

COVID-19

XXVII Reunião do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis

*Adaptação do Roteiro do SAGE aos requisitos
das Américas
e uso estratégico das doses de reforço contra a
COVID-19*

27 de janeiro de 2022

Virtual

Perguntas para o GTA

1. O GTA endossa o Roteiro do SAGE atualizado?
2. Em caso afirmativo, como os países das Américas podem adaptar o Roteiro do SAGE com base na sua situação atual de:
 - Taxa de cobertura vacinal entre os diferentes grupos prioritários
 - Política nacional de doses de reforço
3. Em caso afirmativo, como a OPAS pode apoiar a recomendação do SAGE sobre o uso de vacinas contra a COVID-19 nos grupos prioritários das Américas (série primária e doses de reforço)?
4. Em caso negativo, qual é a estratégia recomendada pelo GTA para priorização de vacinas contra a COVID-19 nas Américas?

Operações de vacinação contra a COVID-19

Situação da vacinação em nível mundial

Até 15 de fevereiro de 2022, o mundo havia registrado 412 milhões de casos de COVID-19 e mais de 5,8 milhões de mortes relacionadas à COVID. Enquanto isso, foram aplicadas mais de 10,2 bilhões de doses de vacinas contra a COVID-19 no mundo todo desde dezembro de 2020. Oito vacinas foram examinadas e aprovadas pelo processo de Lista de Uso Emergencial (EUL, na sigla em inglês) da OMS e pelo Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE, na sigla em inglês) em Imunização. As vacinas são produzidas pelos fabricantes farmacêuticos Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Janssen, Sinopharm, Sinovac, Bharat e Novavax. O uso dessas vacinas foi autorizado para diferentes faixas etárias e requer manuseio específico. Todas as vacinas aprovadas pela OMS e pelas agências reguladoras nacionais são seguras e eficazes contra a COVID-19. A tabela abaixo lista as características, os requisitos de rede de frio e os valores de eficácia vacinal de cada vacina.

Tabela 1. Características das vacinas contra a COVID-19 com aprovação pela EUL (em 15 de fevereiro de 2022)

Recomendação provisória do SAGE da OMS	Pfizer – BioNTech BNT162b2	Moderna – mRNA-1273	Astra Zeneca – Oxford University AZD1222	Janssen – Ad26.COV2.S	Sinopharm – BBIBP-CoV	Sinovac – CoronaVac	Bharat – Covaxin	Novavax – CoV2373
Plataforma vacinal	RNA mensageiro	RNA mensageiro	Vetor viral (adenovírus)	Vetor viral (adenovírus)	Vacina de vírus inteiro inativado	Vacina de vírus inteiro inativado	Vacina de vírus inteiro inativado	Nanopartícula da proteína S de SARS-CoV-2
Posologia	2 doses	2 doses	2 doses	1 dose	2 doses	2 doses	2 doses	2 doses
Intervalo	4 a 9 semanas	4 a 6 semanas (até 12 semanas)	8 a 12 semanas	ND	3 a 4 semanas	2 a 4 semanas	4 semanas	3 a 4 semanas
Idade mínima	5 anos	12 anos	18 anos	18 anos	18 anos	18 anos	18 anos	18 anos
Uso em gestantes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim, os benefícios da vacinação são maiores que os potenciais riscos.	Sim, os benefícios da vacinação são maiores que os potenciais riscos.
Uso em lactantes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Uso em imunocomprometidos	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Doses adicionais/reforço	Grupos de risco mais alto (profissionais de saúde, idosos, imunocomprometidos): 4 a 6 meses depois da 2ª dose	Pessoas imunocomprometidas	Pessoas imunocomprometidas	Pessoas imunocomprometidas	Imunocomprometidos: 1 a 3 meses depois da 2ª dose Maiores de 60 anos: 3 a 6 meses depois da 2ª dose	Imunocomprometidos: 1 a 3 meses depois da 2ª dose Maiores de 60 anos: 3 a 6 meses depois da 2ª dose	Pessoas imunocomprometidas	Pessoas imunocomprometidas
Coadministração com a vacina influenza	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Requisitos de armazenamento	Rede de frio ultra: -85°C a -60°C Freezer: -20°C (2 semanas) Descongelada: 2°C a 8°C (31 dias)	Freezer: -20°C Descongelada: 2°C a 8°C (30 dias)	Rede de frio padrão: 2°C a 8°C	Freezer: 20°C (24 meses) Descongelada: 2°C a 8°C (3 meses)	Rede de frio padrão: 2°C a 8°C	Rede de frio padrão: 2°C a 8°C	Rede de frio padrão: 2°C a 8°C	Rede de frio padrão: 2°C a 8°C
Eficácia da vacina	Infecção sintomática --> 95% Doença grave --> 92% Internação hospitalar --> 87%	Infecção assintomática --> 63% Infecção sintomática --> 93% Doença grave --> 98%	Infecções sintomáticas --> 76% Maiores de 65 anos --> 85%	Infecção sintomática --> 67% Doença grave --> 85% Internação hospitalar --> 100%	Infecção sintomática --> 79% Internação hospitalar --> 79%	Infecção sintomática --> 67% Internação hospitalar --> 85% Morte --> 80%	Infecção assintomática --> 64% Infecção sintomática --> 78%	Infecção sintomática --> 90% Doença grave --> 87%

