

ESTUDO

VELOCIDADE DA VACINAÇÃO DIMINUI E SÓ 12% DA POPULAÇÃO ESTÁ IMUNIZADA. NESSE RITMO, COBERTURA VACINAL SERIA ALCANÇADA APENAS EM MEADOS DE 2022

- ✓ Apenas 12% da população brasileira elegível para a vacinação no Brasil (acima de 18 anos de idade) está imunizada com duas doses das vacinas. Pouco mais de um quarto (26%) recebeu a segunda dose.
- ✓ O ritmo de aumento da cobertura ainda é insuficiente para que se chegue à imunização com primeira dose acima de 90% até outubro de 2021.
- ✓ A agilidade no aumento da cobertura com segunda dose caiu no último mês. Isso indica que coberturas acima de 90% na população brasileira elegível para vacinação só deverão ser alcançadas em meados de 2022 – se não houver maior aporte de vacinas e se o ritmo de vacinação não aumentar substancialmente.
- ✓ 32% dos idosos com mais de 80 anos, 24% dos idosos de 70 a 79

anos e 31% dos profissionais de saúde ainda não foram imunizados – e seguem sem a segunda dose.

- ✓ Menos de 20% da população com comorbidades abaixo de 60 anos – pouco mais de 6 milhões de pessoas – receberam a primeira dose. Esse grupo é estimado em pelo menos 31 milhões de pessoas no Brasil.
- ✓ Mais de 3,4 milhões de pessoas que tomaram a primeira dose da vacina Coronavac ainda não receberam a segunda dose, mesmo após os 28 dias preconizados entre uma dose e outra.
- ✓ Mais de 650 mil pessoas que receberam a primeira dose da vacina Covishield (AstraZeneca-Oxford) não tomaram ainda a segunda dose, considerando o intervalo de 90 dias preconizado entre as duas doses.

O ritmo da cobertura vacinal pode ser medido comparando ao longo do tempo, a cada quinzena, desde o início da vacinação, o percentual da população brasileira elegível (acima de 18 anos) imunizada com primeira e segunda dose das vacinas disponíveis (Figura 1).

Houve aumento no crescimento das coberturas de primeira dose em relação ao observado nos dois primeiros meses desde o início da vacinação, mas esse ritmo é mais

baixo do que o observado entre a quarta e quinta quinzenas. A velocidade no aumento da cobertura vacinal ainda é insuficiente para que se chegue a coberturas de primeira dose acima de 90% até outubro de 2021.

