

Nota técnica: Considerações sobre vacinação contra a COVID-19 em populações vulneráveis e trabalhadores essenciais

Documento produzido pelo Grupo Técnico do “Eixo Epidemiológico do Plano Operacional da Vacinação contra COVID-19”

10 de dezembro de 2020

versão final

Este documento apresenta considerações importantes sobre o Plano Operacional de Vacinação contra COVID-19. Em primeiro lugar, apresenta-se o contexto corrente, assim como as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Em seguida, apresenta-se como estes princípios guiam a prioridade no Plano Operacional para populações vulneráveis.

Contexto Nacional e Internacional, Recomendações da Organização Mundial da Saúde e Diretrizes do SUS

O mundo vivencia a maior emergência de interesse em saúde pública da história contemporânea – a COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2. No mundo, até 10 de dezembro de 2020, foram confirmados mais de 68 milhões de casos, incluindo mais de 1,5 milhão de óbitos reportados à OMS (Informações do painel da OMS em <https://covid19.who.int>). No Brasil, no mesmo período, foram confirmados mais de 6 milhões de casos e 178 mil óbitos. Diversos esforços têm sido realizados para o desenvolvimento de vacinas seguras e eficazes contra a COVID-19.

Atualmente (10/12/2020), há 214 vacinas em desenvolvimento, sendo 162 em avaliação pré-clínica e 52 em estudos clínicos, das quais 13 se encontram em fase 3 (ensaio clínico randomizado). Diferentes fabricantes anunciaram resultados promissores de segurança e eficácia dessas vacinas com estudos em fase 3 [1].

O Grupo Assessor Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE, em inglês) da OMS emitiu em novembro de 2020 um roteiro para a seleção de grupos prioritários para a vacinação contra a COVID-19, considerando a disponibilidade

limitada de vacinas para atender a demanda mundial [2]. Além disso, os países passaram a elaborar seus próprios planos de operacionalização da introdução da vacina contra a COVID-19, incluindo a elaboração de critérios nacionais para a seleção dos seus grupos prioritários de acordo com seu contexto sociodemográfico e epidemiológico.

Ademais, o SAGE identificou um rol de valores, baseados em princípios éticos, para apoiar o processo de alocação e priorização de grupos para a vacinação contra a COVID-19 (Quadro 1).

Quadro 1. Objetivos de saúde e equidade aplicados a grupos prioritários para a vacinação contra o COVID-19, segundo o SAGE/OMS.

A. Bem-estar	(A1) Reduzir as mortes e a carga da doença relativa à pandemia de COVID-19.
	(A2) Reduzir as disrupções sociais e econômicas (além de reduzir as mortes e a carga da doença).
	(A3) Proteger a continuidade de funcionamento dos serviços essenciais, incluindo serviços de saúde.
B. Respeito igualitário	(B1) Tratar dos interesses de todos os indivíduos e grupos com a mesma consideração, à medida que decisões de alocação e priorização sejam tomadas e implementadas.
	(B2) Oferecer uma oportunidade real de vacinação a todos os indivíduos e grupos que se qualificam segundo os critérios de priorização.
C. Equidade	(C1) Assegurar que a priorização das vacinas nos países leve em conta as vulnerabilidades, riscos e necessidades dos grupos que, devido a fatores sociais, geográficos ou biomédicos de base, possam enfrentar prejuízos maiores na pandemia por COVID-19.
	(C2) Desenvolver os sistemas de distribuição de imunização e a infraestrutura necessária para garantir acesso às vacinas contra a COVID-19 por populações prioritárias, e garantir igualdade de acesso a todos que se enquadrem em um grupo prioritário, em particular as populações socialmente desfavorecidas.

D. Reciprocidade	(D1) Proteger aqueles que enfrentam riscos e prejuízos adicionais significativos da COVID-19 para garantir o bem-estar de outras pessoas, incluindo profissionais da saúde e de outros setores essenciais.
---------------------	---

Fonte:

https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf?Status=Temp&sfvrsn=bf227443_2 (adaptado e traduzido), acessado em 10/12/2020.

