

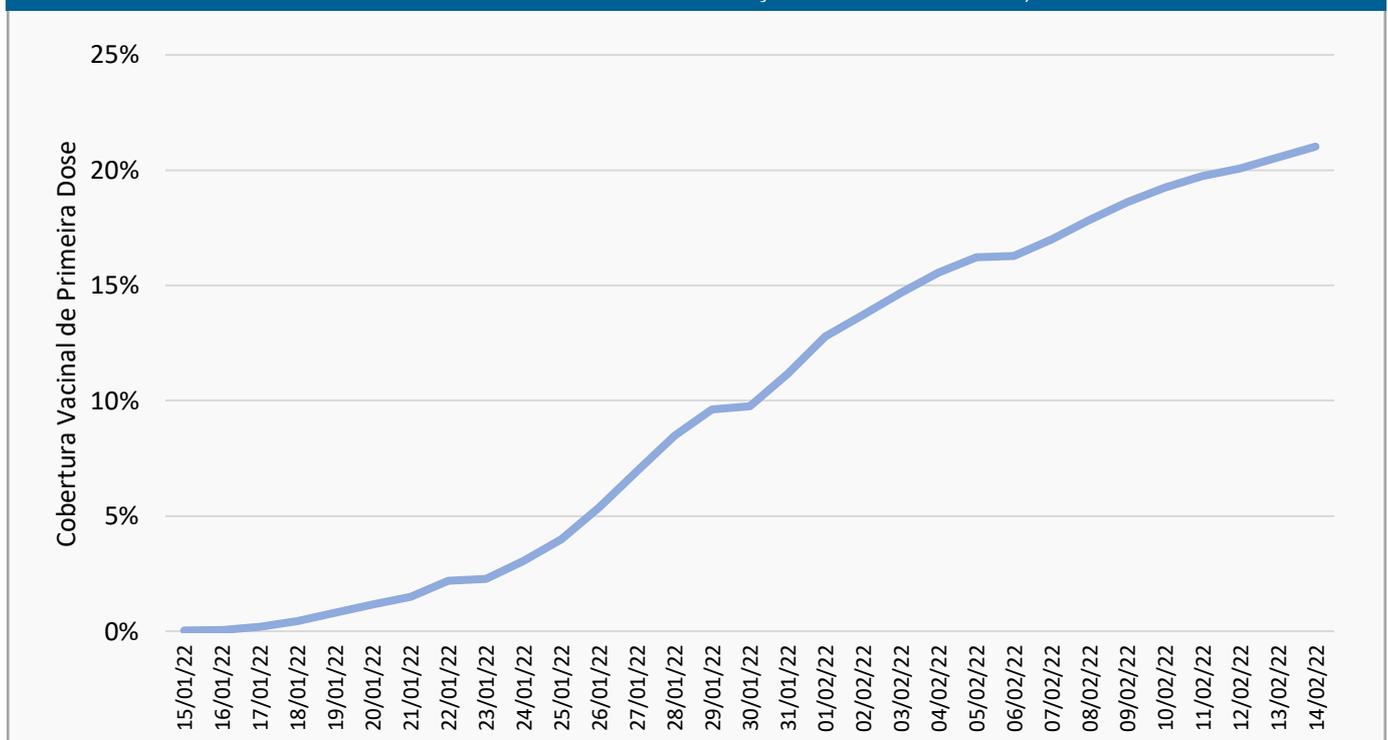
Volta às aulas sem ida ao posto: 30 dias de vacinação contra Covid-19 entre crianças no Brasil

