



ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL INFANTIL E JUVENIL CONTRA A COVID-19 NA REGIÃO OESTE DA BAHIA

AMANDA DE OLIVEIRA SANTANA BRITO; NOÉDILA NOEMÍ BARRETO;
JULIANNA JOANNA CARVALHO MORAES DE CAMPOS BALDIN

RESUMO

Declarada como pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a COVID-19, infecção causada pelo SARS-CoV-2, configura-se como a primeira pandemia do século XXI. Ainda em 2020, a COVID-19 foi considerada a segunda maior causa de óbitos entre crianças de 5 a 11 anos no Brasil. Entre janeiro e maio de 2020, a taxa de mortalidade hospitalar em adolescentes de 10 a 19 anos, devido à síndrome respiratória aguda grave causada pela infecção, chegou a 9,8%. Entretanto com a introdução das vacinas para maiores de 12 anos, ocorrida no período de julho a novembro de 2021, esse índice caiu para 3,9%. Diante desse cenário este trabalho trata-se de um estudo descritivo, de caráter quantitativo que analisou a cobertura vacinal contra a COVID-19 em crianças e adolescentes na região oeste da Bahia, abrangendo a população de 6 meses a 17 anos de idade. Desse modo, a cobertura vacinal contra a COVID-19 na região oeste da Bahia entre a população infantil e juvenil (6 meses a 17 anos) apresentou uma variação significativa entre as diferentes faixas etárias e doses. Observou-se que no grupo de 12 a 17 anos, a cobertura para as duas primeiras doses da vacina monovalente foi superior a 80%, com uma adesão mais consistente ao esquema vacinal. Já as faixas etárias mais jovens, principalmente de 6 meses a 5 anos, apresentaram menores taxas de cobertura, abaixo de 50% para a segunda dose. Esse cenário indica a necessidade de estratégias específicas para aumentar a aceitação e a administração das vacinas nas faixas etárias mais jovens, a fim de garantir uma proteção abrangente e eficaz contra a COVID-19 e suas complicações.

Palavras-chave: Coronavírus Relacionado à Síndrome Respiratória Aguda Grave; Imunização; Nordeste; Pediatria; Vacinas contra COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

Declarada como pandemia em 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a infecção pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda 2 (*Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*, SARS-CoV-2) configura-se como a primeira pandemia do século XXI. No Brasil, até outubro de 2024, foram contabilizados 713.795 óbitos, dos quais cerca de 4,49% ocorreram no estado da Bahia (Brasil, 2024).

Embora a letalidade e as complicações da infecção sejam mais severas em idosos e portadores de doenças crônicas, o público pediátrico também apresentou agravamento significativo da doença. Em 2020, a pandemia da doença por coronavírus 2019 (*Coronavirus disease 2019*, COVID-19) foi considerada a segunda maior causa de óbitos entre crianças de cinco (5) a 11 anos no Brasil. Além disso, o surgimento de sequelas graves, como a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica e a síndrome respiratória aguda grave, também foram relatadas (Butantan, 2022).

Entre janeiro e maio de 2020, a taxa de mortalidade hospitalar em adolescentes de 10 a

19 anos, devido à síndrome respiratória aguda grave causada pela infecção, chegou a 9,8%. Entretanto, com a introdução das vacinas para maiores de 12 anos, ocorrida no período de julho a novembro de 2021, reduziu esse índice para 3,9%. A redução dos indicadores também se estendeu aos lactentes menores de dois anos, em que se registrou queda acentuada da mortalidade de 7,3% para 1,4 % (Silva *et al.*, 2023). A diminuição significativa nas taxas de mortalidade após a disponibilização das vacinas reforça a importância da imunização em larga escala. Salienta-se que a autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para a cobertura vacinal dessa classe só ocorreu em dezembro de 2022, evidenciando a importância da cobertura vacinal na mitigação da transmissibilidade do vírus.

Neste sentido, a vacinação é amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz para prevenir doenças com alto potencial de causar morbimortalidade em larga escala. Além de proteger diretamente os indivíduos vacinados, ela também oferece proteção indireta aos não vacinados, ao reduzir a circulação de agentes infecciosos no ambiente. Dessa forma, contribui para a proteção de pessoas vulneráveis e para o controle de surtos (Braz *et al.*, 2022).

