



FRANCISCO ANTUNES

Infeciologista; Professor Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Em face da pandemia por COVID-19, as vacinas contra SARS-CoV-2 desenvolveram-se a uma velocidade sem precedentes, quer as vacinas genéticas, como a da Pfizer ou da Moderna, com eficácia de cerca de 95%, quer a vacina vetorial da AstraZeneca com cerca de 70%. Estas vacinas revelaram, assim, excelente proteção contra a doença e os dados acumulados sugerem, também, proteção contra a transmissão do vírus. Enquanto que os desenvolvimentos da vacina foram rápidos, a capacidade da sua produção e a inadequação das infraestruturas para a vacinação imediata de toda a população são as principais barreiras a pôr travão na pandemia, a restaurar a vida normal e a reabrir a economia. Infelizmente, as doses das vacinas têm sido disponibilizadas lentamente e esporadicamente, o que significa que haja dificuldades para que a maioria das pessoas seja já vacinada, mesmo que sejam elegíveis. A imunidade vacinal excede aquela verificada no plasma de doentes convalescentes, que confere proteção de 83% à reinfeção, pelo menos durante 5 meses.

A estratégia da vacinação foi dar prioridade aos profissionais de saúde, aos idosos, aos trabalhadores essenciais e àqueles com comorbilidades, que os ponham em risco de progressão clínica grave da COVID-19. Com esta estratégia de vacinação contra a COVID-19, dando preferência aos mais idosos e aos mais vulneráveis, alguns estudos mostram que há redução de novos casos na população em geral e redução da

COVID-19

– PARA CONTER A PANDEMIA É SUFICIENTE DAR PRIORIDADE À VACINAÇÃO DOS MAIS IDOSOS?

hospitalização (nos mais de 80 anos de 80%, sem influência naqueles com idades compreendidas entre 50 e 70 anos) e da mortalidade, apenas, nos mais idosos (diminuição das taxas de mortalidade de 95%, naqueles com mais de 70 anos), sem impacto nos outros grupos etários. Estes resultados mostram que esta estratégia de vacinação é eficaz na redução da transmissão nos mais idosos (de 90%), mas, também, nos outros grupos etários.¹ Alocando cerca de 75% das vacinas disponíveis àqueles com mais de 70 anos é uma estratégia que permite reduzir, substancialmente, a mortalidade associada à COVID-19, em 2021.

A imunogenicidade, que deve ser interpretada como boa proteção, é superior nos mais jovens (> 18 anos) do que nos mais idosos. Nos mais jovens, com 25 µg da dose da vacina da Moderna (o equivalente a ¼ da dose normal = 100 µg), a resposta imunitária aos 57 dias foi comparável à daquela registada aos 119 dias, naqueles com idade ≥ 71 anos, a qual foi de 86%. De referir que os jovens têm 80% dos seus contactos sociais com os “jovens” e 20% com os “idosos” enquanto que nos idosos se assume que os contactos sejam de 50% com os “idosos” e de 50% para os “jovens”. SARS-CoV-2 é uma infeção dos mais novos (na 1ª vaga, em Portugal, a COVID-19 foi diagnosticada em cerca de 78% daqueles com idade < 70 anos) e que mata os mais idosos (na mesma altura da 1ª vaga cerca de 87% das mortes registou-se naqueles com idades ≥ 70 anos).



Assim, uma outra estratégia seria a da utilização de doses adaptadas à idade, tendo em linha de conta os resultados da imunogenicidade da vacina da Moderna estratificados por idades e de que a pandemia continuará sem controlo, guiada pelos contactos sociais nos grupos etários mais novos. Esta estratégia, com doses normais para os mais idosos, mas reduzidas nos mais jovens, aceleraria o processo de vacinação, mesmo com alguma perda do efeito protector, salvaguardando os mais vulneráveis, minimizando a mortalidade global e travando a pandemia mais cedo.

A vacinação daqueles indivíduos já infetados, nestas primeiras fases, é redundante, dado que já devem estar imunizados (exceto para aqueles com mais de 65 anos, em que a imunidade protetora para a reinfeção é de 50%, enquanto para os mais jovens é de cerca de 80%).² Neste aspeto, em relação à vacina da Pfizer, um estudo recente mostrou que naqueles que não foram infetados por SARS-CoV-2 antes de serem vacinados, o regime de duas doses é essencial para que se alcance proteção imunitária robusta, em contraste com aqueles com infeção prévia por SARS-CoV-2 em

que, logo após a primeira dose da vacina, atingem resposta equivalente à observada após a segunda dose, naqueles sem o diagnóstico prévio de COVID-19. Tal é devido a algum grau de proteção conferido pela infeção prévia por SARS-CoV-2, pelo que nestes uma dose apenas da vacina será suficiente.³

Com uma cobertura vacinal superior a 28% e sem afrouxar as medidas não-farmacológicas (distanciamento, máscaras faciais e higienização das mãos), a vacinação e a imunidade da população podem levar a níveis de transmissão muito baixos no 2º trimestre de 2021.⁴

A vacinação é um elemento essencial no controlo a longo termo da COVID-19 e, potencialmente, na sua eliminação. Todavia, a experiência em relação a outras doenças mostrou que a eliminação é difícil e requer outras medidas, para além da vacinação (esta com redução inevitável do R e da prevalência da doença), tais como testagem intensiva e estratégias de isolamento, por forma a manter níveis baixos de infeção, reduzindo, também, o risco de escape de variantes de SARS-CoV-2 à vacina.⁵

Bibliografia

1. Roghani A. The influence of Covid-19 vaccine on daily cases, hospitalization, and death rate in Tennessee: A case study in the United States. medRxiv 2021.03.16.21253767
2. Hansen CH, Michlmayr D, Gubbels SM, Mølbak K, Ethelberg S. Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. Lancet 2021:S0140-6736(21)00575-4
3. Kelsen SG, Braverman AS, Patel P, Aksoy MO, Hayman J, Rajput C, et al. Heightened COVID-19 vaccine response following SARS-CoV-2 infection. medRxiv 2021.03.18.21253845
4. Tran TN-A, Wikle N, Albert J, Inam H, Strong E, Brinda K, et al. Optimal SARS-CoV-2 vaccine allocation using real-time seroprevalence estimates in Rhode Island and Massachusetts. medRxiv 2021.01.12.21249694
5. Hunziker P. Vaccination strategies for minimizing loss of life in Covid-19 in a Europe lacking vaccines. medRxiv 2021.01.29.21250747