<https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/covid-19-materials>

É preciso distribuir vacinas seguras e eficazes de forma equitativa entre todos os países do mundo para que tenham impacto significativo na incidência e nas taxas mundiais de mortalidade. Porém, até 10 de janeiro de 2022, 36 Estados Membros da OMS haviam vacinado menos de 10% da população, e 90 haviam vacinado menos de 40%. Os países de renda alta administraram 14 vezes mais doses por habitante que os países de renda baixa. As vacinas são efetivas contra doença grave causada por variantes, mas as variantes continuarão a prosperar caso a distribuição desigual de vacinas em escala mundial não seja resolvida.

Ao mesmo tempo, o uso desenfreado das doses de reforço contra a COVID-19 (que, por definição, são administradas para pessoas com “esquema vacinal completo”) aumenta ainda mais o fosso entre as pessoas que estão protegidas contra o SARS-CoV-2 e as que não estão. A OMS informa que, até 12 de janeiro de 2022, pelo menos 812 milhões de doses de reforço/adicionais haviam sido aplicadas em âmbito mundial, o que representa 8,5% do total de doses distribuídas. Atualmente, as doses de reforço representam 59% das doses aplicadas diariamente no mundo. Pelo menos 20,6 milhões de doses de reforço são aplicadas diariamente, mas é provável que esse valor esteja subestimado.

Situação da vacinação nas Américas

A Região das Américas continua sendo a região com o maior nível de desigualdade social e econômica do mundo. A chegada da pandemia de COVID-19 agravou ainda mais essa tendência e provocou a pior contração econômica dos últimos 120 anos na América Latina e no Caribe (ALC). Mais 22 milhões de pessoas entraram na pobreza. Pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade (por exemplo, pessoas

que vivem em extrema pobreza, migrantes, grupos indígenas, populações afrodescendentes, trabalhadores do setor informal) foram particularmente afetadas. O fechamento de escolas continua comprometendo o futuro de milhões de crianças.

Nessas condições difíceis, os países e territórios das Américas conseguiram montar fortes operações de vacinação contra a COVID-19. Até 15 de fevereiro de 2022, todos os 51 países e territórios das Américas estavam implementando operações de vacinação. Por meio de acordos bilaterais, do Mecanismo COVAX, da produção local e de doações, a Região aplicou 1,64 bilhão de doses de vacinas até hoje. Mais de 64% da população dos países da ALC recebeu duas doses.

Em outubro de 2021, a OMS estabeleceu [alvos mundiais de vacinação](#) com a meta de atingir 70% de cobertura vacinal em cada país, até 30 de junho de 2022. Quatorze países e territórios das Américas já atingiram esse alvo, e outros 24 estão no caminho certo. Porém, 13 países e territórios continuam a informar taxas de cobertura vacinal abaixo de 40% (o que era o alvo da OMS para 31 de dezembro de 2021). O Haiti é o único país cuja taxa de cobertura continua muito abaixo de 10%.

A OPAS continua a detectar grandes desigualdades na distribuição de vacinas contra a COVID-19 dentro dos países, bem como atitudes negativas de grandes parcelas da população com relação às vacinas. Estratificando-se os países com base no nível de renda, a proporção da população com “0 dose” é de 22,5% nos países de renda alta. Nos países de renda média, essa proporção é de 27,8%. Nos de renda baixa, ela está acima de 54%. Também há desigualdades entre os países de renda alta e baixa/média na aplicação das políticas relativas a doses de reforço das vacinas. Os países de renda alta começaram a introduzir doses de reforço no terceiro trimestre de 2021 e ampliaram seu uso para grupos de menor prioridade, muitas vezes antes de alcançarem altas taxas de cobertura vacinal da série primária nos grupos de risco mais alto. Os países de renda baixa/média começaram a aplicar a política de doses de reforço de forma lenta e em quantidades muito menores. Alguns desses países também introduziram doses de reforço antes de atingir altas taxas de cobertura vacinal da série primária nos grupos de maior risco.

Operações de fornecimento, aquisição e distribuição de vacinas contra a COVID-19 nas Américas

O Mecanismo COVAX foi estabelecido para oferecer uma estratégia equitativa de alocação para os países participantes, de forma a permitir que adquirissem doses suficientes de vacinas contra a COVID-19 para cobrir 20% da população. Entretanto, devido aos acordos bilaterais entre os fabricantes de vacinas e os países de renda alta, proibições de exportação e nacionalismo vacinal, o COVAX só conseguiu entregar 1 bilhão de doses até janeiro de 2022, o que representa 10% das doses de vacina administradas no mundo todo.