O Brasil iniciou em 15 de janeiro de 2022 a vacinação infantil contra a Covid-19, após a Anvisa aprovar a indicação de seu uso em crianças de 5 a 11 anos em 16 de dezembro de 2021. Contudo, a difusão de notícias falsas tem provocado resistência das famílias sobre a eficácia e segurança da imunização para esta faixa etária, mesmo que todas as evidências científicas disponíveis atualmente sejam favoráveis a esta medida. A consequência deste processo é a lentidão na cobertura vacinal de primeira dose das crianças. E o contexto não poderia ser mais preocupante: o retorno das atividades escolares presenciais. Diante disso, consideramos oportuno apresentar um panorama atual da vacinação contra Covid-19 entre as crianças, além de

apontar a grande heterogeneidade no nível subnacional, reforçando a necessidade de articulação de todas as esferas de gestão para a expansão da cobertura vacinal no país. Utilizamos aqui os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre a vacinação¹, e a estimativa de projeção populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os primeiros 15 dias de vacinação apresentavam uma velocidade de maior, mas, a partir do dia 29 de janeiro, houve uma retração deste ritmo, promovendo um crescimento lento desde o início do mês de fevereiro (Figura 1). Até o dia 14 de fevereiro, o país possuía uma cobertura vacinal de primeira dose para a faixa etária entre 5 e 11 anos de apenas 21%.

FIGURA 1: SÉRIE HISTÓRICA DA PROPORÇÃO DE CRIANÇAS COM PRIMEIRA DOSE DA VACINA CONTRA COVID-19 ENTRE CRIANÇAS DE 5 A 11 ANOS. BRASIL, 2022



Fonte: eSUS notifica, 2022

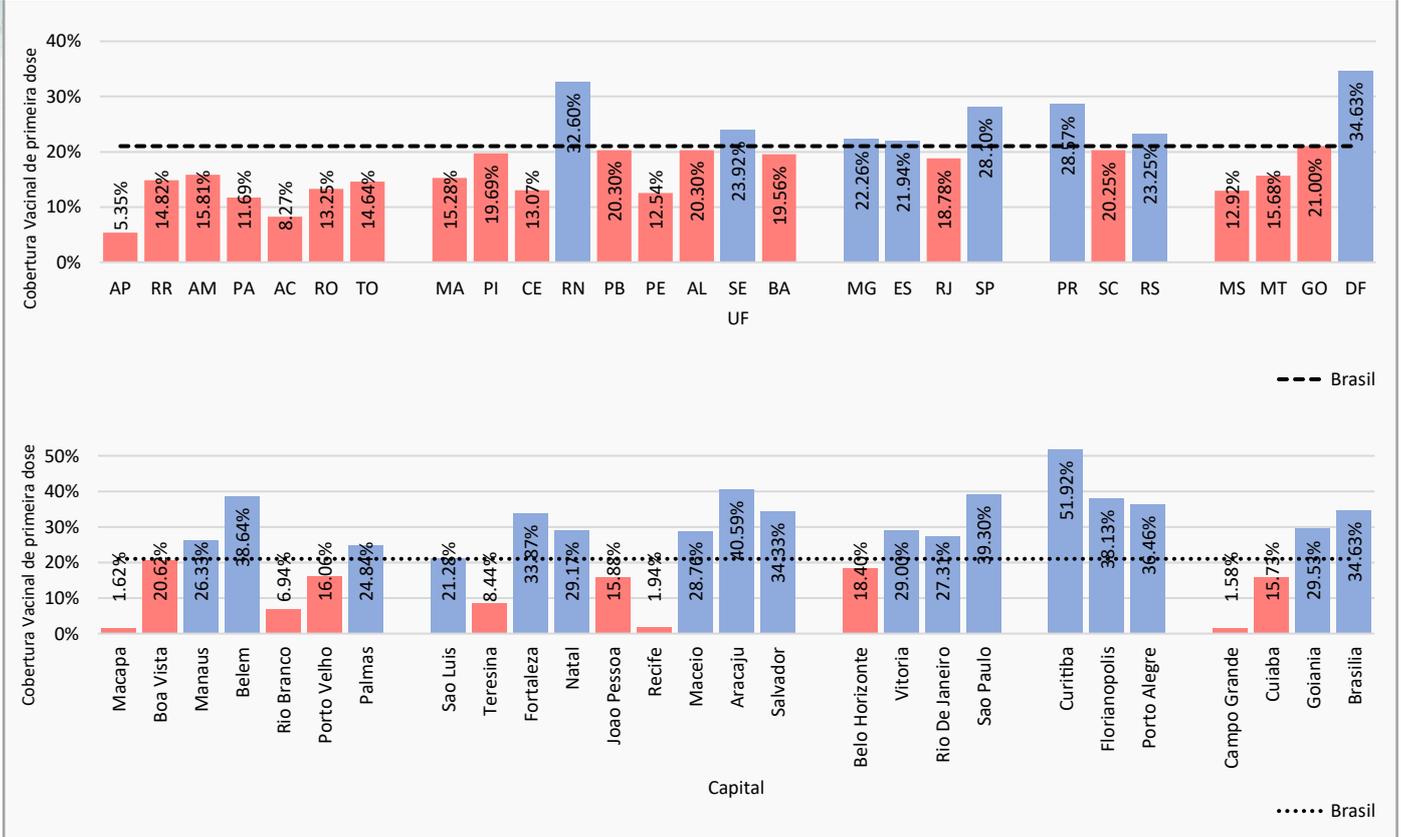
A heterogeneidade entre estados e capitais é notável (Figura 2). Entre as Unidades Federativas, apenas 7 possuem cobertura de primeira dose maior que a média nacional (21%): Rio Grande do Norte (32,6%), Sergipe (23,9%), Espírito Santo (21,9%), São Paulo (28,1%), Paraná (28,6%), Rio Grande do Sul (23,2%) e o Distrito Federal (34,6%). O pior desempenho está no Amapá, com apenas 5,3% da população na faixa etária entre 5 e 11 anos vacinada. Entre as capitais, em geral, há mais locais com níveis superiores à média nacional, como era de se esperar. Onze capitais estão abaixo da marca do país: Macapá (1,6%), Boa Vista (20,6%), Rio Branco (6,9%), Porto Velho (16%), Teresina (8,4%), João Pessoa (15,8%), Recife (1,9%), Belo Horizonte (18,4%), Campo Grande (1,6%) e Cuiabá (15,7%). Importante destacar que todos os estados da região norte do país encontram-se abaixo da média nacional. Para as capitais, a região

