

Covid-19: Políticas Públicas e as Respostas da Sociedade



Informação de qualidade para aperfeiçoar as políticas públicas e salvar vidas

Nota Técnica No. 28

Baixa cobertura vacinal e desafios do plano nacional de imunização contra a COVID-19 no Brasil

Principais Conclusões

- Com mais de 11 milhões de casos e mais de 270 mil mortes por Covid-19 no Brasil, o baixo suprimento de vacinas, conjugado com a ausência de metas claras no plano de imunização e critérios inadequados de priorização, estabeleceram um padrão de improvisos e pulverização da distribuição de doses, transferindo para gestores locais e serviços de saúde a decisão sobre quem e quando vacinar.
- Até a primeira semana de março de 2021, menos de 3% do total da população inicialmente definida como prioritária pelo Ministério da Saúde havia sido imunizada com duas doses de vacina contra a COVID-19. Considerando as altas taxas de transmissão do SARS-CoV-2 e a eficácia de 50 a 70% para a prevenção de infecção sintomática dos dois imunizantes disponíveis no Brasil, a cobertura vacinal para reduzir riscos populacionais deve ser maior que 90%.
- A situação se agrava com a baixa transparência nos contratos e acordos firmados, as indefinições sobre a compra de vacinas prontas, a importação de insumos para o envasamento no Brasil e a real capacidade dos laboratórios públicos de fabricarem imunizantes com matéria-prima nacional.
- Cronograma e prazos dos novos aportes de vacinas prometidos para 2021 são constantemente revisados, com diminuição do volume das entregas previstas.

- A divulgação do Ministério da Saúde, baseada unicamente na quantidade de doses administradas e distribuídas, não permite avaliar os indicadores de efetividade da vacinação. Dados confiáveis sobre cobertura vacinal com uma e duas doses, segundo população prioritária, são essenciais para a avaliação do impacto e a correção dos rumos do programa de vacinação.
- Os dados públicos oficiais disponíveis sobre vacinas e vacinação no Brasil são inconsistentes e de baixa qualidade. Como exemplo, os dados sobre raça e cor da pele são pouco confiáveis. A transparência da informação é imprescindível para a correção de iniquidades no acesso às vacinas.
- A dinâmica de vacinação é nitidamente distinta nos cinco países com maior número de óbitos por Covid-19: Estados Unidos, Brasil, México, Índia e Reino Unido. Há diferenças nas estratégias para o alcance de metas, no cronograma de vacinação, nos imunizantes adquiridos, na seleção de grupos prioritários e nas coberturas previstas ou já alcançadas.

Introdução

Expectativas em torno de vacinas que protejam contra as formas graves de COVID-19 e que também promovam imunidade comunitária, passaram a ocupar o centro dos debates internacionais. Duas dimensões das vacinas: a epidemiológica e a escala de produção e preços, requerem atenção de pesquisadores, técnicos e formuladores de políticas, principalmente em países com elevadas taxas de mortalidade e em recessão econômica como o Brasil.

Na dimensão epidemiológica, as atenções convergem para a eficácia das vacinas. Os estudos existentes se concentram em uma das etapas dos mecanismos de ação do vírus: na sua reprodução, ou seja, na eficácia para redução da morbidade.

Até o momento, as outras duas principais possibilidades de ação de uma vacina, bloqueio da infecção e da transmissão, não têm sido objeto primordial de investigação. Os ensaios vacinais comprovam eficácia relevante na perspectiva individual, em função do potencial de alterar condições clínicas. Entretanto, em uma perspectiva populacional, em que o número de reprodução da infecção R_0 (novos casos a partir de um caso) é determinado pela duração da infecção, oportunidade de contato, transmissão e suscetibilidade (DOTS), o principal alvo é a redução dos níveis de transmissão tanto por meio da redução da carga viral quanto da construção de imunidade à infecção.

Os desafios referentes à produção e distribuição, isto é, o acesso a vacinas, também são temas prioritários. Diversos países autorizaram ou aprovaram vacinas para COVID-19 para uso humano e existem outras que poderão ser licenciadas ao longo de 2021. Volume e preço são fundamentais para uma distribuição equânime de vacinas. Outras condições afeitas a traços culturais e operacionais também modulam o acesso. A aceitação/relutância em relação à vacina varia entre países e segmentos populacionais. A estratégia de imunização para COVID-19 não tem crianças como população-alvo prioritária, o que altera tradições consolidadas de programas nacionais de imunização.

Considerando esse panorama intrincado de desafios para a vacinação contra a COVID-19, esta Nota Técnica sugere alternativas efetivas para a compatibilização entre a escassez e a garantia de acesso. Para tanto merecem destaque a diferenciação entre vacinação e cobertura vacinal, a situação sintética da vacinação em países com maior número de óbitos e o detalhamento da dinâmica da vacinação no Brasil. Esses subsídios orientam a formulação de recomendações para o registro e divulgação de informações sobre coberturas vacinais, essenciais para o monitoramento do acesso equitativo.

1. O que é cobertura vacinal

A cobertura vacinal é a porcentagem estimada de pessoas que receberam as doses recomendadas de uma vacina específica. Os sistemas de saúde monitoram a cobertura da vacinação para identificar se as populações estão protegidas contra doenças e quadros graves de doenças evitáveis por imunizantes. As informações de cobertura vacinal são utilizadas para reforçar a vacinação em territórios e grupos populacionais com cobertura mais baixa. Dessa forma, a cobertura vacinal é um indicador essencial para avaliação do desempenho de programas de vacinação.

A divulgação sistemática das coberturas vacinais fornece uma visão realista sobre a implementação da vacinação. A padronização dos indicadores permite distinguir as informações estratégicas para a saúde daquelas mais afeitas à disponibilidade de vacinas. Embora os registros de dados sobre a oferta de vacinas e a efetivação da imunização estejam intrinsecamente relacionados, é importante priorizar ações para assegurar coberturas vacinais altas em todos os grupos populacionais e corrigir eventuais iniquidades de acesso a vacinas.

2. O Brasil na dinâmica internacional de vacinação: um panorama de países com maior número de óbitos

O Quadro 1 expõe o contraste entre a velocidade de vacinação e o alcance de metas entre países de alta renda e os demais.

A definição adequada de metas, considerando grupos prioritários e magnitude dos públicos-alvos, e a sequência de fases e prazos, são prerrogativas dos países de alta renda (EUA e Reino Unido), que sediam parte significativa dos laboratórios de desenvolvimento e produção de vacinas.