Nesse mesmo período, o COVAX só foi capaz de adquirir 12% (96,3 milhões de doses) de todas as doses utilizadas nos países da América Latina e do Caribe (ALC). A maioria das doses entregues foi adquirida por meio de acordos bilaterais (dependendo dos recursos financeiros do país). Outra fonte importante de doses de vacina foram doações dos Estados Unidos, da Espanha, do Canadá, da França, da Alemanha, do Japão, da Suécia, da Noruega e da Dinamarca. Os doadores forneceram 28 milhões de doses de vacinas contra a COVID-19 para a Região das Américas e continuam a apoiar financeiramente todos os aspectos do processo de introdução das vacinas contra a COVID-19.

Aproveitando mais de 40 anos de experiência, o Fundo Rotativo (FR) para Acesso a Vacinas da OPAS é um componente essencial do Mecanismo COVAX. O FR presta forte apoio técnico para os países em todos os aspectos do processo de entrega de vacinas contra a COVID-19 (por exemplo, aspectos regulamentares, rede de frio, orçamento e acordos com alguns produtores de vacinas da EUL da OMS). Além disso, gerencia a aquisição de vacinas contra a COVID-19 e operações logísticas para servir aos

33 países participantes da Região. Dentre eles, 23 são participantes autofinanciados (SFP, na sigla em inglês) e 10 fazem parte do Compromisso Antecipado de Mercado (AMC, na sigla em inglês). Cada país conta com sua própria combinação de opções de oferta de vacinas. Muitos países do AMC (como a Nicarágua) usam o COVAX como sua fonte primária. Outros (como Belize e Barbados) dependem significativamente de doações bilaterais. Por último, muitos utilizam uma combinação de acordos bilaterais e serviços do COVAX (por exemplo, México, El Salvador, Honduras e Bolívia). Apenas Cuba recorre à produção nacional de vacinas contra a COVID-19. Além disso, todos os países empregam uma combinação de vacinas contra a COVID-19 para imunizar as populações.

É fundamental garantir o fornecimento do produto certo, na quantidade certa, nas condições certas e no momento certo para apoiar os programas nacionais de vacinação. Entretanto, dados não oficiais sugerem que, dentro das Américas, existem países com fontes asseguradas de abastecimento para completar a série primária de vacinação e aplicar doses de reforço em todos os cidadãos, ao passo que outros têm planos de aquisição para cobrir menos de 70% da população.

À medida que a oferta mundial de vacinas continue a aumentar em 2022, é imperativo que os países e o FR continuem a trabalhar em estreita colaboração para avaliar a demanda nacional de vacinas, monitorar a dinâmica de absorção e atender às necessidades nacionais. Portanto, os países devem permitir maior acesso do FR a seus acordos bilaterais de fornecimento e níveis de estoque. Munido dessas informações, o FR estará mais bem posicionado para lutar por doações e alocações adicionais de doses de vacinas conforme as necessidades declaradas dos países. A transição de acordos bilaterais individuais para uma declaração regional consolidada de demanda por meio do FR fortalece o poder de negociação da Região.

Recomendações da reunião extraordinária do SAGE, realizada em 19 de janeiro de 2022

Atualização do Roteiro do SAGE

O [Roteiro do SAGE da OMS para priorização do uso das vacinas contra COVID-19](#) foi atualizado em 21 de janeiro de 2022. As recomendações baseiam-se no trabalho realizado pelo Grupo de Trabalho sobre Vacinas contra a COVID-19 do SAGE e por membros do SAGE, incluindo consulta aos presidentes dos GTAs Regionais de Imunização (RITAG, na sigla em inglês).

A última versão do Roteiro tem como base o documento da OMS [Strategy to achieve global COVID-19 vaccination by mid-2022](#) [Estratégia para alcançar vacinação mundial contra a COVID-19 até meados de 2022], que destaca quatro objetivos que precisam ser implementados pelos programas de vacinação para alcançar a meta global de recuperação total da pandemia de COVID-19: a) minimizar mortes, doenças graves e carga global da doença; b) limitar o impacto nos sistemas de saúde; c) retomar totalmente a atividade socioeconômica; d) reduzir o risco de surgimento de novas variantes de preocupação (VOC, na sigla em inglês). Os dois primeiros itens continuam sendo os principais objetivos do uso de vacinas no contexto da resposta mundial à COVID-19.

Novas evidências sugerem que a efetividade das vacinas contra a infecção por SARS-CoV-2 e qualquer COVID-19 sintomática diminui significativamente ao longo do período de seis meses após a conclusão da série primária, o que provavelmente é consequência da: a) diminuição da imunidade induzida por vacinas e b) menor atividade dos anticorpos neutralizantes induzidos por vacinas contra VOC (incluindo as variantes Delta e Ômicron). Em contraste, a proteção contra desfechos graves de COVID-19 induzida por vacinas se mantém por pelo menos seis meses após a conclusão da série primária de vacinação. A curto prazo, a terceira dose (reforço) pode restaurar total ou parcialmente a eficácia da vacina.