norte é igualmente a que possui ampla maioria abaixo do nível do país. Ainda, convém mencionar que a cobertura de primeira dose apresentada por Macapá, Recife e Campo Grande é bastante destoante das demais capitais, sugerindo inconsistência dos dados.

Há uma discrepância importante em diversas Unidades da Federação quando comparado o seu indicador vacinal de primeira dose àquele em suas respectivas capitais (Figura 3). Em sua maioria, a cobertura vacinal de primeira dose das capitais é maior que a do estado como um todo. As exceções são o Amapá, Acre, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul – estados das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Consideramos oportuno mencionar que as maiores discrepâncias estão nos estados do Sul e Sudeste, com destaque para Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Rio de Janeiro.

1. <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/covid-19-vacinacao>

FIGURA 2: COBERTURA VACINAL DE PRIMEIRA DOSE CONTRA COVID-19 NO GRUPO DE 5 A 11 ANOS SEGUNDO UF E CAPITAIS. BRASIL, 2022



Fonte: eSUS notifica, 2022

Nota: colunas em vermelho representam valores abaixo da média nacional, e colunas azuis representam valores acima da média nacional.

A observação da relação entre a cobertura vacinal de primeira dose do grupo de 5 a 11 anos e indicadores sociodemográficos (Figura 4) ratifica a grande heterogeneidade regional brasileira, e é forte indício de que a vulnerabilidade social determina a aplicação das doses em crianças. A inspeção visual desta relação mostra que a cobertura vacinal de primeira dose é diretamente proporcional e maior nos estados onde a expectativa de vida ao nascer e o IDH são