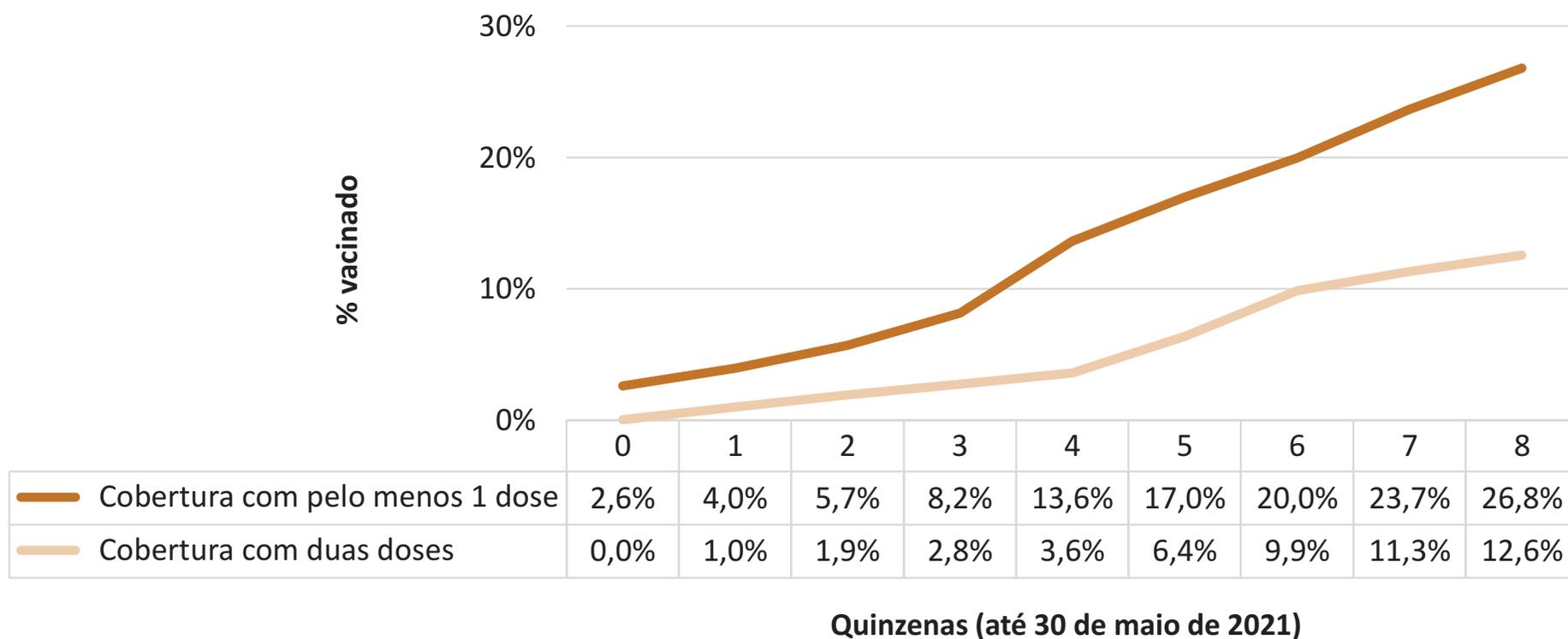
A velocidade no aumento da cobertura com segunda dose diminuiu no último mês. Isso indica que coberturas acima de 90% na população elegível (acima de 18 anos) só poderiam ser alcançadas em meados de 2022 caso a oferta

de vacinas e a velocidade de vacinação não aumentem substancialmente.

Considerando a população elegível para a vacinação no Brasil (acima de 18 anos de idade), a cobertura vacinal com uma dose era de cerca de 26% e, com duas doses, de 12%, no dia 1º de junho. Houve avanço da cobertura com duas doses na última semana (aumento de 9% no país).

Quase cinco meses depois do início da vacinação contra Covid-19, a cobertura vacinal no Brasil é baixa e a vacinação é desordenada. A insuficiência de vacinas, a indefinição de critérios de priorização de pessoas a serem vacinadas, a sobreposição de grupos prioritários e a diversidade de regras em cada município têm dificultado as ações de comunicação, a implementação

Figura 1 – Evolução da cobertura vacinal no Brasil, com primeira e segunda doses das vacinas contra Covid-19, segundo quinzenas até 30 de maio de 2021



da campanha de vacinação e o acompanhamento da cobertura vacinal.

Desde 27 de maio, o Ministério da Saúde, em acordo com secretários municipais e estaduais de saúde, alterou novamente o Plano de Operacionalização da Vacinação contra Covid-19, determinando nova estratégia de imunização, segundo a faixa etária em ordem decrescente de idade:

“Estados e municípios que não apresentam demanda ou tenham demanda diminuída para vacinação dos grupos com maior vulnerabilidade (comorbidades, pessoas com deficiência permanente, população em situação de rua, funcionários do sistema penitenciário, população privada liberdade) poderão pactuar em CIB a adoção imediata da estratégia de vacinação segundo a faixa etária em ordem decrescente de idade garantindo o percentual para continuidade da vacinação dos demais grupos prioritários”

Os 28 grupos prioritários, que somam 78,4 milhões de pessoas, foram mantidos, mas além de adicionar o critério por idade decrescente, o Ministério da Saúde anunciou a decisão de passar à frente, em relação ao ordenamento antes estabelecido, os trabalhadores de educação de todos os níveis de ensino dos setores público e privado, estimados em 3,4 milhões de pessoas

pelo governo federal, ou seja, demandam 6,8 milhões de doses de vacinas.