Cabe destacar que no Brasil as políticas públicas em saúde são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 7º:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V. direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI. divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII. participação da comunidade;
- IX. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - A. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - B. regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X. integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

- XII. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII. organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.
- XIV. organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral

Uma vez identificados os grupos prioritários para a vacinação contra a COVID-19, segundo o SAGE, os mesmos deveriam ser alocados em uma programação que considerasse o cenário epidemiológico local (transmissão sustentada, casos esporádicos ou *clusters*, e ausência de casos autóctones) e as fases de disponibilização de vacinas conforme a cobertura estimada da população (1 a 10%, 11 a 20% e 21 a 50%) (Quadro 2).

Quadro 2. Fases e grupos prioritários para a vacinação contra COVID-19, segundo o SAGE/OMS.

Fases e disponibilidade de doses	Grupos prioritários
Fase 1 (disponibilidade de doses para atender 1 a 10% da população)	Fase 1a: profissionais de saúde com risco alto a muito alto de adquirir e transmitir a infecção Fase 1b: idosos a serem definidos por risco específico definido em nível nacional
Fase 2 (disponibilidade de doses para atender 11 a 20% da população)	Idosos não contemplados no Fase 1 Grupos com morbidades ou estados de saúde com aumento significativo do risco de progressão para doença grave ou óbito. Grupos sócio demográficos com risco significativamente maior de doença grave ou óbito Trabalhadores de saúde envolvidos nas atividades de vacinação Professores e trabalhadores da educação de alta prioridade.
Fase 3 (disponibilidade de doses para atender de 21 a 50% da população)	Demais grupos de professores Outros trabalhadores essenciais Gestantes

	Profissionais de saúde em risco baixo a moderado de adquirir a infecção Trabalhadores envolvidos na produção das vacinas e outros grupos de laboratório de alto risco Grupos sociais e trabalhadores com risco elevado de se infectar e transmitir a infecção por serem incapazes de se distanciar fisicamente (dependendo do contexto do país, exemplos podem incluir: pessoas trabalhando em estabelecimentos de detenção, indivíduos encarcerados, dormitórios, favelas, assentamentos ilegais, pessoas com baixa renda em regiões densamente povoadas, moradores de rua, militares vivendo em quartéis, pessoas vivendo em certas ocupações como mineradores e processamento de carne).
--	--

Fonte:

https://www.who.int/docs/default-source/immunization/sage/covid/sage-prioritization-roadmap-covid19-vaccines.pdf?Status=Temp&sfvrsn=bf227443_2 (adaptado e traduzido), acessado em 10/12/2020.

Critérios nacionais e seleção de grupos prioritários para a implantação da vacina contra a COVID-19

O Plano Operacional da Vacinação contra COVID-19 para o Brasil foi elaborado pela Coordenação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) com o apoio do comitê de especialistas da Câmara Técnica, que se reuniu para deliberar sobre a priorização de grupos populacionais para a implantação desta vacina. Este comitê de especialistas gerou as recomendações contidas neste documento, apoiado em recomendações com base científica e em orientações do SAGE/OMS. Os participantes dessa Câmara Técnica declaram que não possuem conflitos de interesse com relação à fabricação, aquisição e distribuição das vacinas contra a COVID-19.

O plano de vacinação desenvolvido pela Coordenação do Programa Nacional de Imunizações em cooperação com o comitê de especialistas da Câmara Técnica se baseou em princípios similares aos estabelecidos pela OMS. Optou-se pelos seguintes critérios de priorização: a preservação do funcionamento dos serviços de saúde, proteção dos indivíduos com maior risco de desenvolvimento de formas graves e óbito, e proteção dos indivíduos com maior risco de infecção.

No que tange o segundo elemento da priorização, determinados segmentos da sociedade apresentam vulnerabilidade aumentada para morbimortalidade decorrente da infecção pelo vírus SARS-CoV-2. A seguir serão apresentadas as justificativas para inclusão de grupos vulneráveis, que também devem ser priorizados na implantação da vacina contra a COVID-19.