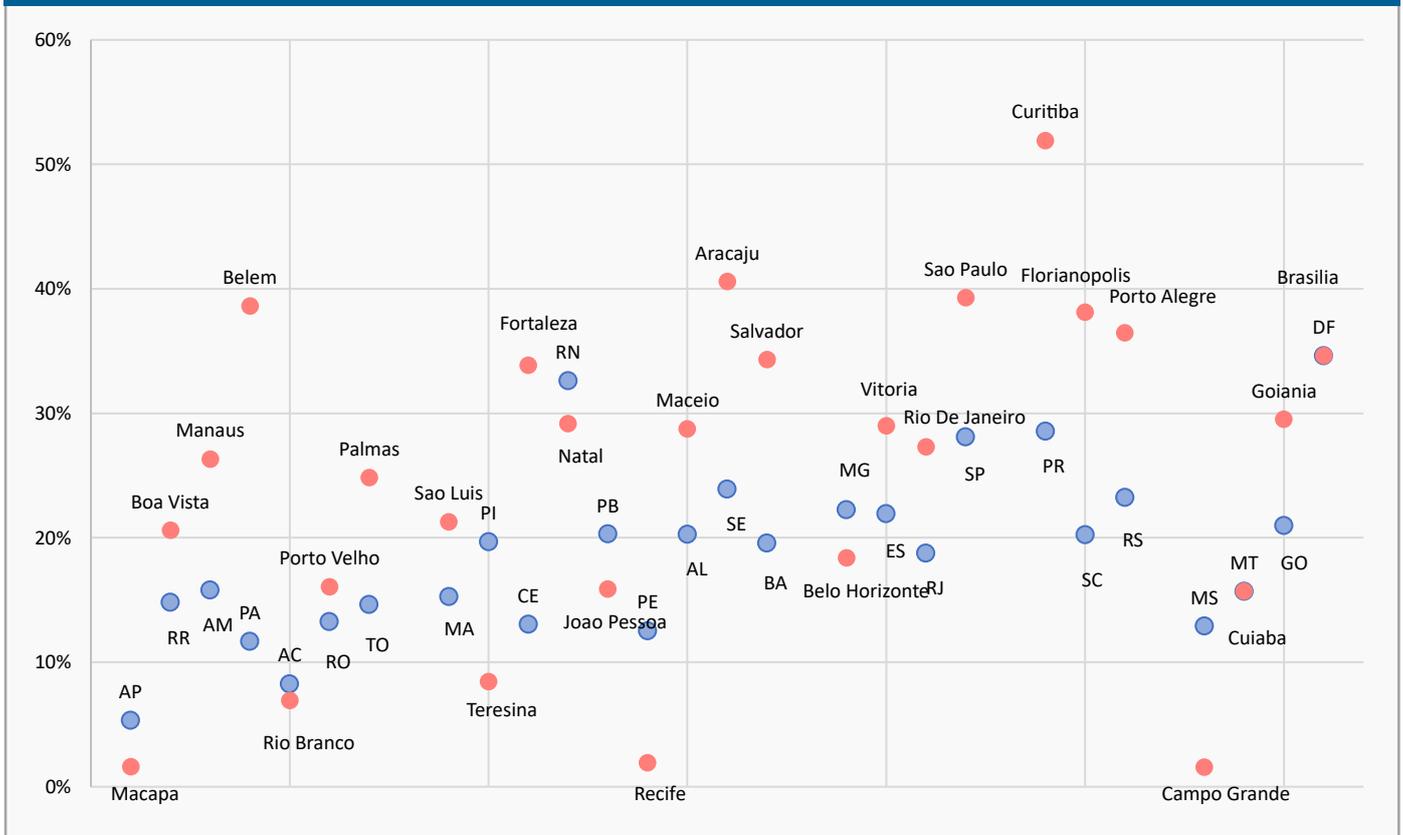
também maiores. Ao contrário disso, a cobertura vacinal de primeira dose é menor onde há maior desigualdade de renda², pobreza³ e internações por condições sensíveis à atenção primária⁴. Além disso, curiosamente, a cobertura vacinal de primeira dose possui relação inversa com a proporção de crianças na faixa etária elegível. Nos locais em que a proporção de crianças de 5 a 11 anos é maior, há menor cobertura vacinal de primeira dose contra a Covid-19 para este grupo.

2. Razão entre a renda dos 10% mais ricos e a dos 40% mais pobres

3. Proporção de vulneráveis à pobreza é dada pelo número de indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a 1/2 salário mínimo mensal.

4. As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSA) são internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da atenção básica acessível e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado.