Nas nações de renda média, observa-se o superdimensionamento de grupos prioritários para vacinação, implicando em ordem de grandeza de população elegível muito superior e incompatível com a capacidade efetiva de vacinação e com os prazos anunciados.

As coberturas vacinais na Índia são baixas, embora o país ocupe lugar central na produção mundial de vacinas contra a COVID-19 e tenha, em meados de janeiro de 2021, desencadeado uma intensa campanha nacional de vacinação. Declarações do governo indiano sugerem que obstáculos de acesso serão superados em função do registro e produção de novas vacinas cujo preço é cerca de 25% daqueles praticados no mercado internacional.

O México firmou contratos para aquisição de vacinas de distintos produtores, suficiente para cumprir metas iniciais de seu plano de vacinação. Contudo, as remessas atrasaram, prazos previstos têm sido postergados e as coberturas planejadas não foram atingidas.

O Brasil se destaca por ser o único entre os selecionados que não tem meta explícita de vacinação e apenas registra números de indivíduos em cada subgrupo prioritário, sem definir o intervalo de tempo para que cada etapa da imunização seja efetivamente realizada.

| Quadro 1 - Síntese da Dinâmica de Vacinação para COVID-19 em países selecionados | | | |
|---|--|---|--|
| Países Selecionados/ Metas | Grupos Prioritários (estimativas de pessoas) /Fases | Início da Vacinação e Doses | Pessoas Vacinadas/ Coberturas |
| EUA 331 milhões de habitantes 100 milhões de vacinados nos primeiros 100 dias (abril) | Fase 1a: profissionais de saúde e residentes e trabalhadores em instituições de moradia de idosos e paciente de longa permanência (24 milhões de pessoas); Fase 1b: pessoas com ≥75 anos e trabalhadores da linha de frente de serviços essenciais (49 milhões de pessoas); Fase 1: pessoas com ≥ 65 a 74 anos e pessoas com ≥16 a 64 anos com condições de risco e outros trabalhadores de outras atividades essenciais (129 milhões de pessoas); Fase 2: pessoas com ≥16 anos adultos e idosos não vacinados na fase 1. | Início 14 de dezembro de 2020 Doses administradas 87.912.323 Doses Distribuídas 116.355.405 | 06 de março Uma dose 57.358.849 pessoas Duas doses 29.776.160 pessoas Uma dose 17,3% da população 2 doses 9% da população |
| Brasil 212,5 milhões de habitantes 160 milhões de pessoas | 29 grupos prioritários (77,2 milhões de pessoas) | Início 17 de Janeiro de 2021 Convocados para a vacinação pessoas com 60 anos ou mais ou com deficiências institucionalizadas; povos indígenas; profissionais de saúde; pessoas com idade acima de 80 anos. Doses administradas 9.169.978 Doses distribuídas 17.871.461 | 06 de março Uma dose 7.045.097 pessoas Duas doses 2.099.166 pessoas Uma dose 3,3% da população 2 doses 0,9% da população |
| México 128,9 milhões de Habitantes 70% da população em 18 meses (100% profissionais de saúde e 95% população ≥16 anos) | Etapa 1: profissionais de saúde da linha de frente de atendimento à covid-19 (1 milhão e 100 mil pessoas - dezembro de 2020 a fevereiro de 2021); Etapa 2: profissionais de saúde pessoas com ≥ 60 anos (14 milhões e 400 mil pessoas - fevereiro a abril de 2021); Etapa 3: (pessoas com ≥ 50 a 59 anos 12 milhões e 700 mil pessoas - abril a maio de 2021); Etapa 4: pessoas com ≥ 40 a 49 anos (16 milhões e 200 mil pessoas - maio a junho de 2021) Etapa 5: restante da população elegível 49 milhões e 200 mil pessoas | Início da vacinação dia 24 de dezembro de 2020 Início da vacinação para idosos 15 de fevereiro de 2021 Doses administradas 2.365.948 Doses recebidas 3.839.000 | Vacinados (em 27 de fevereiro) Uma dose 1.801.171 pessoas Duas doses 565.377 pessoas Uma dose 1,4 % da população 2 doses 0,4% da população |
| Índia 1.38 bilhões de habitantes 300 milhões de pessoas até julho (agosto) | Fase 1 até agosto Profissionais de saúde da linha de frente de atendimento à covid-19 (10 milhões de pessoas); trabalhadores de serviços essenciais 20 milhões de pessoas (policiais, militares, defesa civil etc.) (270 milhões de pessoas) população acima de 50 anos e com comorbidades. O grupo etário acima de 50 anos será subdividido em acima de 60 anos e entre 50 e 60 anos. Fase 2 até 2022 O restante da população elegível | Início da vacinação 16 de janeiro de 2021 Segunda dose início em 13 de fevereiro Doses administradas 11.640.422 Doses distribuídas 20.060.620 | Vacinados em 06 de março Uma dose 9.449.190 pessoas 2 doses 2.195.030 pessoas Uma dose 0,6% da população 2 doses 0.1% da população |

Quadro 1 - Síntese da Dinâmica de Vacinação para COVID-19 em países selecionados

| Países Selecionados/ Metas | Grupos Prioritários (estimativas de pessoas) /Fases | Início da Vacinação e Doses | Pessoas Vacinadas/ Coberturas |
|---|--|---|---|
| Reino Unido 67.8 milhões de habitantes Primeira dose para todos os adultos até 31 de julho. Primeira dose para pessoas ≥ 50 anos e pessoas com 16 a 50 anos com condições clínicas extremamente vulneráveis até 15 de abril | Fase 1 janeiro até 15 de fevereiro Todos os residentes em casa de repouso para idosos (300 mi) e seus cuidadores (500 mil). Todos aqueles com ≥ 70 anos (8.8 milhões). Profissionais de assistência social e de saúde da linha de frente de atenção à covid-19 (3.8 milhões). Todos com idade entre 16 e 69 anos com condições clínicas extremamente vulneráveis (1.2 milhão). Fase 1 final de fevereiro a abril Todos com idade entre 60 e 69 anos (4,5 milhões). Indivíduos entre 16 e 64 com comorbidades e cuidadores informais de idosos e pessoas com deficiência (7,3 milhões). Todos com idade entre 50 e 69 anos (5.2 milhões). Fase 2 maio a julho Todos entre 18 a 49 anos (21 milhões) | Início da vacinação 8 de dezembro de 2021 18 de janeiro início para acima de 70 aos de idade e pacientes com condições clínicas extremamente vulneráveis | Vacinados em 7 de março Pessoas Vacinadas primeira dose 22.213.112 pessoas Segunda dose 1.122.402 pessoas Uma dose 32,7% da população 2 doses 1,6% da população |