A vacinação segue lenta, demonstrando dificuldades de alcançar as populações mais vulneráveis anteriormente definidas pelo Ministério da Saúde. As recentes dificuldades na produção e distribuição de doses das vacinas Coronavac e Covishield (AstraZeneca-Oxford) dificultam ainda mais o avanço na cobertura vacinal com duas doses no país.

É urgente a ampliação da oferta de vacinas e a adoção de medidas de busca ativa, convocação e garantia do acesso dos grupos prioritários à imunização completa, com duas doses.

Entre a população de 60 a 69 anos, 81% tinham recebido a primeira dose da vacina e apenas 28% a segunda dose (Tabela 1); de 70 a 79 anos, 92% receberam uma dose e 76% completaram a segunda dose; e dentre aqueles com 80 anos e mais, 92% foram vacinados com a primeira dose e 68% com a segunda dose. Na população de 50 a 59 anos, menos de um quarto (24%) recebeu a primeira dose e apenas 4% desse grupo tomaram as duas doses. O Ministério da Saúde acrescentou a ordem decrescente de idade como um novo critério, mas parte dessa população

Tabela 1 – Cobertura vacinal de idosos por faixas etárias, primeira e segunda doses, segundo Unidades da Federação

UF	Cobertura com pelo menos 1 dose			Cobertura com pelo menos 1 dose			Cobertura com pelo menos 1 dose			Cobertura com pelo menos 1 dose		
	População 50 a 59 anos	Cobertura com 2 doses (50-59 anos)	População 60 a 69 anos	Cobertura com 2 doses (60-69 anos)	População 70 a 79 anos	Cobertura com 2 doses (70-79 anos)	População 80 anos e mais	Cobertura com 2 doses (80+ anos)				
Acre	68.151	30%	6%	41.027	91%	37%	20.904	92%	50%	9.216	93%	58%
Alagoas	329.753	30%	5%	214.486	91%	41%	116.958	93%	67%	51.662	94%	64%
Amapá	65.619	28%	6%	36.706	85%	52%	15.892	93%	76%	7.344	94%	81%
Amazonas	334.110	32%	16%	196.193	84%	49%	90.937	87%	66%	38.693	91%	68%
Bahia	1.588.209	26%	3%	1.069.014	84%	32%	606.449	92%	66%	306.333	98%	74%
Ceará	970.216	13%	3%	620.361	74%	31%	372.201	87%	68%	190.495	98%	63%
Distrito Federal	338.074	22%	5%	204.263	93%	31%	99.862	100%	88%	42.391	100%	97%
Espírito Santo	466.161	31%	4%	337.291	95%	32%	166.643	98%	82%	88.858	93%	71%
Goiás	792.034	22%	3%	505.145	92%	35%	256.101	98%	83%	111.453	100%	81%
Maranhão	606.803	25%	4%	403.320	81%	33%	224.247	88%	70%	114.179	91%	68%
Mato Grosso	382.241	21%	3%	236.968	88%	28%	111.343	95%	80%	45.505	96%	74%
Mato Grosso do Sul	313.471	38%	5%	209.470	92%	50%	107.848	95%	82%	51.004	93%	81%
Minas Gerais	2.574.686	19%	3%	1.889.214	84%	25%	1.022.133	92%	81%	531.564	90%	59%
Pará	744.926	22%	4%	465.485	84%	43%	230.811	89%	56%	97.444	97%	71%
Paraíba	437.849	26%	3%	288.099	96%	46%	180.419	99%	84%	92.351	100%	69%
Paraná	1.417.434	22%	3%	993.908	92%	24%	537.275	96%	87%	250.630	91%	64%
Pernambuco	1.024.888	13%	4%	677.839	82%	31%	389.106	90%	72%	185.697	92%	56%
Piauí	337.324	19%	3%	231.978	90%	18%	130.399	100%	87%	59.751	100%	89%
Rio de Janeiro	2.146.886	25%	4%	1.645.437	80%	30%	888.202	86%	70%	459.457	83%	62%
Rio Grande do Norte	395.294	24%	4%	240.232	88%	34%	146.715	94%	81%	74.910	99%	65%
Rio Grande do Sul	1.470.842	27%	4%	1.166.751	92%	34%	650.898	94%	82%	326.058	87%	66%
Rondônia	187.808	20%	4%	111.424	80%	29%	48.488	93%	74%	18.226	100%	89%
Roraima	49.390	24%	7%	28.083	82%	66%	11.871	87%	61%	4.017	100%	89%
Santa Catarina	905.736	19%	2%	628.481	83%	23%	318.719	93%	83%	147.420	86%	63%
São Paulo	5.536.927	29%	5%	4.047.400	65%	19%	2.148.136	91%	75%	1.077.444	91%	72%
Sergipe	239.974	19%	3%	148.480	81%	29%	79.110	93%	70%	34.996	100%	51%
Tocantins	150.266	23%	4%	95.910	85%	26%	51.374	94%	81%	23.948	100%	92%
Total (Brasil)	23.875.072	24%	4%	16.732.965	81%	28%	9.023.041	92%	76%	4.441.046	92%	68%