Tabela 2. Uso prioritário da série primária e das doses de reforço por taxa de cobertura vacinal em grupos de mais alta + alta prioridade

Categorias	Taxa de cobertura de vacina nos grupos de prioridade mais alta + alta			
	Baixa (<10%)	Moderada (10% a 40%)	Alta (41% a 70%)	Muito alta (>70%)
Grupo de mais alta prioridade Profissionais de saúde, idosos, pessoas imunocomprometidas	Série primária + dose adicional/reforço			
Grupo de alta prioridade Adultos com comorbidades, gestantes, professores e outros profissionais essenciais, subpopulações sociodemográficas desfavorecidas com maior risco de COVID-19 grave		Série primária + reforço		
Grupo de prioridade média Demais adultos, crianças e adolescentes com comorbidades			Série primária + reforço	
Grupo de menor prioridade Crianças e adolescentes saudáveis				Série primária + reforço*

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55732>

* Os dados de segurança e eficácia das doses de reforço estão disponíveis apenas para crianças maiores de 12 anos

Evidências disponíveis sobre as doses de reforço contra a COVID-19 e recomendações de uso

Todos os estudos realizados até agora (pré-impressão e revisados por pares) sugerem uma forte resposta imune anamnésica na qual o nível máximo de anticorpos ocorre após a série primária de imunização. O uso da dose de reforço melhora a eficácia das vacinas contra as variantes Delta e Ômicron. Esses resultados são válidos tanto para esquemas de vacinação homólogos quanto heterólogos (série primária e reforço). Porém, não se sabe quanto tempo dura a proteção aumentada, uma vez que os estudos consideram apenas um curto período de acompanhamento. Além disso, há evidências de que a eficácia diminui com o tempo.

Alcançar altas taxas de cobertura da série primária entre os grupos com maior risco de doença grave e morte continua sendo uma prioridade crítica para maximizar o impacto do estoque disponível de vacinas contra a COVID-19. A recomendação da OMS para taxas baixas, moderadas e altas de cobertura da série primária nos grupos de maior prioridade é a seguinte:

- Países com baixas taxas de cobertura da série primária devem primeiro alcançar altas taxas de cobertura da série primária entre os grupos prioritários de maior risco antes de oferecerem doses de vacinas para grupos prioritários de risco mais baixo.

- Países com taxas moderadas a altas de cobertura da série primária nos grupos prioritários de maior risco geralmente devem priorizar o estoque disponível de vacinas de forma a primeiro atingir altas taxas de cobertura da dose de reforço nos grupos prioritários de maior risco antes de oferecerem doses de vacinas para grupos prioritários de risco mais baixo.

Recomendações atualizadas para a vacina contra a COVID-19 produzida pela Pfizer

- População elegível: maiores de 5 anos
- Administração: duas doses
 - 30 µg, 0,3 mL para pessoas maiores de 12 anos
 - 10 µg, 0,2 mL para pessoas com idade entre 5 e 11 anos
- Intervalo: o intervalo recomendado entre as doses é de 4 a 8 semanas, de preferência com um intervalo de 8 semanas.
- Intercambialidade: tanto esquemas homólogos quanto heterólogos são apoiados.
- Doses de reforço: recomenda-se uma dose de reforço para os grupos de risco de mais alta prioridade, 4 a 6 meses depois da conclusão da série primária.
- Os países podem cogitar usar a vacina Pfizer em crianças de 5 a 17 anos somente após altas taxas de cobertura vacinal (série primária e reforço) terem sido alcançadas nos grupos de maior prioridade.
- A miocardite após a vacinação com a Pfizer é um evento muito raro. Os benefícios da vacinação contra a COVID-19 continuam sendo muito maiores que o risco de miocardite. No entanto, é importante observar que:
 - Em jovens de 16 a 17 anos do sexo masculino, a taxa de notificação é de 70,2 por 1 milhão de vacinados com a 2ª dose da Pfizer. Em jovens de 12 a 15 anos do sexo masculino, a taxa de notificação é de 45,7 por 1 milhão de vacinados com a 2ª dose da Pfizer.
 - Em jovens de 16 a 17 anos do sexo feminino, a taxa de notificação é de 7,6 por 1 milhão de vacinadas com a 2ª dose da Pfizer. Em jovens de 12 a 15 anos do sexo feminino, a taxa de notificação é de 3,8 por 1 milhão de vacinadas com a 2ª dose da Pfizer.
 - Há estudos de longo prazo em andamento sobre o impacto da vacina Pfizer no músculo cardíaco.
 - Dados muito preliminares de Israel sobre a taxa de notificação de miocardite após a dose de reforço: os dados sugerem uma taxa menor de miocardite após a 3ª dose da vacina Pfizer que após a 2ª dose.

Adaptação do Roteiro do SAGE aos requisitos das Américas e uso estratégico das doses de reforço contra a COVID-19

Implementação atual do Roteiro do SAGE nas Américas

Em 16 de julho de 2021, a OMS publicou a segunda versão do [Roteiro do SAGE OMS para a priorização do uso de vacinas contra a COVID-19](#). O Roteiro permite reduzir ainda mais a morbimortalidade e contribuir para maior redução da transmissão e das perturbações socioeconômicas. Seu objetivo é ajudar na

priorização de grupos de alto risco para vacinação dentro das metas de cobertura estabelecidas pelo país. Esses grupos estão identificados na tabela 3. Além disso, o Roteiro estabelece que: “Abrir a elegibilidade da vacina para toda a população sem primeiro atingir a cobertura desejada entre os grupos de idade mais avançada e outros grupos de alta prioridade reduzirá o impacto que poderia ser assegurado com a oferta inicial limitada de vacinas.”