Fontes: White House. National Strategy for the COVID-19 Response and Pandemic Preparedness January 21, 2021. <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2021/01/National-Strategy-for-the-COVID-19-Response-and-Pandemic-Preparedness.pdf>
 CDC (Center for Disease and Control Prevention), Interim Considerations for Phased Implementation of COVID-19 Vaccination and Sub-Prioritization Among Recommended Populations December 30, 2020
 Covid Data Tracker, 2021. <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#vaccination-demographic>
 Gobierno de Mexico. Política nacional rectora de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Documento rector. Versión 4.0 11 de enero de 2021.
 Gobierno de Mexico. Comunicado Salud, 27 de de febrero de 2021. <https://www.gob.mx/salud/prensa/087-mexico-ha-recibido-casi-cuatro-millones-de-dosis-de-vacunas-contra-covid-19?idiom=es>
 Ministry of Health and Family Welfare. Government of India. Covid-19 vaccines – Operational Guidelines. 28 Dec, 2020. Government of India. Press Information Bureau.
 Ministry of Health and Family Welfare, 26 February, 2021. <https://pib.gov.in/PressReleseDetail.aspx?PRID=1679181>
 UK. Department of Health & Social Care. Joint Committee on Vaccination and Immunisation: advice on priority groups for COVID-19 vaccination, 30 December 2020, Updated 6 January 2021
 UK. Department of Health & Social Care. UK COVID-19 vaccines delivery plan, 11 January 2021

3. A vacinação contra COVID-19 no Brasil

Os brasileiros começaram a receber a vacina contra a COVID-19 no dia 17 de janeiro de 2021. Mas o plano de vacinação vem sendo marcado por atrasos, improvisos, falhas e ausência de metas públicas objetivas. Os principais obstáculos a serem superados podem ser agrupados em quatro categorias: 1) quantidade insuficiente de vacinas e diversidade limitada das bases tecnológicas dos imunizantes; 2) inconsistência na escolha, definição e quantificação dos segmentos populacionais prioritários; 3) baixa cobertura vacinal; 4) limitação e inadequação da produção e da divulgação de dados sobre a vacinação.

3.1. Quantidade de vacinas

Até o dia 10 de março de 2021, o Brasil contava com aproximadamente 18 milhões de doses de vacinas distribuídas pelo Ministério da Saúde. Incertezas e revisões constantes têm acompanhado o anúncio de outras 183 milhões de doses (Quadro 2), segundo o Ministério da Saúde, já contratadas e com data prevista de entrega até final de julho de 2021.

Para o primeiro semestre o quantitativo previsto compreende três grupos de fornecedores: 1) AstraZeneca (Índia), com 8 milhões de vacinas prontas; 2) Consórcio COVAX Facility, da Organização Mundial da Saúde (OMS), com envio de cerca de 10 milhões de vacinas prontas; 3) Laboratórios públicos nacionais (Butantan/Fiocruz), com envasamento de aproximadamente 165 milhões de vacinas a partir de insumos importados (Quadro 2).

Além das dificuldades de compra de vacinas prontas e de importação do IFA (insumo farmacêutico ativo) para o envasamento local, soma-se ainda a indefinição acerca de quando os laboratórios da Fiocruz e do Butantan serão capazes de fabricar imunizantes com matéria-prima nacional. Por exemplo, o contrato da transferência de tecnologia para a produção da vacina Oxford/AstraZeneca sequer havia sido assinado pela Fiocruz até o final de fevereiro.¹

Como a maior parte do quantitativo previsto até o final de julho de 2021 é dependente da capacidade e do cronograma de entrega dos dois laboratórios públicos, torna-se urgente a elucidação dos entraves que eventualmente resultam em sucessivos atrasos na produção nacional.

Caso confirmada a previsão da oferta de 183 milhões de novas doses no primeiro semestre e considerando as 18 milhões de doses já disponíveis, o país teria condições de vacinar com as duas doses recomendadas cerca de 100 milhões de pessoas nesse período, mais do que a população prioritária de 77 milhões definida pelo Plano Nacional de Imunização. No entanto, ainda estaria muito distante da cobertura completa da população-alvo total da vacinação contra COVID-19, estimada em cerca de 159,8 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais. Para tal seriam necessárias cerca de 320 milhões de doses de vacinas.

Além da previsão ainda não totalmente confirmada da entrega das vacinas contratadas para o primeiro semestre, o governo federal anunciou a intenção de comprar 376 milhões de doses adicionais, com datas de entrega não conhecidas ou pouco viáveis. Essas tratativas preliminares envolveriam as vacinas dos laboratórios privados Pfizer, Moderna, Janssen e Bharat Biotech e do Instituto Gamaleya (Rússia), com a intermediação para importação do Ministério da Saúde ou de empresas nacionais (Quadro 2).

A baixa transparência e a dificuldade de acesso ao conteúdo dos contratos e termos de intenção de compras junto aos laboratórios farmacêuticos privados e ao Instituto Gamaleya, da Rússia, tornam ainda mais obscura uma previsão realista da oferta de vacinas no Brasil ao longo do ano de 2021. O Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial² a sua “intenção de contratar” 100 milhões de doses da vacina da Pfizer e 38 milhões da vacina da Janssen, mas não há informações sobre os termos de contrato, preço e prazos de entrega. São também desconhecidos os detalhes da negociação entre a empresa brasileira Precisa Farmacêutica e o laboratório indiano Bharat Biotech com vistas à vacina Covaxin; e entre o laboratório União Química e o Instituto Gamaleya para a suposta compra da vacina Sputnik V, ambas ainda não autorizadas para uso no país pela Agência nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).

Novas alternativas de compra de vacinas, com registro ou autorização temporária de uso, por estados, municípios e pelo setor privado, foram autorizadas pelo STF³ e pelo presidente da República⁴. As pressões pela compra de vacinas dão margem a especulações, por exemplo, sobre a existência de contatos entre o Ministério da Saúde e o laboratório chinês Sinopharm; e entre o Instituto Vital Brazil e a farmacêutica indiana Zydus Cadila.

1 <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-esclarece-sobre-contrato-de-transferencia-tecnologica-com-astrazeneca>

2 <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/aviso-de-dispensa-de-licitacao-uasg-250005-306469809> e <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/aviso-de-dispensa-de-licitacao-uasg-250005-306469727>

3 Decisão liminar que autoriza os estados, os municípios e o Distrito Federal a importar e distribuir vacinas registradas por pelo menos uma autoridade sanitária estrangeira, caso a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) não observe o prazo de 72 horas para a expedição da autorização.