* coberturas vacinais que ultrapassaram 100% foram apresentados na tabela como 100%, pois valores de acima de 100% indicam eventual erro na estimativa da população-alvo

Dados extraídos em 01-06-2021 as 20h

de 50 a 59 integra outros grupos prioritários, como profissionais da saúde e portadores de comorbidades.

Chama a atenção que 32% das pessoas que têm acima de 80 anos, faixa etária extremamente vulnerável, menos numerosa e convocada prioritariamente, ainda não foram completamente imunizados com as duas doses. Para esta população acima de 80 anos, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina permanecem com cobertura de primeira dose abaixo de 90%. Apenas o estado do Tocantins e o Distrito Federal alcançaram cobertura com duas doses acima de 90%. Coberturas com duas doses ainda abaixo de 60% são verificadas no Acre, Minas Gerais, Pernambuco e Sergipe.

Para a população de 70 a 79 anos de idade, Amazonas, Ceará, Maranhão, Pará, Rio de Janeiro e Roraima permanecem com coberturas de primeira dose abaixo de 90%. Coberturas menores que 60% com as duas doses são registradas no Acre e no Pará.

Para a população de 60 a 69 anos de idade, a cobertura com primeira dose é maior ou igual a 90% no Acre, Alagoas, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Paraná, Piauí e Rio Grande do Sul. Coberturas abaixo de 60% com as duas doses são

registradas em todos os estados (exceto em Roraima, com 66%). A cobertura com duas doses nessa faixa etária avançou 3% no país na última semana.

Para a população de 50 a 59 anos de idade, a cobertura com primeira dose fica abaixo de 40% em todos os Estados. A maior cobertura com uma dose está no Mato Grosso do Sul (38%) e a menor em Pernambuco e Ceará (13% em ambos os estados). Nessa faixa etária são verificadas coberturas abaixo de 10% com as duas doses em todos os estados (exceto no Amazonas, com 16%).