FIGURA 3: DIFERENÇAS DE COBERTURAS VACINAIS DE PRIMEIRA DOSE CONTRA COVID-19 NAS UNIDADES DA FEDERAÇÃO E SUAS RESPECTIVAS CAPITAIS. BRASIL, 2022

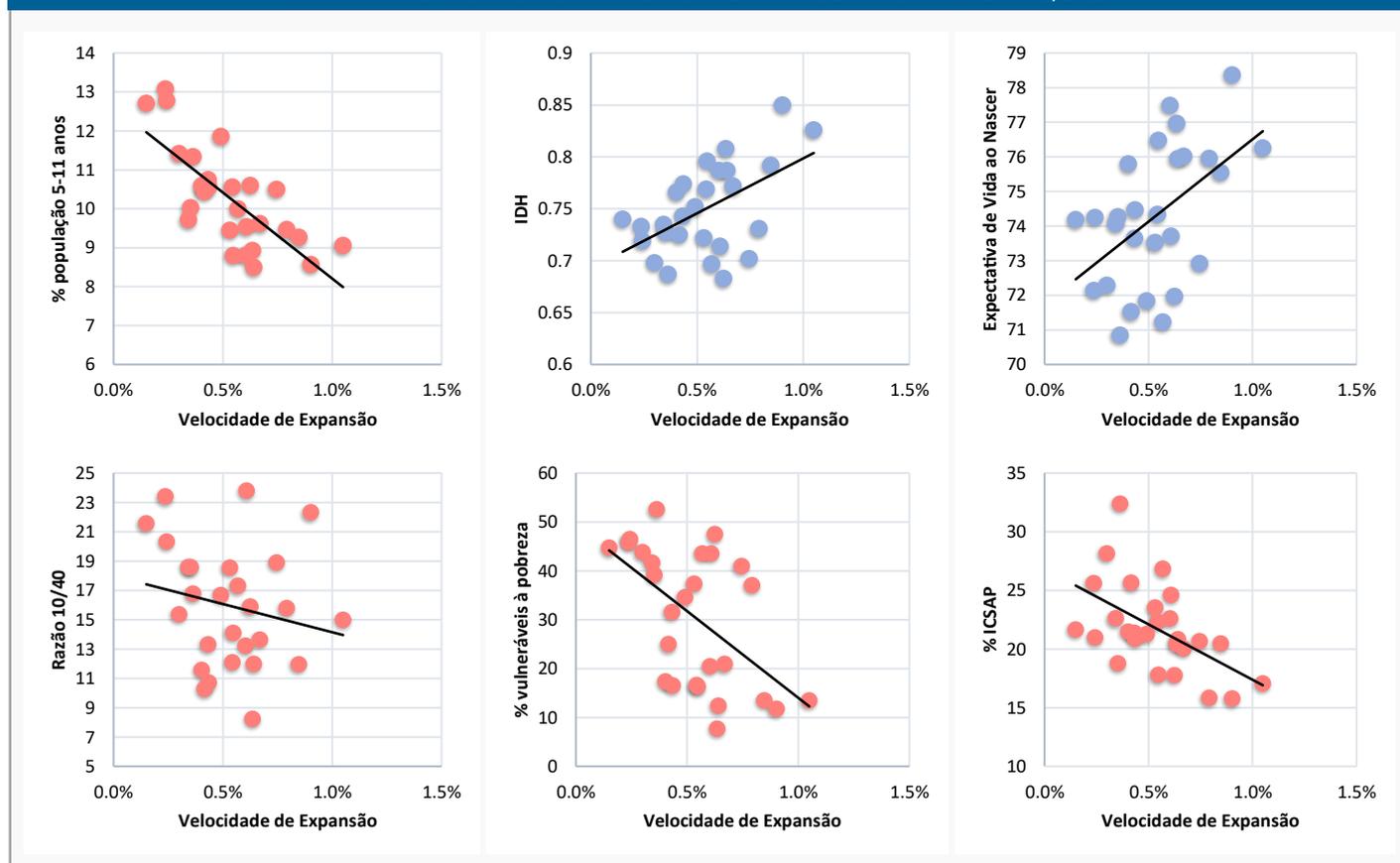


Fonte: eSUS notifica, 2022

Para medir a força desta relação utilizamos um coeficiente de correlação. Os valores deste coeficiente variam entre -1 e +1. Quanto mais próximo de zero, mais fraca é a correlação; quanto mais próximo dos valores extremos (-1 ou +1), mais forte ela é. Os valores negativos se referem às correlações inversas e os valores positivos às correlações diretas. O que pudemos observar é que a correlação mais fraca é aquela com o indicador de desigualdade de renda (-0,17). Ela possui força moderada para a vulnerabilidade à