4 Projeto de Lei (PL) 534/2021, sancionado em 10 de março de 2021. Dispõe que após a conclusão da vacinação do grupo prioritário, o setor privado poderá ficar com metade das vacinas comprada desde que as doses sejam aplicadas gratuitamente. A outra metade deverá ser remetida ao SUS.

Entretanto, interrogações de natureza política e ética sobre acesso a vacinas contra a COVID-19 lançam incertezas sobre a viabilidade e factibilidade de supostas negociações em curso. Vultuosos investimentos científicos e financeiros governamentais, de países comprometidos com acesso universal para vacinas contra a COVID-19, e evidências sobre as relações entre desigualdades sociais e óbitos no transcorrer da pandemia são fortes argumentos contrários à aquisição particularizada de imunizantes. Em países de renda média que até o momento apresentam baixas coberturas vacinais, as estratégias de aquisição de vacinas por entes privados e instituições públicas subnacionais intensificariam desigualdades estruturais de exposição aos riscos e acesso às ações de saúde.

Intenções, ainda que vagas, do Ministério da Saúde, de ampliar o portfólio de vacinas contra a COVID-19 de dois para sete tipos de imunizantes (ou oito, a depender da vacina a ser alocada ao Brasil pela COVAX Facility / OMS), requerem uma programação orçamentária e cronológica, que leve em conta preços, eficácia, número de doses necessárias para imunizar e os diferentes requisitos de logística e distribuição.

Quadro 2 - Oferta vacinas contra a Covid-19 no Brasil, segundo contratos de aquisição e intenções de compra por semestre (em milhares)

| DOSES (EM MILHARES) | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| VACINAS | Adquiridas e disponíveis (até 10/03) | Contratadas previstas (março/julho) | Contratadas previstas (agosto/dez.) | Intenções oficialmente anunciadas (sem data) |
| Covishield AstraZeneca (Índia) | 4.000 | 8.000 | | – |
| Covishield AstraZeneca (Brasil- Fiocruz) | – | 100.400 | | 110.000 |
| Coronavac Sinovac (China) | 6.000 | – | – | – |
| Coronavac Sinovac (Brasil-Butantan) | 6.953 | 64.692 | 22.353 | 30.000 |
| COVAX Facility (OMS)* | – | 9.997 | 32.514 | – |
| Pfizer-BioNTech COVID-19 Pfizer/ BioNTech (EUA) | – | – | | 100.000 |
| Moderna ModernaTX, Inc. (EUA) | – | – | | 30.000 |
| Janssen COVID-19 Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson (Bélgica) | – | – | | 38.000 |
| Covaxin Bharat Biotech (Índia) (Brasil - Precisa) | – | – | | 20.000 |
| Sputnik V Gamaleya (Rússia) (Brasil - União Química) | – | – | | 10.000 |

* Consórcio COVAX Facility / OMS. A definir tipos/marcas de vacinas a serem enviadas ao Brasil

Nota: Quantidades previstas de vacinas foram obtidas no portal do governo federal “Brasil Imunizado”⁵, referentes a “Cronograma de Entregas e Quantidades Previstas” e, sempre que possível, confrontadas com informações divulgadas por agências oficiais, pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Instituto Butantan.

3.2. Inconsistência da definição e quantificação de grupos prioritários

Em contexto de falta de vacinas, os critérios de priorização adotados pela maioria dos países focam na diminuição da mortalidade ou das formas graves de COVID-19 e na redução da tensão sobre o sistema de saúde. Ou seja, trabalhadores da saúde de fato em situação de exposição elevada, idosos, pessoas com comorbidades e grupos em extrema vulnerabilidade, como os indígenas.

No Brasil, o Ministério da Saúde definiu 29 grupos populacionais prioritários⁶ a serem vacinados, segundo o plano nacional divulgado. Os critérios de ordenamento dos segmentos populacionais buscam preservar o funcionamento dos serviços de saúde e a proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbitos. Em seguida, ficam elegíveis os indivíduos com maior risco de infecção e aqueles que mantêm em funcionamento os serviços essenciais.

São inúmeras as prioridades decorrentes de tentativas do governo federal para contornar as pressões para a vacinação, com a abertura de possibilidades para inclusões de novos grupos. Contudo, as promessas de bons lugares na fila de vacinação para atender pressões políticas e corporativas, terminam por afastar o programa de vacinação dos critérios epidemiológicos e acrescentam demandas a uma oferta notoriamente escassa de vacinas.

De dezembro de 2020 a fevereiro de 2021 foram incluídas 27,6 milhões de pessoas na condição de prioritárias, a exemplo dos profissionais da educação, caminhoneiros e trabalhadores da indústria, inflando a ordem de grandeza do primeiro grupo prioritário de 49,6 para 77,2 milhões de pessoas. Para a distribuição das vacinas aos estados e municípios de forma a garantir a cobertura vacinal dos grupos priorizados, o Ministério da Saúde afirma utilizar “critérios epidemiológicos atualizados e denominadores populacionais referentes aos grupos prioritários, preservando a distribuição proporcional e igualitária em todo o país”.

Embora tenha havido certa hierarquização de grupos, a ausência de metas e as generalizações contidas no plano nacional dão margem a interpretações diversas, desvios e improvisações, por parte de prefeituras, serviços e até de grandes hospitais universitários, que administraram vacinas sem critério objetivo, ético e epidemiológico, favorecendo a prática denominada pela mídia de “fura-fila”. A amplitude das distorções no ordenamento de públicos foi objeto de ações judiciais e legislações punitivas por parte de órgãos de controle, Ministério Público, Assembleias e Câmaras Legislativas. O Supremo Tribunal Federal (STF) determinou, em 02/03, o governo federal a refazer as diretrizes de ordenamento de subgrupos e a especificar, de forma clara, dentro dos respectivos grupos, a ordem de precedência dos subgrupos nas diferentes fases de vacinação.⁷

Profissionais da saúde, que somam mais de cinco milhões no Brasil, foram indiscriminadamente incluídos. Idosos foram subdivididos em faixas de idade que variavam em priorização conforme o município, o que resultou em divulgações confusas, longas esperas e pouca atenção às desigualdades dentro do mesmo estrato. Já parte das pessoas com comorbidades, não coincidente com a prioridade segundo idade, ainda não teve acesso à vacina. Isso contribuiu para desigualdades de acesso e pulverização de doses, além de baixa cobertura vacinal em populações prioritárias circunscritas.