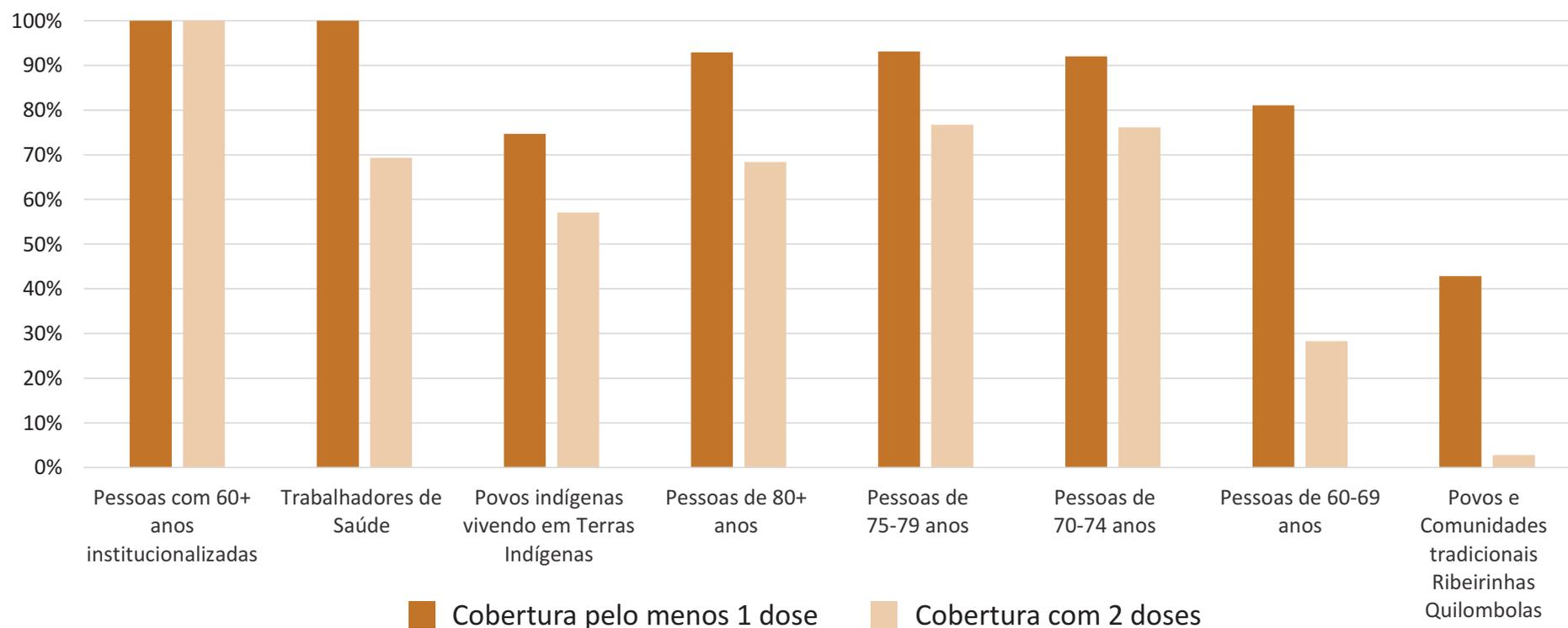
Ao analisar a cobertura vacinal nos primeiros grupos prioritários definidos pelo Plano Nacional de Imunização (Figura 2), observa-se que, após quase cinco meses do início da vacinação, com exceção do grupo de pessoas com mais de 60 anos institucionalizadas, a cobertura vacinal com duas doses é ainda abaixo de 80% para todos os grupos. Considera-se que metas acima de 90% deveriam ser alcançadas.

Cabe observar que as coberturas acima de 100% registradas em pessoas com mais de 60 anos institucionalizadas e mesmo em profissionais da saúde (primeira dose) representam, possivelmente, uma estimativa inicial inadequada do tamanho dessas populações.

Entre a população estimada de profissionais de saúde, 31% ainda não receberam a segunda dose. Entre os indígenas que vivem em terras indígenas, e que correspondem a uma parcela restrita de toda a população indígena nacional, apenas 75% receberam a primeira

dose, o que é particularmente preocupante considerando que esse grupo se encontra em territórios delimitados. As coberturas com primeira dose entre povos e comunidades tradicionais é de apenas 39%.

Figura 2 – Coberturas vacinais com uma dose e com duas doses, segundo grupo prioritário, Brasil



MENOS DE 20% DAS PESSOAS COM COMORBIDADES ABAIXO DE 60 ANOS RECEBERAM A PRIMEIRA DOSE

A vacinação com primeira dose das pessoas com comorbidades abaixo de 60 anos alcançou apenas 19,3 % dessa população até o dia 1º de junho. Para esse cálculo, a referência aqui é a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/IBGE/2019), que indica a existência de aproximadamente 31 milhões de pessoas com uma ou mais comorbidades abaixo de 60 anos de idade (Tabela 2). As prevalências das condições de saúde referidas na PNS estão expostas na Tabela 3.