Desde o início do processo de introdução das vacinas contra a COVID-19, os países das Américas têm seguido muitas das recomendações técnicas do SAGE e do GTA para implementar sua estratégia de priorização de vacinação. Especificamente:

- No lançamento das operações de vacinação contra a COVID-19, quase todos os países ofereceram doses para os grupos de maior risco primeiro. Os países seguiram a categorização de risco do SAGE para expandir a elegibilidade para as vacinas.
- Dos 25 países que fornecem dados de vacinação estratificados por idade para a OPAS, 21 relatam maiores taxas de cobertura vacinal entre maiores de 60 anos que nos grupos etários mais jovens.
- Na maioria dos países, crianças e adolescentes tornaram-se elegíveis para a vacinação contra a COVID-19 depois que todos os outros grupos de risco haviam tido a oportunidade de se vacinar.

Entretanto, a elegibilidade para as vacinas foi ampliada em várias direções na segunda metade de 2021. As recomendações de priorização dos grupos de mais alta prioridade de risco feitas pelo SAGE foram suplantadas por considerações políticas, econômicas e epidemiológicas de cada país. Especificamente:

- Extensa distribuição de doses das vacinas contra a COVID-19 para aplicação de doses de reforço ao mesmo tempo em que as taxas nacionais de cobertura da população geral continuavam abaixo de 70% na maioria dos países.
- Amplo uso de doses de vacinas contra a COVID-19 para proteger crianças e adolescentes menores de 18 anos em todos os países e territórios, exceto no Haiti.
- As taxas de vacinação entre gestantes continuam baixas, embora elas estejam classificadas como grupo com alto risco de quadro grave de COVID-19.
- Os 20 países que fornecem dados de vacinação entre profissionais de saúde para a OPAS não conseguem calcular a taxa de cobertura alcançada por falta de denominadores confiáveis.

Foram identificadas diversas razões para as disparidades entre as recomendações de priorização do SAGE e as decisões sobre políticas dos países: a) rápida mudança da situação epidemiológica, que inclui o surgimento da variante de preocupação Ômicron; b) diversos fatores (como disponibilidade de vacinas, atitudes em relação às vacinas) que afetam a capacidade de absorção do país; c) fornecimento limitado de doses de vacinas contra a COVID-19 (principalmente do 1º ao 3º trimestre de 2021) para países que dependem do Mecanismo COVAX para aquisição; d) orientação limitada da OMS à medida que surgem novas condições, uma vez que a Organização precisa coletar evidências científicas e analisá-las antes de fazer recomendações.

Aplicação do Roteiro do SAGE atualizado nas Américas

O [Roteiro](#) foi atualizado em 21 de janeiro de 2022. Conforme apresentado na tabela 2, o SAGE identificou quatro grupos prioritários, classificados conforme o nível de risco de COVID-19 grave e morte. Dependendo da taxa nacional de cobertura vacinal alcançada entre os grupos de mais alta + alta prioridade, os países podem oferecer doses de reforço para uma parcela crescente da população, até incluírem todos os adultos e adolescentes saudáveis maiores de 12 anos.

Objetivo

Após avaliar as lacunas de implementação da versão anterior do Roteiro, o Departamento FPL/IM da OPAS avalia como a versão atual do Roteiro pode ser implementada nas Américas, tendo em vista as políticas nacionais de doses de reforço, as opções para aquisição de vacinas e a cobertura vacinal contra a COVID-19.

Fontes de dados

- As informações sobre a política de doses de reforço de cada país foram obtidas de duas fontes: 1) banco de dados de vacinação contra a COVID-19 da OPAS, com informações fornecidas pelos países toda semana por meio do formulário eletrônico de notificação conjunta (eJRF, na sigla em inglês) e 2) compilação de políticas de doses de reforço feita pela OMS para países cujas informações não estão publicamente disponíveis. Os países podem ser categorizados em dois grupos: “política de reforço universal” (ou seja, todas as pessoas maiores de 18 anos) e “política de reforço de alto risco” (ou seja, apenas profissionais de saúde, idosos e/ou pessoas imunocomprometidas).
- O Fundo Rotativo da OPAS coleta informações sobre as opções de aquisição de vacinas de cada país. São elas: acordos bilaterais com fabricantes de vacinas, Mecanismo COVAX, produção local e doações. A maioria dos países depende de diversas fontes. Além disso, dois países (Canadá e Estados Unidos) usam exclusivamente estratégias autônomas de aquisição.
- Toda sexta-feira, FPL/IM compila dados de vacinação contra a COVID-19 até a semana epidemiológica corrente. O denominador é a estimativa de população total das Nações Unidas. No caso de países com menos de 100 mil habitantes, a OPAS utiliza estimativas populacionais do banco de dados internacionais (IDB, na sigla em inglês) do Centro de Programas Internacionais, Divisão Populacional, do Bureau do Censo dos Estados Unidos. O cálculo da taxa cumulativa de cobertura vacinal feito pela OPAS vale para o país como um todo. Poucos países informam variáveis adicionais que permitam fazer uma estratificação sistemática das taxas de cobertura.