pobreza (-0,54) e internações por condição sensível à atenção primária (-0,53). Da mesma forma, são semelhantes para os indicadores diretamente proporcionais à expectativa de vida ao nascer (+0,5) e ao IDH (+0,52). Finalmente, a cobertura vacinal de primeira dose possui forte correlação inversa com a proporção de crianças elegíveis (-0,73). Este parece ser um efeito relacionado ao ritmo de expansão da vacinação, já que nos estados com maior número de crianças elegíveis avançou-se menos.

FIGURA 4: CORRELAÇÃO LINEAR ENTRE A COBERTURA VACINAL DE PRIMEIRA DOSE CONTRA COVID-19 DOS ESTADOS E INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS. BRASIL, 2022



Fonte: eSUS notifica, 2022

A repercussão associada a este fenômeno é simples: quando crianças não são vacinadas, cria-se um grupo suscetível a contrair a Covid-19. Num cenário em que apenas este grupo não está imunizado, ele se torna particularmente vulnerável à infecção e à disseminação do vírus, inclusive entre outros grupos etários. Os dados de internação mostram que o número de crianças hospitalizadas aumentou, não apenas em números absolutos, mas notadamente em comparação às demais faixas etárias⁵.

Um aspecto a ser levado em conta é que o Programa Nacional de Imunizações, via de regra, tem grande credibilidade junto à população. Isto é evidente quando observamos, por exemplo, a cobertura vacinal dos imunizantes aplicados no primeiro ano de vida. Ao considerar esta perspectiva, enfatizamos que o crescente movimento antivacina, assim nomeado no Brasil, possui contorno diferente daquele observado em outros países. Trata-se aqui de um receio seletivo para a vacina contra a Covid-19. Mais do que nunca, cabe o devido esclarecimento à sociedade civil, com linguagem simples e acessível sobre a importância, efetividade e segurança das vacinas, envolvendo a responsabilidade de todos os níveis de gestão da saúde no país (federal, estadual e municipal). Agências de saúde de vários países continuam afirmando que as vacinas são seguras e que o número de eventos relatados é pequeno frente aos milhões de doses que já foram aplicadas nessa faixa etária. Desse modo, os benefícios ultrapassam os riscos e os pais e responsáveis

devem ser apoiados e incentivados a levar seus filhos para serem imunizados.

É importante saber também que o apagão de dados, ocorrido entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, possivelmente, ainda traz repercussão. Há relatos frequentes de municípios que referem dificuldade em inserir os dados, e optam por fazer a notificação e o monitoramento apenas dentro de suas rotinas de vigilância, causando discrepâncias entre os dados oficiais do Ministério da Saúde e os das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Além do benefício individual, ressaltamos que, quanto mais crianças vacinadas, maior será a proteção da população como um todo. É importante destacar que a volta às aulas é necessária, mas com a devida proteção às crianças. Somente assim haverá um cenário positivo para iniciar um novo ano letivo, em que todos estejam protegidos, inclusive a população adulta, que volta a trabalhar de forma mais intensa para atender a esta demanda presencial, em serviços como o comércio e o transporte público. Curiosamente, é crescente o número de relatos sobre o desejo das próprias crianças em tomar a vacina⁶. A urgência, nesse momento, é por acelerar a distribuição de vacinas para todas as Unidades da Federação e o fortalecimento de uma rede colaborativa que faça os esclarecimentos necessários junto à população, diante do vácuo criado pela ausência de campanhas que assegurem às famílias os benefícios individuais e coletivos da vacina para as crianças.

5. <https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-covid-balanco-de-2-anos-da-pandemia>

6. <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/01/criancas-relatam-alegria-em-tomar-vacina-contracovid-para-rever-amigos.shtml>