O número de vacinados com uma dose neste grupo com comorbidades abaixo de 60 anos passou de 230.742 pessoas, em 4 de maio, para 6.094.436 pessoas em 1º de junho. Os vacinados com duas doses passaram de 32.556 para 128.051 pessoas no período.

A estimativa do tamanho da população com comorbidades baseada na PNS/IBGE difere daquela divulgada pelo Plano Nacional de Vacinação. Até março de 2021 o Ministério da Saúde (MS) estimava que a população brasileira com comorbidades elegíveis para vacinação compreendia cerca de 17,7 milhões de pessoas. A mais recente diretriz do MS, de 26 de abril de 2021¹, definiu em

28 milhões de pessoas o grupo com comorbidades, optando pela expansão para outras condições de saúde como gestantes, puérperas e pessoas com deficiência. Ou seja, mesmo após a ampliação, esse dimensionamento do Plano Nacional de Vacinação é inferior àquele encontrado em pesquisas populacionais do IBGE.

Tabela 2 – Número de comorbidades de pessoas de 18 a 59 anos no Brasil. PNS, 2019

Número de comorbidades	n	%
1	23.332.121	75,1%
2	6.134.384	19,7%
3	1.238.059	4,0%
4	280.093	0,9%
5	82.051	0,3%
6	11.660	0,0%
7	880	0,0%
Total	31.079.249	100,0%

Notas: 1) Não são considerados os que não tem nenhuma comorbidade; 2) Comorbidades consideradas: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes, Doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra, AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame, Asma (ou bronquite asmática), Doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), Câncer, Insuficiência renal crônica e Obesidade IMC \geq 40 kg/m². Não considera os que não tem nenhuma comorbidade. Fonte: IBGE. PNS, 2019 (microdados, elaboração própria)

¹ NOTA TÉCNICA Nº 467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS

Tabela 3 – Condições de saúde autorreferidas* em pessoas de 18 a 59 anos no Brasil. PNS, 2019

Comorbidades	n	%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	21.156.935	17,4%
Diabetes	5.811.243	5,0%
Doença do coração, tal como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra	3.913.529	3,1%
AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame	1.189.553	1,0%
Asma (ou bronquite asmática)	6.817.334	5,5%
Doença crônica no pulmão, tais como enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)	1.650.684	1,3%
Câncer	1.738.159	1,4%
Insuficiência renal crônica	1.459.323	1,2%
Obesidade IMC \geq 40 kg/m ²	1.703.243	1,4%

*Inclui mais de uma das condições relacionadas, o total não é o de pessoas e sim das respostas sobre cada comorbidade (uma pessoa pode ter mais de uma comorbidade)

Fonte: IBGE. PNS, 2019 (microdados, elaboração própria)

Embora uma parte das pessoas com comorbidades tenha 60 anos ou mais e, por isso, componha o grupo prioritário de idosos, a seleção da população com condições preexistentes abrange também adultos de 18 até 59 anos. Por sua vez, outros grupos prioritários, como o dos profissionais de saúde, podem conter pessoas de 18 a 59 anos com comorbidades. Como ainda não foi alcançada a cobertura vacinal satisfatória entre idosos, muitas pessoas com comorbidades acima de 60 anos não foram até agora imunizadas. Já para o grupo de 18 a 59 com comorbidades e que não integra outra população prioritária já vacinada, a perspectiva de imunização ainda é incerta.

Além das estimativas imprecisas do tamanho da população há dois outros obstáculos para alcance da cobertura vacinal do grupo com comorbidades:

1) Ausência de critérios claros de inclusão e de comprovação das condições de saúde elegíveis para a vacinação

Há interpretações divergentes entre o Ministério da Saúde, prefeituras e estados sobre quais são os grupos de comorbidades elegíveis; e são confusos os mecanismos de comprovação individual (fornecimento de atestado médico, prontuários, registros de informações etc) do

pertencimento a uma das condições de saúde definidas como prioritárias. Em muitos locais a vacinação deste grupo tem contemplado de forma privilegiada pacientes acompanhados na rede privada, que têm mais facilidade de obtenção de atestados médicos e documentação comprobatória. Há, também, casos noticiados de fraude, com obtenção e apresentação de supostos comprovantes falsos de comorbidade.