População Privada de Liberdade (PPL). Trata-se de um grupo particularmente vulnerável para doenças infectocontagiosas, como demonstrado pela prevalência aumentada de infecções nesta população quando comparado com a população em liberdade (ex.: HIV, tuberculose, hepatites virais e sífilis) [3–7]. As razões para essa vulnerabilidade são múltiplas, conforme descrito por Simooya [3], e incluem: baixo acesso a serviços de saúde, superlotação e más condições de habitação, características sociodemográficas dos privados de liberdade, entre outros. Deve-se considerar ainda que os indivíduos privados de liberdade não são um grupo desconectado do restante da sociedade. Permanece possível eventos de infecção pela interação entre indivíduos nesses estabelecimentos e funcionários dos sistemas de privação de liberdade. Uma vez que é inviável a adoção de medidas de distanciamento social efetivas nos estabelecimentos de privação de liberdade, surtos nestes locais são altamente prováveis, e raramente serão contidos pelas medidas tradicionais de controle da transmissão da COVID-19 [8–11]. Uma eventual ocorrência de elevado número de casos nesta população pode ainda sobrecarregar os sistemas de saúde dos próprios municípios. Além disso, estabelecimentos de privação de liberdade funcionam como reservatórios da doença para o restante da população, como já observado no caso da tuberculose [6]. Ademais, a imposição de restrições adicionais pode levar ao risco de ocorrência de rebeliões, devido ao permanente grau de estresse, como observado na Itália [9].

Por fim, a elevada prevalência de HIV, tuberculose e tabagismo [12], aliada às barreiras de acesso aos cuidados de saúde bem como às condições insalubres de habitação poderão elevar o risco de agravamento e óbito por COVID-19 na população privada de liberdade. De fato, em prisões americanas os indivíduos privados de liberdade não só tiveram um risco 5,5 vezes maior de se infectar pela COVID-19, como também tiveram um risco 3 vezes maior de óbito do que seria esperado para indivíduos da mesma faixa etária [13].

Desta forma, os indivíduos privados de liberdade bem como os funcionários do sistema de privação de liberdade são um grupo com elevada vulnerabilidade para infecção para COVID-19 bem como para o óbito pela mesma. A própria logística envolvida para vacinação em faixas etárias dos mais idosos neste segmento poderá ser ampliada sem empecilhos adicionais. Portanto, à semelhança do recomendado pela OMS, optou-se por incluir esse grupo de indivíduos entre os grupos prioritários para vacinação COVID-19.

Indígenas. A alta vulnerabilidade dos indígenas à pandemia de COVID-19 se justifica por vários fatores [14]: **a.** doenças infecciosas em grupos indígenas tendem a se espalhar rapidamente e atingir grande parte da população devido ao modo de vida coletivo e às dificuldades de implementação das medidas de distanciamento social; e **b.** populações indígenas convivem em geral com elevada carga de morbimortalidade, com o acúmulo de comorbidades infecciosas, carenciais e ligadas à contaminação ambiental, assim como doenças crônicas, aumentando o risco de complicações e mortes pela COVID-19 [15]. Isso se evidencia nos dados de internação do SIVEP-Gripe, com taxa de hospitalização e letalidade superior entre indígenas em relação à população em geral. **c.** o controle da entrada do vírus em territórios indígenas, assim como o isolamento de casos suspeitos e confirmados para bloqueio de transmissão, é extremamente difícil devido à complexa logística e disponibilidade limitada de recursos; **d.** há uma evidente limitação no acesso oportuno e qualificado à rede de atenção à saúde, especialmente no caso das populações que residem em locais remotos ou distantes das capitais, exigindo capacidade de resposta diferenciada para garantir atenção integral e equânime aos povos indígenas, reduzindo os impactos da pandemia nessa população. **e.** não é custo-efetivo vacinar populações em territórios indígenas por faixas etárias, uma vez que a baixa acessibilidade aumenta muito o custo do programa de vacinação. Além disso, múltiplas visitas aumentam o risco de introdução do vírus durante a própria campanha vacinal.

Populações quilombolas e ribeirinhas. Estas populações, à semelhança de populações indígenas, também se encontram em vulnerabilidade social de forma que o significativo impacto da pandemia para estes grupos requer atenção, em especial com a vacinação. A transmissão de vírus nestas comunidades tende a ser

bem intensa pelo grau coeso de convivência. O controle de casos e vigilância nestas comunidades impõe desafios logísticos, de forma que a própria vacinação teria um efeito protetor altamente efetivo de evitar múltiplos atendimentos por demanda. Também se espera alta carga de morbimortalidade e ocorrência de comorbidades que acarretam em maior risco de óbitos em caso de infecção por SARS-CoV-2. Tais grupos residem em territórios com mais difícil acesso, inclusive para os serviços regulares de saúde, de forma que a resposta rápida para evitar óbitos em eventos de infecção torna-se mais difícil.