4. Baixa cobertura vacinal

Um programa de vacinação em âmbito populacional tem como finalidade não só promover a proteção individual, mas também a coletiva. Assim, para avaliar a sua implementação e êxito, deve-se observar fundamentalmente a cobertura vacinal e não o número de doses administradas.

5 <https://sage.saude.gov.br/sistemas/vacina/documentosVacina.php>

6 https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpn1_18h05.pdf.

7 <http://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=461463&ori=1>

A definição de populações-alvo elegíveis para receber as vacinas e a meta de cobertura são essenciais em qualquer programa nacional de imunização. A meta deve estipular o percentual mínimo aceitável de cada população-alvo a ser vacinada, com o número de doses e intervalos preconizados entre elas, em determinado local, no período de tempo considerado.

As vacinas contra COVID-19 disponíveis no Brasil até março de 2021, têm eficácia variando de 50 a 70% para prevenção de formas clínicas e graves da doença. Considerando o alto potencial de transmissão do SARS-CoV-2, para que vacinas com esse perfil de eficácia tenham impacto populacional as metas almejadas de cobertura vacinal dos grupos priorizados devem ser altas, preferencialmente acima de 90%. Somente assim será possível proteger parcela substancial de indivíduos e gerar algum impacto na redução da transmissão na população.

A cobertura com duas doses é um parâmetro fundamental a ser avaliado, pois o esquema completo indicado é aquele que fornece a melhor proteção, de acordo com os dados disponíveis no momento. Ainda que existam evidências de que uma única dose das duas vacinas disponíveis no país já poderia oferecer certo grau de proteção, a eficácia estimada que subsidiou a aprovação emergencial desses imunizantes refere-se a duas doses.

Os dados sobre vacinação apresentados a seguir são oriundos do arquivo de microdados “Registros de Vacinação COVID19” obtidos no site do OpenDataSUS em 07/03/2021⁸. São dados que cobrem parcialmente as vacinas ofertadas até o dia 6/03/2021, sendo que a atualização da base depende das informações registradas por diferentes sistemas de cada unidade da Federação. De qualquer forma, correspondem aos dados divulgados sobre as doses administradas pelo Ministério da Saúde, até aquela data.

O banco de dados traz informações sobre cada indivíduo que foi vacinado com a primeira e/ou com a segunda dose. Refere-se, portanto, a doses aplicadas. Partiu-se do registro de 9.051.193 de doses aplicadas até 06/03. Foram incluídas na análise as doses das vacinas Covishield (AstraZeneca/Oxford) e a Coronavac (Sinovac). Outras vacinas, em teste no Brasil, que representavam menos de 0,01% do total de doses aplicadas, foram desconsideradas. Também foram excluídas duplicidades e inconsistências, restando para a análise 9.050.832 doses (99,9% do total). A Nota Técnica “Transparência da vacinação: uma análise de organizações da sociedade civil”⁹ detalha as lacunas e limitações desta base de dados sobre vacinas contra COVID-19 disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Mesmo com as lacunas e limitações apontadas, são dados relevantes que permitem uma apreciação inicial da situação vacinal no país.

Do total de doses administradas até 6/03, cerca de 72% correspondiam à vacina Coronavac. A primeira dose havia sido aplicada em aproximadamente sete milhões de pessoas, sendo dois terços delas vacinadas com a Coronavac.

O esquema completo com duas doses tinha sido oferecido a pouco mais de dois milhões de pessoas, quase todas vacinadas com a Coronavac, em decorrência do intervalo mais curto entre primeira e segunda doses preconizado para essa vacina (de 2 a 4 semanas), quando comparada com a Covishield (até 90 dias). Considerando que a vacinação teve início em janeiro, para a maior parte das pessoas que recebeu a Covishield, ainda não havia decorrido, até 06/03, o tempo necessário para a aplicação da segunda dose.

⁸ <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/ckan.saude.gov.br/PNI/vacina/2021/part-00000-faa9a037-82c0-44e2-b427-59becd57944f-c000.csv>

⁹ Open Knowledge Brasil e outras. Nota técnica - Transparência da vacinação: uma análise de organizações da sociedade civil https://www.transparencia.org.br/downloads/publicacoes/Nota_Tecnica_Vacinacao_04032021.pdf

Neste levantamento foram considerados os nove grupos prioritários iniciais estimados pelo Ministério da Saúde, conforme descrito Quadro 3¹⁰. Juntos, esses nove grupos somam cerca de 22 milhões de pessoas estimadas, ainda que haja certa sobreposição entre eles, já que, por exemplo, existem profissionais de saúde acima de 70 anos de idade.

Quadro 3 - Grupos prioritários inicialmente selecionados para vacinação contra COVID-19

| Grupos | Estimativa populacional (MS) |
|---|------------------------------|
| (1) Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas | 156.878 |
| (2) Pessoas com Deficiência Institucionalizadas | 6.472 |
| (3) Povos indígenas Vivendo em Terras Indígenas | 410.197 |
| (4) Trabalhadores de Saúde | 6.649.307 |
| (5) Pessoas de 80 anos ou mais | 4.441.046 |
| (6) Pessoas de 75 a 79 anos | 3.614.384 |
| (7) Povos e Comunidades tradicionais Ribeirinhas | 286.833 |
| (8) Povos e Comunidades tradicionais Quilombolas (n=1.133.106); | 1.133.106 |
| (9) Pessoas de 70 a 74 anos (n=5.408.657). | 5.408.657 |
| Total | 22.106.880 |

A cobertura vacinal com uma dose (% da população que recebeu pelo menos a primeira dose), somando as populações dos nove grupos, era de cerca de 32%, naquele momento. Já a cobertura com duas doses alcançava cerca de 9,7% desse conjunto.