Metodologia

1. FPL/IM da OPAS categoriza os países das Américas conforme a taxa de cobertura vacinal contra a COVID-19 alcançada até 21 de janeiro de 2022. É importante observar que essa é a taxa nacional, mas o Roteiro do SAGE recomenda que os países considerem a taxa de cobertura vacinal nos grupos de mais alta + alta prioridade.
2. As informações são adicionalmente estratificadas pelo mecanismo de aquisição das vacinas.
3. Os países são classificados como tendo uma “política de reforço universal” ou uma “política de reforço de alto risco”. O Haiti não aplica doses de reforço, portanto não está incluído nesta análise. O objetivo dessa classificação adicional é avaliar se os países estão aplicando as doses de reforço em conformidade com a atual estratégia de priorização do SAGE (ver tabela 2).

Resultados

Com base nesta análise, os dois principais obstáculos para a implementação do Roteiro do SAGE nas Américas são:

1. Disponibilidade limitada de dados para estratificação (por exemplo, unidade subnacional, idade, sexo, grupo prioritário) para identificar os grupos prioritários definidos pelo SAGE.
 - Se não for possível calcular a cobertura vacinal nos grupos de mais alta e alta prioridade, a estratégia de priorização do SAGE não pode ser aplicada conforme recomendado.
 - Quando a taxa nacional de cobertura vacinal é utilizada para orientar a estratégia de priorização, muitas áreas e subpopulações com desempenho abaixo do ideal podem não atingir as taxas de cobertura necessárias para coibir as tendências nacionais de hospitalização e morte.
 - As subpopulações nos grupos de mais alta + alta prioridade podem não atingir altas taxas de cobertura vacinal, mas o país continua a expandir a elegibilidade para a vacina e as políticas de doses de reforço com base no pressuposto de que as pessoas mais suscetíveis já atingiram taxas de vacinação suficientes.

2. Os cenários do Roteiro do SAGE não explicam as grandes diferenças dentro de cada país e entre países das Américas.
 - Dos 51 países e territórios, 25 informam taxa nacional de cobertura vacinal “alta” (41% a 70%) e 14 informam taxa de cobertura “moderada” (10% a 40%).
 - 50/51 dos países e territórios estão implementando políticas de doses de reforço contra a COVID-19, a despeito da recomendação do SAGE de julho de 2021 de que as doses de reforço não devem ser aplicadas.
 - Há uma grande variação entre países quanto ao tamanho da população, à situação epidemiológica, às opções de aquisição de vacinas, à capacidade de absorção, ao status socioeconômico e à política em vigor sobre doses de reforço.
 - As recomendações do SAGE não são suficientemente detalhadas para orientar os países sobre como e quando expandir o uso da série primária de vacinação contra a COVID-19 e das doses de reforço.

Perguntas para o GTA

1. O GTA endossa o Roteiro do SAGE atualizado?
2. Em caso afirmativo, como os países das Américas podem adaptar o Roteiro do SAGE com base na sua situação atual de:
 - a. Taxa de cobertura vacinal entre os diferentes grupos prioritários
 - b. Política nacional de doses de reforço
3. Em caso afirmativo, como a OPAS pode apoiar a recomendação do SAGE sobre o uso de vacinas contra a COVID-19 nos grupos prioritários das Américas (série primária e doses de reforço)?
4. Em caso negativo, qual é a estratégia recomendada pelo GTA para priorização de vacinas contra a COVID-19 nas Américas?

Recomendações

1. Em julho de 2021, o GTA declarou que a Região estava enfrentando uma crise iminente relacionada aos serviços de vacinação, e que era necessário dar atenção constante à manutenção e ao fortalecimento da imunização, vigilância epidemiológica e outros programas essenciais de saúde. A Região continua a relatar os menores níveis de cobertura vacinal contra sarampo e DTP3 dos últimos 10 anos. Além disso, a cobertura da 3ª dose da vacina poliomielite em 2020 foi de apenas 82% na Região, a menor cobertura informada desde a erradicação da poliomielite das Américas em 1994. Além disso, a taxa de casos notificados de PFA/100 mil crianças foi 39% menor em 2020, comparada a 2019. O risco de surtos de doenças imunopreveníveis anteriormente controladas na Região está no seu ponto mais alto dos últimos 30 anos em caso de transmissão contínua de sarampo/rubéola, importação de PVS/PVDV ou surgimento de PVDV. Embora os países precisem continuar gerenciando a distribuição das vacinas contra a COVID-19, eles também devem revigorar seus programas nacionais de imunização para fechar lacunas de cobertura vacinal, atingir todas as pessoas elegíveis e promover os benefícios da vacinação para a saúde universal. A falta de ação levará a surtos e à perpetuação da baixa cobertura vacinal, o que prejudicará significativamente a saúde e a economia.
2. Prevê-se que a atividade de influenza se intensificará nas regiões Norte e Sul das Américas em 2022; com isso em mente, os países que utilizam a composição de vacina para o hemisfério Sul devem planejar cuidadosamente atividades de vacinação contra influenza e implementá-las no primeiro trimestre de 2022. Essas atividades devem incluir a Semana de Vacinação nas Américas, que demonstrou ser uma plataforma robusta para alcançar altas taxas de cobertura vacinal contra influenza em todas as faixas etárias.
3. Após dois anos de foco quase exclusivo nas operações de resposta à COVID-19, muitos indicadores de desempenho, acesso e qualidade dos serviços de saúde pioraram. Se essa tendência de declínio continuar, preveem-se mais impactos nos serviços e esgotamento do pessoal de saúde, resultando em maior sobrecarga e perda de mais vidas devido a diferentes problemas de saúde. O GTA solicita aos países que comecem a pensar na potencial necessidade de operações de vacinação contra a COVID-19 em prazo mais longo, que iniciem imediatamente o planejamento estratégico e que assegurem a integração das atividades de vacinação contra a COVID-19 nos programas nacionais de imunização de rotina.