Pessoas com Deficiência (PCD). Este grupo populacional tem encontrado diversas barreiras para adesão a medidas de proteção como uso de máscaras e distanciamento físico, principalmente cadeirantes, pessoas com deficiência visual e aqueles que precisam de assistência para o cuidado básico. Considerando que é dever do Estado Brasileiro cumprir os comandos da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), a qual, no artigo 8º, assegura a prioridade de efetivação dos direitos das pessoas com deficiência, dentre outros, à vida e à saúde; Considerando o artigo 1º da Lei nº 10.048/2000, com a redação conferida pela Lei Brasileira da Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015), estabelece que as pessoas com deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes, as pessoas com crianças de colo e os obesos terão atendimento prioritário. Além disso, em recente análise dos dados do painel COVID-19 no Espírito Santo, único estado da federação que disponibiliza informações sobre casos em pessoas com deficiência para análises de dados, a letalidade deste grupo foi de 4,9% enquanto no grupo sem deficiência a letalidade foi de 3%, sendo esta diferença estatisticamente significativa [16].

Trabalhadores essenciais. A OMS em seu documento [2] demonstra que, para o cenário epidemiológico de transmissão comunitária, grupos sociais e trabalhadores essenciais em níveis elevados risco de se contaminar e transmitir infecção (seja porque não podem realizar atividades remotas ou pela natureza de seu trabalho ou por desigualdades sociais) devem ser considerados para priorização de vacinas. Neste sentido, se incluem aqueles que trabalham no sistema de assistência social, assistência infantil (creches), motoristas de transporte

coletivos, trabalhadores do setor de agricultura, da produção e da indústria alimentícia, policiais e trabalhadores de serviços governamentais essenciais.

Trabalhadores da educação. Estamos lentamente vendo um número crescente de crianças e adolescentes retornando à sala de aula. Mais de 1 bilhão de estudantes ainda estão fora da escola devido ao seu fechamento em todos os países, mas mais de 70 países anunciaram planos de reabrir escolas e centenas de milhões de estudantes retornaram na nos últimos meses.

Compreendemos a importância das atividades escolares para milhões de brasileiros. O ano de 2020 foi especialmente complexo, uma vez que as escolas como locais de aglomeração tiveram suas atividades limitadas para as atividades presenciais, impossibilitando no momento evidências mais robustas sobre seu papel nas cadeias de transmissão. No entanto, é correto afirmar que, em virtude dos problemas estruturais, de financiamento para execução de protocolos de biossegurança e da dinâmica de aprendizado pedagógico que dificulta o distanciamento físico, esses passos teriam um risco aumentado para a disseminação da doença.

Outro ponto que merece destaque é que a população de trabalhadores da educação é alvo do PNI para campanha de vacinação contra Influenza, considerando os professores de escolas públicas e privadas como grupo prioritário em razão do risco de contágio existente em sala de aula. Discute-se, no entanto, que o ambiente escolar é um local de transmissão da doenças não apenas para professores, mas a exemplo dos ambientes hospitalares para todos os profissionais que estão trabalhando nesse espaço.

Conclusão

O desafio de vacinação em um cenário de incidências de COVID-19 ainda muito altas impõe muitas questões como a emergência de definição de aspectos prioritários. Este documento avalia, com base em critérios científicos e recomendações da Organização Mundial da Saúde, a questão da priorização da vacinação neste cenário, e complementa com os critérios para populações vulneráveis no país, que vivem em vulnerabilidade social e requerem atenção prioritária em saúde. Estas populações se somam aos grupos já definidos, como

trabalhadores da saúde, faixas etárias (pessoas idosas) e indivíduos com comorbidades.