A OMS preconiza a cobertura vacinal mínima de 95% para garantir a erradicação ou controle de doenças preveníveis por vacinas. (Corrêa *et al.*, 2021). Assim, o presente estudo, tem por objetivo analisar a cobertura vacinal infantil e juvenil contra a COVID-19 na região oeste da Bahia com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da saúde, a fim de avaliar a adesão à vacinação entre a população de 6 meses a 17 anos e identificar possíveis lacunas ou desigualdades no processo de imunização.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter quantitativo que analisou a cobertura vacinal contra a COVID-19 em crianças e adolescentes na região oeste da Bahia, abrangendo a população de seis (6) meses a 17 anos de idade, independente do sexo. Os dados utilizados neste estudo foram extraídos do portal oficial do Ministério da Saúde do Brasil, especificamente da plataforma de monitoramento da vacinação contra a COVID-19.

População e Amostra

A população-alvo do estudo compreende crianças e adolescentes residentes na região oeste da Bahia, com idade entre seis (6) meses e 17 anos, vacinados ou aptos a receber as doses das vacinas contra a COVID-19. A amostra foi composta por todos os registros disponíveis no banco de dados público, sem exclusão de grupos específicos, desde que atenda os critérios de inclusão: residir na macrorregião de saúde do Oeste da Bahia e ter entre seis (6) meses a 17 anos de idade.

São 12 os municípios que compõem a macrorregião de saúde do Oeste da Bahia, os quais são: Angical, Baianópolis, Barreiras, Brejolândia, Catolândia, Cotegipe, Cristópolis, Riachão das Neves, Santa Rita de Cássia, São Desidério, Tabocas do Brejo Velho e Wanderley.

Geração de Dados

Os dados foram verificados e analisados a partir do portal do Ministério da Saúde, contemplando informações sobre o número total de doses aplicadas, tipos de vacinas (Monovalente ou Bivalente), número de doses por faixa etária (uma ou duas doses), e o percentual de cobertura vacinal ao longo do tempo.

Neste íterim, os dados se encontravam alocados na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e foram acessados até o dia 20/10/2024, considerando-se tanto a primeira quanto a segunda dose (quando aplicável) e eventuais doses de reforço, quando recomendadas para a população estudada.

Análise dos Dados

Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritivas, com cálculo de frequências absolutas (número total de ocorrências) e relativas (proporção ou porcentagem), além de proporções de cobertura vacinal por faixa etária e sexo. A análise incluiu também a comparação da cobertura vacinal em cada um dos 12 municípios da região oeste, identificando possíveis lacunas na vacinação entre diferentes faixas etárias e regiões específicas dentro do oeste da Bahia.