4. O GTA elogia os países e seu pessoal de saúde e trabalhadores da linha de frente pela resposta articulada à pandemia de COVID-19 e pela distribuição das vacinas contra a COVID-19. A Região das Américas conseguiu que 64,5% de sua população atingisse o esquema vacinal completo até 11 de fevereiro de 2022. Porém, até 31 de dezembro de 2021, 14 países das Américas não haviam chegado a 40% de cobertura vacinal contra a COVID-19, deixando grande parte da população em risco de doença grave, hospitalização e morte por COVID-19.
5. O GTA insta fortemente a OPAS e outros parceiros e interessados diretos a aumentarem o apoio financeiro e técnico para os países com baixas taxas de cobertura vacinal. Esse apoio pode incluir o fornecimento de doses de vacina contra a COVID-19, apoio técnico e envio de pessoal para apoiar as operações de distribuição de vacinas e proporcionar alívio para o pessoal já exausto de campo, compra e manutenção de equipamentos para a rede de frio e atividades de treinamento para expandir a força de trabalho em saúde. Além disso, o GTA recomenda que a OPAS e outros parceiros técnicos expandam as avaliações de campo e as operações de envolvimento da comunidade para entender a causa primária da baixa adesão às vacinas contra a COVID-19.
6. O GTA endossa o Roteiro do SAGE da OMS para priorização do uso das vacinas contra a COVID-19 em sua mais recente atualização, de 21 de janeiro de 2022, como uma abordagem para otimização do impacto global das vacinas contra a COVID-19 com base em metas de saúde pública, equidade mundial e nacional, e cenários de acesso e cobertura das vacinas, e enfatiza as seguintes orientações:
 - a. Países com baixas taxas¹ de cobertura da série primária devem primeiro alcançar altas taxas de cobertura da série primária entre os grupos prioritários de maior risco (ou seja, idosos, profissionais de saúde e pessoas imunocomprometidas) antes de oferecer doses de vacinas para grupos prioritários de risco mais baixo.
 - b. Países com taxas moderadas a altas de cobertura da série primária nos grupos prioritários de maior risco geralmente devem priorizar o estoque disponível de vacinas de forma a primeiro atingir altas taxas de cobertura da dose de reforço nos grupos prioritários de maior risco antes de oferecer doses de vacinas para grupos prioritários de risco mais baixo.
7. O GTA observa, com preocupação, que muitos países não coletam informações sobre a idade e o subgrupo populacional das pessoas vacinadas. Portanto, o GTA recomenda fortemente que os países colem e compilem dados de vacinação contra a COVID-19 com estratificação por idade, sexo e área geográfica. A coleta de outros descritores (por exemplo, profissionais de saúde, gestantes) permitirá maior refinamento das atividades programáticas e norteará as operações de priorização de vacinas. Todos os dados exigidos devem estar incluídos no formulário eletrônico de notificação conjunta (eJRF) de vacinação contra a COVID-19 que já é compartilhado semanalmente com a OPAS.
8. As gestantes foram identificadas entre os grupos com alto risco de doença grave e morte por COVID-19, e a carga de COVID-19 nas gestantes e lactantes da Região é significativa. O Roteiro do SAGE da OMS reitera que as mulheres são um alvo de alta prioridade para vacinação contra a COVID-19. No entanto, as taxas de vacinação nesse grupo prioritário em particular continuam

¹ Limiares específicos de cobertura não são fornecidos, já que os países podem ter diferentes capacidades de atingir essas populações. Como orientação geral, uma cobertura muito alta nos grupos de prioridade muito alta e alta estaria acima de 70%, ao passo que a cobertura baixa estaria abaixo de 10%. WHO/2019-nCoV/Vaccines/SAGE/Prioritization/2022.1: [Roteiro do SAGE da OMS](#).

baixas em toda a Região. O GTA solicita que os Estados Membros reorientem esforços para a vacinação de gestantes, inclusive adolescentes grávidas.