Referências

- [1] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines, acessado 8 dez 2020, <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>
- [2] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Sage Roadmap for Prioritizing Uses of Covid-19 Vaccines in the. n. October, 2020.
- [3] SIMOOYA, O. O. Infections in prison in low and middle income countries: Prevalence and prevention strategies. **Open Infectious Diseases Journal**, v. 4, n. SPEC. ISSUE 1, p. 33–37, 2010.
- [4] GUIMARÃES, T. et al. High prevalence of hepatitis C infection in a Brazilian prison: identification of risk factors for infection. **The Brazilian journal of infectious diseases : an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases**, v. 5, n. 3, p. 111–118, 2001.
- [5] DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência de sífilis e hiv em gestantes encarceradas e incidência de sífilis congênita em crianças nascidas em prisões brasileiras. **Cadernos de Saude Publica**, v. 33, n. 11, p. 1–15, 2017.
- [6] SACCHI, F. Á. V. P. C. et al. Prisons as reservoir for community transmission of tuberculosis, brazil. **Emerging Infectious Diseases**, v. 21, n. 3, p. 452–455, 2015.
- [7] CORREA, M. E. et al. High prevalence of treponema pallidum infection in Brazilian prisoners. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 97, n. 4, p. 1078–1084, 2017.
- [8] KINNER, S. A. et al. Prisons and custodial settings are part of a comprehensive response to COVID-19. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 4, p. e188–e189, Apr. 2020.
- [9] GULATI, G.; DUNNE, C. P.; KELLY, B. D. Prisons and the COVID-19 Pandemic. **Irish Journal of Psychological Medicine**, p. 1–2, 2020.
- [10] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preparedness, Prevention and Control of

COVID-19 in Prisons and Other Places of Detention. n. March, p. 1–33, 2020.

[11] OLADERU, O. T. et al. A call to protect patients, correctional staff and healthcare professionals in jails and prisons during the COVID-19 pandemic. **Health and Justice**, v. 8, n. 1, p. 4–6, 2020.

[12] COSTA, C. R. et al. Prevalence and associated factors with depression and anxiety in prisoners in South of Brazil. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 47, n. 4, p. 89–94, Aug. 2020.

[13] SALONER, B. et al. COVID-19 Cases and Deaths in Federal and State Prisons. **JAMA**, v. 324, n. 6, p. 602, 11 Aug. 2020.

[14] ABRASCO/ABAa. A Covid-19 e os povos indígenas: desafios e medidas para controle do seu avanço. Nota Técnica, em 21/03: Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/a-covid-19-e-o-s-povos-indigenas-desafios-e-medidas-para-controle-do-seu-avanco/45866>

[15] CARDOSO AM, Resende PC, Paixao ES, Tavares FG, Farias YN, Barreto CTG, et al. Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of InfluenzaA(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. PLoS ONE 2019; 14 (7): e0218925.

[16] MACIEL E, Melo D, Delcarro J, Robaina I, Jabor P, Junior EG, Zandonade E. Pessoas Com Deficiência e COVID-19 no estado do Espírito Santo: Entre a invisibilidade e a falta de Políticas Públicas. Scielo, dez. 2020. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.1540>

Participantes do Grupo Técnico do “Eixo Epidemiológico do Plano Operacional da Vacinação contra COVID-19”

Ordem alfabética

Nome	Instituição
Alessandro Chagas	Conasems
Alexander Precioso	Instituto Butantan
Antonio Pacheco	PROCC/Fiocruz
Brigida Sacramento	Consórcio Conisud
Claudia Torres Codeço	PROCC/Fiocruz
Cristiane Pantaleão	Conasems
Daniel Antunes Maciel Villela	PROCC/Fiocruz
Diogo Demarchi	Conasems
Eitan Berezin	Ad hoc
Eliana de Barros	Instituto Butantan
Eliseu Alves Waldman	Abrasco
Elton Chaves	Conasems
Ethel Maciel	Abrasco
Expedito Luna	Abrasco

Herbert Charles	Conass
Jadher Pércio	Opas
Kandice Falcão	Conasems
Laís Picinini Freitas	PROCC/Fiocruz
Lely Guzmán	Opas
Leonardo Bastos	PROCC/Fiocruz
Ligia Kerr	Abrasco
Marcela Alvarenga	Conasems
Marcelo Ferreira da Costa Gomes	PROCC/Fiocruz
Mariana Pedrosa	Conasems
Marilda Mendonça Teixeira de Siqueira	Fiocruz /Biomanguinhos
Natasha Shessarenko Fraife Barreto	CFM
Nereu H Mansano	Conass
Oswaldo Gonçalves Cruz	PROCC/Fiocruz
Raquel Lana	PROCC/Fiocruz
Renato Kfourì	SBlm
Rosangela Treichel	Conasems

Tatiana Guimarães Noronha	BioManguinhos
Vanessa Infante	Instituto Butantan
Virna Liza Pereira Chavesa Hildebrand	COFEN
Wellington Barros	CFF