2) Disparidades no ordenamento de filas e fluxos para o acesso à vacina

A população com comorbidades abaixo de 60 anos estava inicialmente posicionada logo após idosos em instituições de longa permanência, trabalhadores da saúde, povos indígenas e idosos acima de 60 anos. Nos locais que já iniciaram a vacinação de pessoas com comorbidades, alguns utilizam o critério da gravidade das condições de saúde, outros adotam faixas etárias decrescentes para as comorbidades, sem considerar o grau de risco das distintas comorbidades.

COMO FOI REALIZADO O LEVANTAMENTO?

Os dados sobre vacinação aqui apresentados são oriundos do arquivo de microdados “Registros de Vacinação Covid-19”, obtidos no site do OpenDataSUS em 01/06/2021, correspondentes à última atualização, do dia anterior, 31/05. São dados de doses administradas, recebidos e divulgados pelo Ministério da Saúde, até essa data.

A atualização da base depende das informações registradas por diferentes sistemas de cada unidade da Federação. O banco de dados traz informações sobre cada indivíduo que foi vacinado com a primeira e/ou com a segunda dose das vacinas Covishield (AstraZeneca/Oxford) e Coronavac (Sinovac).

Refere-se, portanto, a doses aplicadas. Foram registradas, até 01/06, 61,7 milhões de doses aplicadas. Dessas, cerca de 1,5 milhões correspondiam a registros duplicados. Assim, eram cerca de 61,2 milhões as doses sem duplicidades, de fato administradas e registradas no banco de dados. Cerca de 61% das doses administradas correspondiam à vacina Coronavac e 36% à vacina Covishield (AstraZeneca-Oxford).

Aproximadamente 3,4 milhões de pessoas que tomaram a primeira dose da Coronavac ainda não retornaram para a segunda dose (ou ainda não tiveram sua segunda dose registrada no sistema), passados mais de 28 dias após a administração da primeira dose. Em relação à vacina Covishield (AstraZeneca-Oxford), considerando um intervalo de 90 dias preconizado entre as doses, mais de 650 mil pessoas tomaram a primeira dose e ainda não retornaram para a segunda dose (ou ainda não tiveram sua segunda dose registrada no sistema) após esse período.

Deve-se registrar que é possível a existência de duplicidades de dados no banco atual consultado, o que pode levar a estimativas de cobertura vacinal inexatas, ou mesmo a divergências com nossos relatórios semanais anteriormente divulgados.

Em relação aos idosos, neste levantamento foram consideradas as 30,1 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no país, segundo o IBGE. Quanto às pessoas com comorbidades abaixo de 60 anos foi usada a estimativa de 31 milhões de pessoas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS/ IBGE/2019).

PARA ESCLARECER

O que é cobertura vacinal

A cobertura vacinal é a porcentagem estimada de pessoas que receberam as doses recomendadas das vacinas, em cada grupo definido como prioritário e na população em geral. A definição de populações-alvo elegíveis para receber as vacinas contra a Covid-19 e a meta de cobertura vacinal são essenciais em um programa ou plano de imunização. A meta deve estipular o percentual mínimo aceitável de pessoas vacinadas em cada grupo prioritário, considerando o número de doses da vacina e os intervalos preconizados entre elas. Devem ser definidos claramente a abrangência geográfica e o período de tempo para atingir a meta de cobertura definida.

Para que divulgar a cobertura vacinal?