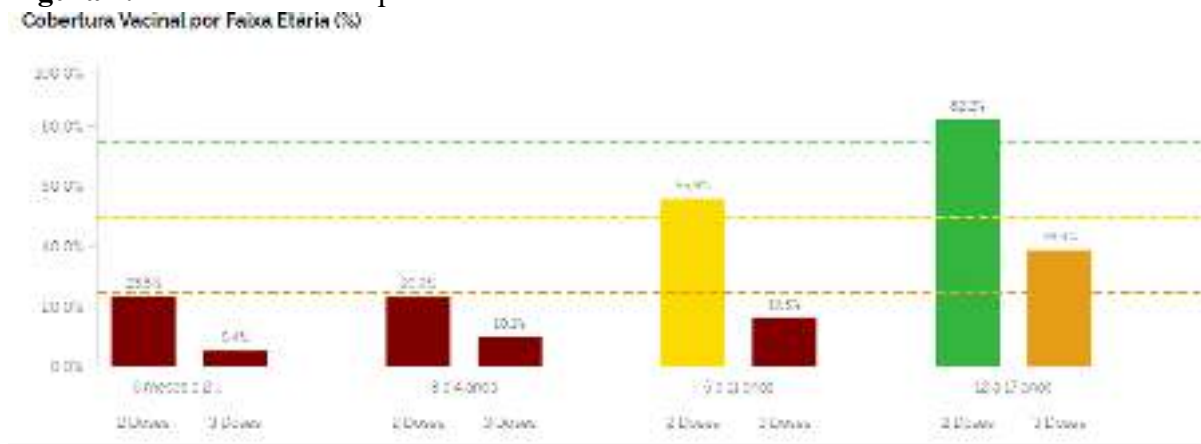
Aspectos Éticos

Por se tratar de dados secundários, disponíveis publicamente e anonimizados, este estudo não necessita de aprovação prévia de um comitê de ética em pesquisa com seres humanos. Entretanto, todos os cuidados foram tomados para garantir a integridade e privacidade dos dados analisados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cobertura vacinal contra a COVID-19 na região oeste da Bahia entre a população infantil e juvenil (6 meses a 17 anos) apresentou uma variação significativa entre as diferentes faixas etárias e doses. Pode-se observar que no grupo de 12 a 17 anos, a cobertura para as duas primeiras doses da vacina monovalente foi superior a 80%, com uma adesão mais consistente ao esquema vacinal. Já as faixas etárias mais jovens, principalmente de 6 meses a 5 anos, apresentaram menores taxas de cobertura, abaixo de 50% para a segunda dose. A Figura 1, representa: em verde, uma cobertura vacinal alta (75 a 100%); em amarelo, uma cobertura vacinal média (75 a 49,9%); em laranja, uma cobertura vacinal baixa (49,9 a 24,9%); e, em vermelho, muito baixa (24,9 a 0%).

Figura 1. Cobertura vacinal por faixa etária



Fonte: Ministério da Saúde - Cobertura Vacinal COVID-19

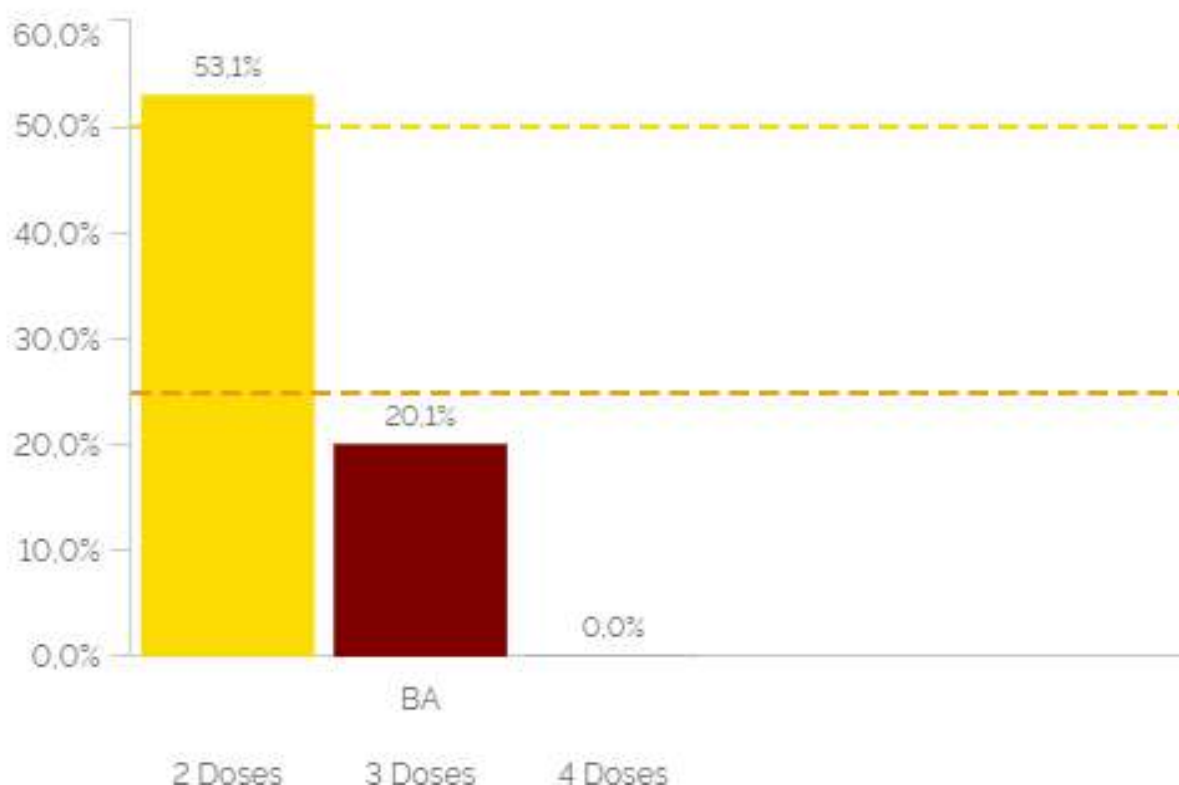
Quando se observa a relação das vacinas monovalentes e bivalentes, percebe-se que, simplesmente, ocorreu aplicação de doses monovalentes para esse público infantil e juvenil, mas existiu um aumento progressivo nas campanhas de reforço, especialmente entre os adolescentes. Na Figura 2, nota-se que 53,1% da população estudada receberam duas (2) doses da vacina, enquanto que somente 20,1% receberam três (3) doses. Tal fato se justifica pela recomendação do Ministério da Saúde, em que o início ou continuidade do esquema vacinal, ou seja, as duas primeiras doses da vacina, e também a aplicação do reforço, ocorrem com as vacinas monovalentes, recomendando-as para os seguintes grupos prioritários:

- Crianças entre 6 meses e 4 anos, 11 meses e 29 dias de idade;
- Crianças entre 5 e 11 anos de idade; e

- Adolescentes e adultos de 12 a 59 anos de idade.