9. Quase todos os países das Américas introduziram doses de reforço contra a COVID-19 para grupos seletos da população. O GTA saúda a publicação da atualização do Roteiro do SAGE da OMS para priorização do uso das vacinas contra a COVID-19 e oferece orientações adicionais sobre o cronograma e o uso das doses de reforço nos países das Américas.
 - a. Países com taxa de cobertura vacinal baixa a média¹: Deve-se fazer todo o possível para alcançar alta cobertura da série primária e da dose de reforço entre os grupos de risco mais alto e alto.²
 - b. Países com taxa de cobertura vacinal alta a muito alta:¹
 - Os países que introduziram uma política de doses de reforço para todos os maiores de 18 anos devem realizar uma análise subnacional das taxas de cobertura vacinal por grupo prioritário de risco, para garantir que os grupos de mais alta e alta prioridade recebam a série de vacinação primária e uma dose de reforço.
 - Os países que introduziram uma política de doses de reforço apenas para os grupos de mais alta prioridade de risco devem realizar análises nacionais e subnacionais para determinar quando e como expandir o uso das doses de reforço na estratégia nacional de vacinação contra a COVID-19.
10. O GTA saúda o apoio dos países doadores, que contribuíram com mais de 28 milhões de doses de vacina contra a COVID-19 para as Américas e continuam a apoiar financeiramente diversas atividades necessárias para a implantação das vacinas contra a COVID-19. Em nome do povo das Américas, o GTA reconhece as importantes contribuições dos Estados Unidos, da Espanha, do Canadá, da França, da Alemanha, do Japão, da Suécia, da Noruega e da Dinamarca.
11. O GTA reconhece o forte apoio técnico da OPAS na distribuição e introdução das vacinas contra a COVID-19 em 2021 e exorta a Organização a manter seu alto nível de envolvimento.
12. As crianças das Américas continuam a enfrentar a pior crise educacional do último século, e milhões de crianças ainda não voltaram para a sala de aula. O GTA insta fortemente os países a reabrirem as escolas e retomarem o aprendizado presencial, reforçando ao mesmo tempo as medidas sociais e de saúde pública recomendadas (como o uso de máscara, o distanciamento social e a garantia de ventilação adequada). Os professores e o pessoal de educação estão entre os grupos de alta prioridade para a vacinação contra a COVID-19 e devem ser priorizados para a vacinação. O GTA ecoa as palavras do Diretor-Geral da OMS e da Diretora da OPAS, bem como as recomendações do UNICEF, ao afirmar que a vacinação de crianças e adolescentes não deve ser um pré-requisito para a reabertura das escolas.
13. Independentemente da variante de preocupação do SARS-CoV-2 em circulação, medidas não farmacológicas de saúde pública e sociais continuam sendo efetivas e são estratégias recomendadas para reduzir a transmissão do vírus e minimizar a carga de COVID-19 na sociedade. O GTA insta os países a manterem essas medidas e a integrá-las à estratégia nacional de resposta como uma das ferramentas mais importantes para mitigar o impacto e minimizar os efeitos da pandemia.

² Uso de mais alta prioridade: idosos, profissionais de saúde, pessoas imunocomprometidas.

Uso de alta prioridade: adultos com comorbidades, gestantes, professores e outros profissionais essenciais, subpopulações sociodemográficas desfavorecidas com maior risco de COVID-19 grave.

Recomendações para o Fundo Rotativo

1. O GTA reconhece os esforços feitos pelo Mecanismo COVAX para apoiar o acesso mundial e regional, a alocação e a distribuição das vacinas contra a COVID-19. No entanto, o GTA insta o Mecanismo COVAX a tirar proveito dos mecanismos do Fundo Rotativo para entregar doses de vacinas para os países das Américas.
2. Com a previsão de um melhor estoque disponível de doses de vacina contra a COVID-19 em 2022 e a potencial mudança de uma abordagem de alocação baseada na oferta para uma abordagem baseada na demanda, o GTA insta os Estados Membros a trabalharem em estreita colaboração com o Fundo Rotativo da OPAS e suas unidades técnicas para avaliar a demanda nacional por vacinas e monitorar a dinâmica de absorção e prestação de serviços.
3. Conforme os países avancem na vacinação contra a COVID-19, o GTA reitera que é importante que os Estados Membros da OPAS façam a transição de suas fontes de fornecimento, trocando os acordos bilaterais pela aquisição de vacinas contra a COVID-19 aprovadas pela OMS por meio do Fundo Rotativo da OPAS, a fim de alcançar melhores economias de escala em benefício mútuo dos países e para reforçar o pan-americanismo e a solidariedade, como ocorre com outras vacinas.
4. O GTA insta os Estados Membros a melhorarem os sistemas da cadeia de suprimentos para imunização e a infraestrutura da rede de frio, a fim de garantir que a entrega de vacinas contra a COVID-19 e de outras vacinas seja eficaz. O investimento em melhores cadeias de suprimentos para imunização, juntamente com a obtenção de acesso sustentável e econômico a vacinações de rotina, será fundamental para uma melhor preparação contra pandemias. O GTA também exorta os Estados Membros a buscarem apoio ativo das unidades técnicas da OPAS e do Fundo Rotativo para o fortalecimento da cadeia de suprimentos para imunização.

FPL/IM/COVID-19/22-0005

© Organización Panamericana de la Salud, 2022. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).