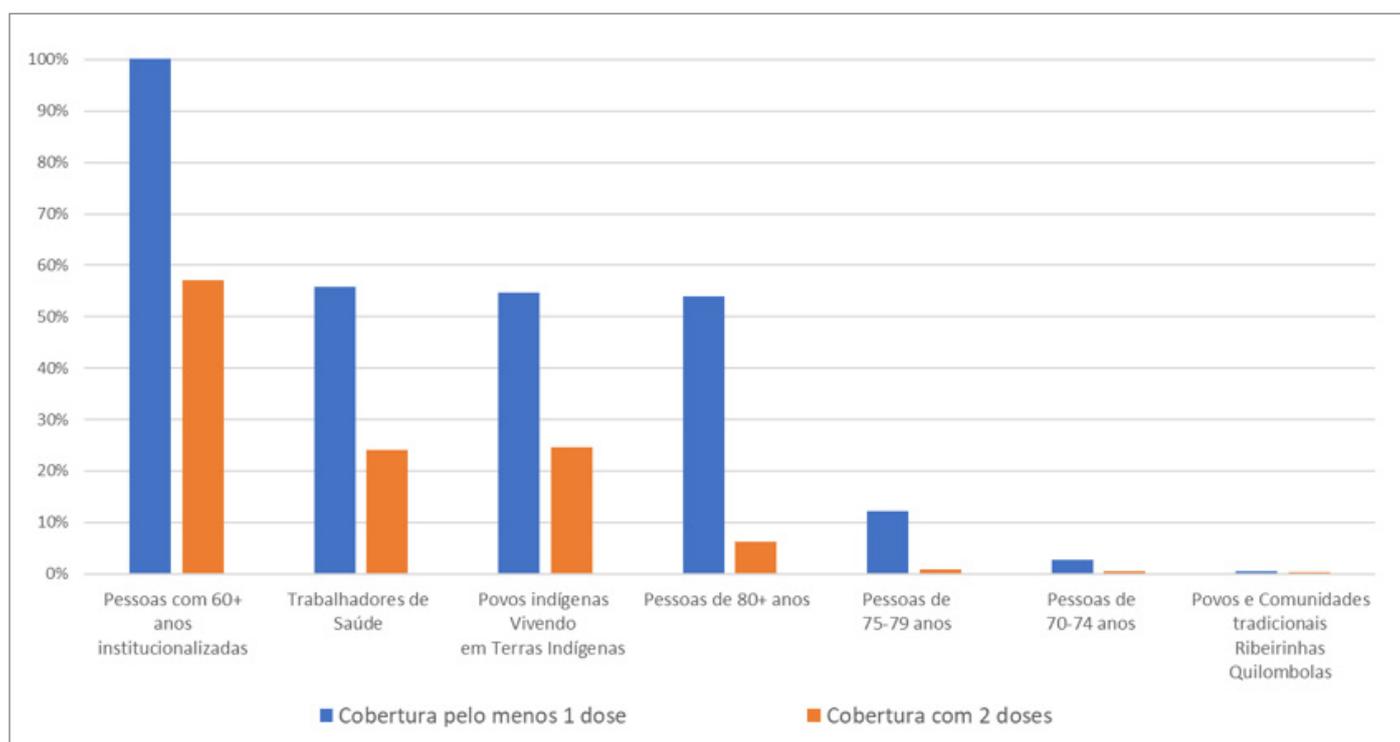
Considerando a meta de vacinação na população prioritária total (~77 milhões de pessoas), a cobertura vacinal com pelo menos uma dose e com duas doses alcançava cerca de 9,2% e 2,8%, respectivamente.

Para um adequado acompanhamento do programa de vacinação é necessário estimar coberturas vacinais para cada grupo prioritário. É preciso garantir o alcance de metas de cobertura vacinal nos estratos prioritários iniciais, ao mesmo tempo em que se inicia a vacinação dos grupos prioritários subsequentes.

O cálculo de coberturas vacinais para populações específicas é um grande desafio. Salvo as estimativas populacionais referentes a faixas etárias, aquelas para outros grupos prioritários tendem a ser menos consensuais. Além disso, o registro de entrada das pessoas vacinadas, com a informação do grupo prioritário ao qual pertencem, é sujeito a erros e inconsistências.

A Figura 1 apresenta as coberturas vacinais com pelo menos uma dose e com duas doses para os grupos prioritários de maior dimensão e que foram os alvos principais no período inicial da vacinação no Brasil.

¹⁰ https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/29/PlanoVacinaoCovid_ed4_15fev21_cgpn1_18h05.pdf. https://www.transparencia.org.br/downloads/publicacoes/Nota_Tecnica_Vacinacao_04032021.pdf

Figura 1 - Coberturas vacinais com pelo menos 1 dose e com duas doses, segundo grupo prioritário

Após cerca de 45 dias desde o início da vacinação observa-se que, exceção feita às pessoas com mais de 60 anos institucionalizadas, a cobertura vacinal alcançada com primeira dose é ainda muito baixa para a maior parte dos grupos-alvo iniciais da vacinação, considerando que metas acima de 90% deveriam ser alcançadas.

Entre os indígenas que vivem em terras indígenas, apenas 54% receberam a primeira dose. Entre os trabalhadores da saúde estimados, apenas 56% tiveram acesso a imunização inicial e entre os idosos com mais de 80 anos somente 54%. Mais baixa ainda era a cobertura, até dia 6/03, entre os idosos de 75 a 79 anos (12%) e de 70 a 74 anos (3%).

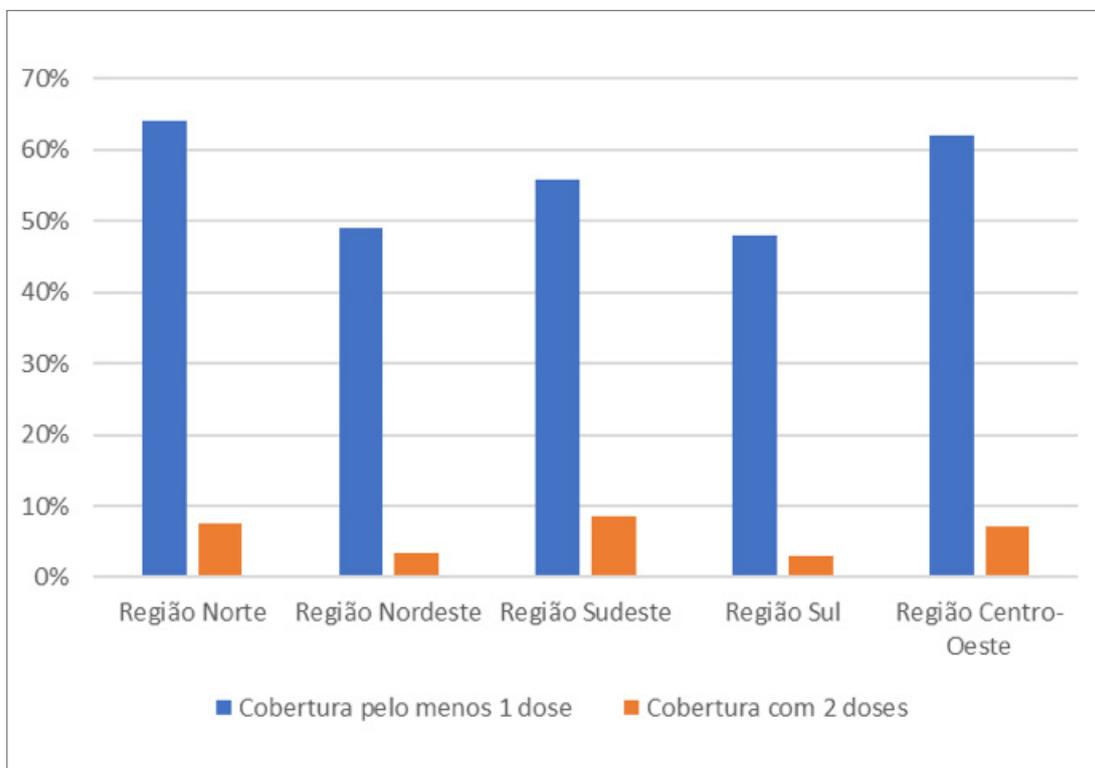
Chama a atenção coberturas da ordem de 60% com pelo menos uma dose em grupos que foram elencados como altamente prioritários como os trabalhadores da saúde, indígenas que vivem em terras indígenas e idosos com mais de 80 anos. Nesse sentido, coberturas vacinais insuficientes nesses grupos é um indicador robusto do baixo desempenho da vacinação contra COVID-19 no Brasil.