A vacinação contra Covid-19 tem como finalidade não só promover a proteção individual de cada pessoa vacinada, mas também a proteção coletiva populacional. Para avaliar o andamento e o êxito da vacinação, iniciada no Brasil em janeiro de 2021, deve-se observar fundamentalmente a cobertura vacinal e não apenas o

número de doses administradas em relação à população total. A divulgação sistemática das coberturas vacinais fornece uma visão realista sobre a implementação da vacinação. Dados sobre cobertura vacinal com uma e duas doses, em cada grupo da população prioritária, são essenciais para a avaliação do impacto e para a correção dos rumos do plano nacional de vacinação. É preciso monitorar a cobertura vacinal para identificar se as populações com maior risco de infecção, adoecimento e morte já estão protegidas, visando reforçar a vacinação em territórios e grupos populacionais ainda com cobertura mais baixa.

Por que é necessária cobertura vacinal alta, acima de 90%, em cada grupo prioritário?

As vacinas contra Covid-19 disponíveis no Brasil até maio de 2021 têm eficácias que variam de 50 a 70% para prevenção de formas clínicas e graves da doença. Ou seja, são vacinas que protegem mais os indivíduos contra doença grave e morte. 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.

Por que é importante avaliar o percentual de cobertura com duas doses?

A cobertura com duas doses em cada população prioritária é um parâmetro fundamental, 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. Portanto, os dados do total de doses distribuídas e do total de primeiras doses administradas, embora relevantes para acompanhar o ritmo da vacinação, não são os melhores parâmetros de cobertura vacinal.

Por que a baixa cobertura vacinal nos grupos prioritários é preocupante?

Em contexto de insuficiência 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. Assim, têm sido priorizados os trabalhadores da saúde em situação de exposição elevada, visando também o funcionamento de hospitais e serviços de saúde; além dos idosos, das pessoas com comorbidades e dos grupos em extrema vulnerabilidade, como os indígenas. No Brasil, o Ministério da Saúde incluiu mais de 80 milhões de pessoas nos grupos populacionais prioritários a serem vacinados. Este número vem aumentando constantemente, inclusive por pressões políticas e corporativas, acrescentando demandas a uma oferta notoriamente escassa de vacinas.

A baixa disponibilidade de vacinas convive com incertezas e revisões constantes de quantitativos, para menos, com a ausência de metas claras no plano de imunização e com critérios inadequados de priorização.

Foi, assim, estabelecido 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. A dinâmica da vacinação para Covid-19, em função das características das vacinas e dos grupos prioritários, não pode ser orientada apenas por um calendário de sucessão de dias, idades, condições de saúde e profissões. Exige o cumprimento de metas de coberturas para obtenção de níveis de imunidade suficientes para reduzir a mortalidade. Em muitos países, autoridades governamentais divulgam como rotina as metas de cobertura. No Brasil, o indicador vem sendo equivocadamente considerado irrelevante.

Doses distribuídas e administradas são informações fundamentais, mas só fazem sentido como estratégia de enfrentamento da pandemia se forem acompanhadas por coberturas definidas e metas alcançadas. É imprescindível estabelecer fluxos bem organizados para a vacinação, considerando também a escassez de vacinas e o atraso nos cronogramas antes estabelecidos.

A inclusão, sobreposição ou antecipação de novos grupos prioritários (como os profissionais da educação), juntamente com a adição do critério por idade decrescente, anunciados em 27 de maio pelo Ministério da Saúde, trazem novas incertezas à vacinação e podem

dificultar ainda mais a conclusão da cobertura vacinal de idosos acima de 60 anos, profissionais de saúde, pessoas com comorbidades e vulneráveis, ainda não imunizados.

Continua sendo acrescentado à demanda potencial para a vacinação um enorme contingente de pessoas que, somadas aos grupos prioritários anteriores ainda por vacinar, requererão uma oferta de vacinas muito superior à disponível. É uma ilusão supor que o Brasil avança nas coberturas vacinais somente porque um novo grupo foi convocado, ou um novo critério foi estabelecido, sem que as populações prioritárias anteriores tenham sido efetivamente imunizadas. ■

Autores:

Guilherme Loureiro Werneck, Instituto de Medicina Social da UERJ e
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ

Ligia Bahia, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ

Jéssica Pronestino de Lima Moreira, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ

Mário Scheffer, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP