teremos outras pandemias. Resta saber quando. Não seria inteligente da parte da humanidade, como um novo Sísifo, a cada crise sanitária levar a rocha para o topo da montanha.

Grupo colaborativo dos coordenadores de UTI de BH

Os dados do **Grupo Colaborativo dos Coordenadores de UTIs de Belo Horizonte** da semana de 30 de junho a 7 de julho de 2022 mostram uma retomada do aumento dos números de ocupação dos leitos de terapia intensiva por pacientes com COVID, retornando aos patamares observados na semana atrasada.



Cargas do coronavírus (SARS-CoV-2) no esgoto de Belo Horizonte ao longo do tempo



Fonte de dados: Cargas do SARS-CoV-2 no Esgoto – Rede Monitoramento Covid Esgotos - <https://www.gov.br/ana/pt-br/assuntos/acontece-na-ana/monitoramento-covid-esgotos>; nº de casos de COVID-19 e nº de óbitos – Prefeitura de Belo Horizonte - <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/coronavirus>.

A figura acima apresenta as médias móveis de duas semanas das cargas do coronavírus (SARS-CoV-2) no esgoto de Belo Horizonte ao longo do tempo (obtidas pela soma das cargas afluentes às duas principais ETEs de Belo Horizonte – ETE Arrudas e ETE Onça; em azul), juntamente com as médias móveis de duas semanas do nº de novos casos de COVID-19 (multiplicados por 100; em verde) e as médias móveis de duas semanas do nº óbitos em decorrência da COVID-19 (em laranja). É possível observar que ao longo de todo o período de monitoramento, as cargas virais no esgoto tendem a aumentar algumas semanas antes, comparado ao nº de novos casos confirmados de COVID-19 e o nº de óbitos. Este aumento precoce nas cargas registradas no esgoto, pode servir como um alerta para a situação epidemiológica que está por vir.

As médias móveis das cargas de SARS-CoV-2 no esgoto de Belo Horizonte permaneceram em patamares elevados e com tendência de aumento nas últimas semanas epidemiológicas (SE 25 - 21/06/2022 e 26 - 28/06/2022).

As cargas do coronavírus (SARS-CoV-2) no esgoto de Belo Horizonte são monitoradas semanalmente pelo projeto Rede Monitoramento Covid Esgotos. A Rede foi criada com intuito de ampliar as informações para o

enfrentamento da Pandemia de Covid-19 e é coordenada pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia em Estações Sustentáveis de Tratamento de Esgotos (INCT ETEs Sustentáveis) e a Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA). Belo Horizonte (MG) é uma das cidades monitoradas pela Rede, juntamente com mais cinco capitais brasileiras: Brasília (DF), Curitiba (PR), Fortaleza (CE), Recife (PE) e Rio de Janeiro (RJ). Mais informações podem ser encontradas nos sites da ANA e do INCT ETEs Sustentáveis, disponíveis nos links: <https://www.gov.br/ana/pt-br/assuntos/acontece-na-ana/monitoramento-covid-esgotos> e <https://etes-sustentaveis.org/rede-monitoramento-covid-esgotos/>