Não há explicação razoável para o baixo nível de cobertura em populações claramente especificadas, como idosos acima de 80 anos e indígenas vivendo em terras indígenas, exceção feita a problemas na coordenação e execução do próprio plano de vacinação. Já em relação aos trabalhadores da saúde, a cobertura insuficiente com pelo menos uma dose deriva, pelo menos em parte, das próprias inconsistências na definição desse grupo prioritário, relegando aos estados e municípios a tarefa de priorização em meio à uma realidade de escassa disponibilidade de doses de vacinas. Assim, diferentes critérios de priorização para essa população estão sendo empregados, conjugando idade (p. ex., acima de 60 anos de idade) e nível de exposição à infecção (profissionais “da linha de frente”), relegando a segundo plano aqueles trabalhadores da saúde que não se encontram nessas situações.

A cobertura com 2ª dose ainda é incipiente. Contudo, como a maioria dos que receberam a primeira dose recebeu a vacina Coronavac é importante assinalar a importância de reforçar a convocação para a segunda dose. Mesmo com intervalo temporal pequeno desde o início da vacinação, há indícios de problemas de cobertura para a segunda dose.

A Figura 2 mostra as coberturas vacinais com pelo menos uma dose e com duas doses para o grupo prioritário de indivíduos com 80 anos ou mais, segundo regiões do país. Apesar desse grupo ter sido um dos primeiros convocados para a vacinação, a cobertura com a primeira dose é ainda muito baixa em todas as regiões, particularmente nas regiões Nordeste e Sul do país.

Figura 2 - Coberturas vacinais com 1 e 2 doses de população com 80 anos ou mais, regiões, Brasil



A gravidade da situação da dinâmica da vacinação é patente, uma vez que o grupo acima dos 80 anos é um dos mais vulneráveis a formas graves e óbitos por Covid-19, mas que corresponde a apenas 4,4 milhões de pessoas.

Chama a atenção que as maiores coberturas com uma dose foram atingidas em regiões que concentram pequeno volume de pessoas acima de 80 anos de idade (cerca de 10% da população brasileira). Já a região Nordeste, que representa cerca de 25% da população brasileira acima de 80 anos de idade, conseguiu vacinar apenas metade dessa população com pelo menos uma dose. Da mesma forma, juntas as regiões Sul e Sudeste albergam 65% da população brasileira acima de 80 anos de idade, mas conseguiram vacinar pouco mais da metade delas.

Cobertura vacinal insuficiente nas regiões mais populosas tem impacto imenso para o país: cerca de 45% da população brasileira acima de 80 anos ainda não havia sido vacinada com pelo menos uma dose, permanecendo altamente vulneráveis à infecção e desenvolvimento de suas formas mais graves.

Após mais de um mês de vacinação, a incapacidade de o país promover uma cobertura substancial nas populações mais suscetíveis, de preferencia acima de 90%, aponta para dificuldades futuras, em particular para vacinação de outros grupos etários prioritários que conformam parcelas muito mais volumosas da população.

Com a velocidade atual, não se consegue precisar o tempo necessário para completar a vacinação de toda a população acima de 80 anos, muito menos da população entre 60 a 79 anos de idade, que corresponde a cerca de 25 milhões de pessoas.

5. Dados limitados e divulgação inadequada

Os dados públicos oficiais disponíveis sobre vacinas e vacinação no Brasil têm baixa qualidade, apresentam incompletude e inconsistência em vários quesitos¹¹.

A ênfase do governo federal na divulgação da quantidade total de doses adquiridas e distribuídas aos estados omite informações essenciais para fins de acompanhamento e avaliação do impacto do programa de vacinação

É imprescindível que sejam sistematicamente apresentados os dados de cobertura vacinal com as duas doses (vacinação completa) e não só com a primeira dose. No dia 7 de março (ou seja, após mais de 50 dias desde o início da vacinação), pouco mais de dois milhões de pessoas tinham recebido primeira e segunda doses no país, sendo que nenhuma população prioritária havia alcançado cobertura vacinal satisfatória. No entanto, a ênfase naquela data foi divulgar “18 milhões de doses distribuídas”¹² e “7 milhões de vacinados com a primeira dose”.

Indicadores e ações de vigilância epidemiológica fora de padrões científicos também são utilizados na divulgação oficial e frequentemente ecoam acriticamente, tais como: número total de doses únicas “distribuídas”, mas não aplicadas; percentual de população alvo “convocada”, mas não vacinada; taxa de pessoas imunizadas em relação aos habitantes em geral, o que inclui crianças e adolescentes entre outros estratos populacionais não elegíveis.

Chama atenção a baixa qualidade do preenchimento dos dados autodeclarados de raça e cor da pele que deixam de ser preenchidos em cerca de um quarto dos registros¹¹. Ao mesmo tempo, há um excesso de registros da raça/cor “Amarela”, que correspondem a cerca de 15% dos registros válidos, muito superior à sua participação efetiva na população brasileira (1,1%). Não há também informações sobre as diferentes etnias indígenas. Essas limitações dificultam uma avaliação mais apropriada sobre as desigualdades raciais e sociais que podem estar expressas no processo de vacinação.