Porém, orienta-se que quem ainda não completou o ciclo vacinal ou está com alguma dose em atraso, procure uma unidade de saúde para se vacinar, mesmo que não esteja no grupo prioritário (Brasil, 2023).

Figura 2. Cobertura vacinal monovalente
Cobertura Vacinal por UF de Residência (%)



Fonte: Ministério da Saúde - Cobertura Vacinal COVID-19

Em termos de cobertura por municípios, houve uma discrepância específica: enquanto alguns municípios alcançaram taxas próximas de 90% nas doses, outros demonstraram uma cobertura abaixo de 50%, principalmente em áreas rurais, incluindo uma distribuição desigual de vacinas e desafios no acesso à imunização. Além disso, a cobertura vacinal diminuiu à medida que se aumentou o intervalo de tempo entre as campanhas, com a adesão caindo nas doses de reforço.

Os dados da Figura 3 elucidam a desigualdade na vacinação das crianças e adolescentes de acordo com o município de residência. Observa-se, então, que os municípios de Santa Rita de Cássia, Catolândia e Cotegipe apresentaram, respectivamente, as melhores taxas de 80,75%; 77,70% e 76,19%, quando se observa a aplicação de duas doses da vacina da COVID-19. Enquanto que os municípios de Luís Eduardo Magalhães, Barreiras e São Desidério demonstraram os piores resultados, com, respectivamente, 35,27%; 50,15% e 50,34%. Esses dados são preocupantes, haja vista que as cidades de Barreiras e Luís Eduardo Magalhães apresentam a maior população dentre as mencionadas, retificando a baixa adesão à imunização infantil e juvenil contra a COVID-19.

Figura 3. Cobertura vacinal por município
Cobertura Vacinal por Município de Residência (3)

Cód. Município	Município de Residência	Cód. Doses 2 doses	Cobertura Vacinal - 2 doses (%)	Cód. Doses 3 doses	Cobertura Vacinal - 3 doses (%)	Cód. Doses 4 doses	Cobertura Vacinal - 4 doses (%)	População
Totais		70.227	53,03%	26.596	20,09%	0	0,00%	132.376
290140	Angical	2.961	75,70%	1.286	35,59%	0	0,00%	3.515
290250	Bolanópolis	2.038	38,52%	772	21,56%	0	0,00%	2.564
290320	Barão de São João	21.774	50,15%	7.706	18,30%	0	0,00%	40.623
290440	Brasão de Armas	1.353	81,74%	536	24,83%	0	0,00%	2.159
290740	Caldeirão	704	77,70%	357	38,85%	0	0,00%	905
290910	Catapé	2.627	40,19%	1.058	13,10%	0	0,00%	3.148
290940	Catopora	2.267	66,76%	919	27,94%	0	0,00%	3.398
291110	Farmosa do Rio Preto	5.575	75,01%	2.844	37,52%	0	0,00%	7.566
291855	Luiz Eduardo Magalhães	11.000	15,27%	3.000	8,00%	0	0,00%	32.262
292045	Mesquita	1.620	58,22%	778	23,50%	0	0,00%	3.288
292620	Rachão das Neves	3.106	42,86%	952	16,54%	0	0,00%	5.893
292840	Santa Rita do Cedro	6.178	80,75%	3.137	41,00%	0	0,00%	7.651
292980	São Desidério	4.575	50,34%	1.391	16,36%	0	0,00%	9.081
293090	Tuberos do Brejo Velho	1.961	65,34%	714	24,79%	0	0,00%	3.003
293345	Wanderley	2.058	50,65%	690	20,22%	0	0,00%	2.410

Fonte: Ministério da Saúde - Cobertura Vacinal COVID-19

Diante do avanço da pandemia e o maior conhecimento sobre esta a partir do monitoramento dos primeiros casos, verificou-se que a população pediátrica pode contrair a doença, porém tende a apresentar manifestações menos severas em comparação aos adultos. No entanto, deve-se ressaltar que crianças e adolescentes podem desenvolver formas graves e até fatais da doença, incluindo, assim, a síndrome inflamatória multissistêmica infantil (SIM-C) e a síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Logo, a imunização infantil e juvenil contra o SARS-CoV-2 é imprescindível para a segurança da saúde desses indivíduos (Martins *et al.*, 2020).