6. Recomendações

1. Criar em caráter excepcional uma estrutura de enfrentamento da pandemia no âmbito do SUS para superar a atual fragilidade dos mecanismos de coordenação nacional.
2. Convocar um comitê técnico nacional para revisar o planejamento, diretrizes, critérios e implementação do plano nacional de imunização contra a COVID-19, com representação multissetorial e interpoderes, incluindo o Congresso Nacional, Poder Judiciário, MS, SUS, Comunidade Científica e representantes da Sociedade Civil.
3. Estabelecer metas e parâmetros claros de cobertura vacinal para cada grupo prioritário, assim como a cobertura necessária para a transição de fases da vacinação. Uma cobertura vacinal mínima de 90% deve ser fixada para cada grupo populacional prioritário; e em 70% a cobertura vacinal mínima necessária em uma determinada etapa, como pré-requisito para início de etapa subsequente. Devem ser previstos e acionados mecanismos de “resgate” para aqueles pertencentes a populações prioritárias não vacinadas em períodos anteriores indicados.

¹¹ Open Knowledge Brasil e outras. Nota técnica - Transparência da vacinação: uma análise de organizações da sociedade civil https://www.transparencia.org.br/downloads/publicacoes/Nota_Tecnica_Vacinacao_04032021.pdf

¹² https://viz.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html

4. Implantar um sistema de informação unificado sobre a população vacinada no Brasil, que garanta acesso público a microdados com atualização diária, preenchimento adequado e consistência dos dados, com especial atenção para o campo raça/cor autodeclarada. A apresentação de dados oficiais deve priorizar a cobertura vacinal para primeira e segunda doses, para cada grupo prioritário, e não somente a divulgação do número de doses distribuídas ou administradas
5. Criar um painel público com registros e informações atualizadas fornecidas pelo MS, Instituto Butantan e Fundação Oswaldo Cruz sobre contratos, preços, termos de compromissos, aquisição, produção e distribuição de vacinas, assim como o detalhamento dos cronogramas acordados e atrasos previstos, garantindo o direito legal ao acesso à informação e o pleno exercício de controle social.
6. Promover campanha de comunicação de massa e engajamento digital diário, compatíveis com a situação da oferta limitada de vacinas, o que exige divulgação permanente de informações precisas sobre resultados, metas de cobertura, públicos prioritários, ordenamento de filas, acesso, datas e locais de vacinação. As ações de comunicação devem integrar conteúdos visando a gestão da desinformação, aceitação da vacina e ampliação do acesso.

O Brasil necessita urgentemente superar as barreiras que hoje impedem o fornecimento suficiente e ininterrupto de vacinas contra a COVID-19 no SUS. É preciso orientar e acelerar o acesso equitativo aos imunizantes, o que requer a cobertura vacinal suficiente dos grupos prioritários definidos, mas também a inclusão das populações historicamente marginalizadas e com menor acesso às ações e serviços de saúde.

Diante dos altos índices de infecção comunitária continuada no Brasil, da possibilidade de circulação de novas variantes do vírus, e da eventual persistência de baixa cobertura vacinal ao longo de 2021, é preciso, por meio de suportes financeiros excepcionais, reforçar ainda mais a vigilância e a atuação coordenada e objetiva, visando a redução da transmissão, da morbidade e da mortalidade associadas à COVID-19.

Testagem, detecção rápida, gerenciamento de casos suspeitos e confirmados por meio de rastreamento de contatos, isolamento e quarentena, contenção de aglomerações e surtos, recomendações de uso ampliado e adequado de máscaras e ajustes de medidas de restrição de circulação conforme evolução de indicadores epidemiológicos são algumas das medidas irrevogáveis e coadjuvantes aos esforços de imunização.

O QUE É A REDE

Somos mais de 100 pesquisadores mobilizados para aperfeiçoar a qualidade das políticas públicas do governo federal, dos governos estaduais e municipais que procuram atuar em meio à crise da Covid-19 para salvar vidas. Colocamos nossas energias no levantamento rigoroso de dados, na geração de informação criteriosa, na criação de indicadores, na elaboração de modelos e análises para acompanhar e identificar caminhos para as políticas públicas e examinar as respostas que a população oferece.

A Rede de Pesquisa Solidária conta com pesquisadores das Humanidades, das Exatas e Biológicas, no Brasil e em outros países. Para nós, a fusão de competências e técnicas é essencial para se enfrentar a atual pandemia. O desafio é enorme, mas é especialmente entusiasmante.

E jamais seria realidade se não fosse a contribuição generosa de instituições e doadores privados que responderam rapidamente aos nossos apelos. A todos os que nos apoiam, nosso muito obrigado.

Visite nosso site: <https://redepesquisasolidaria.org/>

Siga a Rede de Pesquisa Solidária na redes sociais



QUEM FAZ

Comitê de Coordenação

Glauco Arbix (USP), João Paulo Veiga (USP), Fabio Senne (Nic.br), José Eduardo Krieger (InCor-Faculdade de Medicina USP), Veroca Paiva (USP), Ursula Peres (EACH/USP), Ian Prates (CEBRAP, Social Accountability International), Graziela Castello (CEBRAP), Lorena Barberia (USP-Ciência Política), Tatiane Moraes (Fiocruz) e Hellen Guicheney (CEM, CEBRAP)

Coordenação Científica Lorena Barberia (USP)

Editores Glauco Arbix, João Paulo Veiga e Lorena Barberia

Doações e contato redepesquisasolidaria@gmail.com

Consultores Alvaro Comin (USP) • Diogo Ferrari ((Universidade de California Riverside) • Flavio Cireno Fernandes (Prof. da Escola Nacional de Adm. Pública e Fundação Joaquim Nabuco) • Márcia Lima (USP e AFRO-Núcleo de Pesquisa e Formação em Raça, Gênero e Justiça Racial • Marta Arretche (USP e Centro de Estudos da Metrópole - CEM) • Renata Bichir (USP e CEM) • Guy D. Whitten (Texas A&M University) • Arachu Castro (Tulane University) • Rogério Barbosa (IESP)

Design Claudia Ranzini

Equipe responsável pela Nota Técnica No.28

Guilherme Loureiro Werneck (Instituto de Medicina Social da UERJ e do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ); Ligia Bahia (Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ); Mário Scheffer (Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP)

Instituições parceiras



Instituições de apoio