Para tanto, em 2020, os casos de SRAG na população pediátrica apresentaram um aumento de 34,38% em relação a 2019. Adicionalmente, o total de internações em UTI subiu 25,98%, e o número de óbitos por SRAG cresceu 65,91%. Notavelmente, 70% dos casos foram categorizados como SRAG não especificada. Diante disso, esse fato pode se justificar pelo impacto da pandemia nessas crianças e adolescentes, enfatizando a necessidade da vacinação para esse público que vem sofrendo com as consequências da infecção pelo vírus SARS-CoV-2 (Silva *et al.*, 2023).

Por fim, o monitoramento da pandemia de COVID-19 revelou que, apesar de a população pediátrica geralmente apresentar formas menos severas da doença, não se deve subestimar a vulnerabilidade dessa população. O aumento significativo nos casos de SRAG, de infecções com SARS-CoV-2 e das internações em UTI no ano de 2020, bem como o crescimento subsequente no número de óbitos, destaca a gravidade da situação. Esses dados ressaltam a urgência da imunização infantil e juvenil, que se mostra fundamental para proteger essa faixa etária e mitigar as consequências adversas da infecção. Portanto, a implementação de estratégias eficazes de vacinação é essencial para garantir a saúde e o bem-estar das crianças e adolescentes, contribuindo para o controle da pandemia e a prevenção de complicações graves.

4 CONCLUSÃO

Em conclusão, a análise da cobertura vacinal contra a COVID-19 na população

infanto-juvenil da região oeste da Bahia, mostrou resultados abaixo das metas preconizadas pela OMS para erradicação ou controle de doenças imunopreveníveis, revelando um grave problema de saúde pública, especialmente nas cidades maiores. A baixa adesão vacinal na faixa etária dos seis (6) meses aos cinco (5) anos é particularmente preocupante, dado que estudos indicam maiores taxas de hospitalizações e óbitos por SRAG neste grupo. Além disso, a menor cobertura nas zonas rurais reforça o profundo abismo da desigualdade no acesso aos serviços de saúde no Brasil. Por fim, a queda da cobertura vacinal à medida em que se aumentava o intervalo de tempo entre as campanhas, sinaliza a necessidade de adoção de estratégias mais efetivas, com o intuito de acompanhar o comportamento da população e que, assim, incentivem uma maior adesão à imunização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de casos da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil. **Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS): Guia de vigilância Epidemiológica**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacinas bivalentes e monovalentes são igualmente eficazes e protegem contra a COVID-19: saiba mais**. 2023. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/vacinas-biva-e-monovalentes-sao-igualmente-eficazes-e-protegem-contra-a-covid-19-saiba-mais>>. Acesso em: 15 de outubro de 2024.

BRAZ RM, DOMINGUES CMAS, TEIXEIRA AM da S, LUNA EJ de A. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2023; 25: 745-754. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400008>

BUTANTAN. **Covid ja matou mais de 1.400 crianças de zero a 11 anos no Brasil e deixou outras milhares com sequelas**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/covid-19-ja-matou-mais-de-1.400-criancas-de-zero-a-11-anos-no-brasil-e-deixou-outras-milhares-com-sequelas>. Acesso em: 23 out. 2024.

CORRÊA SMC, de VASCONCELOS PF, DOS PASSOS JS, MARQUES VG, TANAJURA NPM, DO NASCIMENTO DR, SILVA CS, MAGALHAES LP, NEVES LR, SILVEIRA MBS. As possíveis causas da não adesão à imunização no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. 2021; 13: e7030 <https://doi.org/10.25248/reas.e7030.2021>.

MARTINS, M. M.; PRATA-BARBOSA, A.; MAGALHÃES-BARBOSA, M. C.; CUNHA, A. J. L. A. D. Características clínicas e laboratoriais da infecção por SARS-CoV-2 em crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 39, e2020231, nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020231>.

SILVA ACCAC, LUIZ RR, MORAES JR, ROCHA PHV, ZEITOUNE RCG, PRATA BARBOSA A, MOREIRA JPL. Mortalidade hospitalar por covid-19 em crianças e adolescentes no Brasil em 2020–2021. **Rev Saúde Pública**. 2023; 57:56. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005172>