

DESIGUALDADE NO ACESSO A VACINAS CONTRA A COVID-19 NO BRASIL

NOVEMBRO DE 2022



OXFAM BRASIL

Conselho Deliberativo

André Degenszajn, Bianca Santana, Hélio Santos (presidente), Maria Abramo Caldeira Brant (vice-presidente) e Mário Theodoro.

Conselho Fiscal

Ana Cristina Ferreira Medeiros, Marisa Ohashi e Wander Telles

Direção Executiva

Kátia Maia

Equipe Gerência

Débora Borges (Gerente Mobilização, Comunicação e Captação de Recursos), Maitê Gauto (Gerente de Programas, Incidência e Campanhas) e Mirella Vieira (Gerente de Operações).

Equipe

Alisson Gomes, Anderson Lourenço, Anna Carolina Souza, Bárbara Barboza, Bárbara Barros, Cleizia Sales, Geiza Lobato, Gustavo Ferroni, Isabel Pato, Jefferson Nascimento, Jorge Cordeiro, Juliana Vasco, Julianne Nestlehner, Luiz Franco, Marcus Carvalho, Mariana Franco, Nicole Cerqueira, Marcus Carvalho, Néia Limeira, Poka Nascimento, Saulo Mendonça, Selma Gomes, Sheila Horta, Tauá Pires, Thaís Almeida, Uly Zizo, Vanessa Correia e Yasmin Oliveira.

FICHA TÉCNICA

Coordenação

Maitê Gauto

Edição e Redação Final

Jefferson Nascimento

Análise e Textos

Equipe CEPEDISA

Pesquisa

Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP)



CENTRO DE
ESTUDOS
E PESQUISAS
DE DIREITO
SANITÁRIO
CEPEDISA

Equipe de Pesquisa

Deisy de Freitas Lima Ventura (coordenadora), Fernando Mussa Abujamra Aith, Cristiane Ribeiro Pereira e Roudom Ferreira Moura

Colaboração

Jorge Cordeiro, Thaís Almeida e Uly Zizo

Projeto Gráfico e Diagramação

Brief Comunicação

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACO	Ação Cível Originária
ACP	Ação Civil Pública
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADPF	Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental
AGU	Advocacia-Geral da União
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APIB	Articulação dos Povos Indígenas do Brasil
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CEAGESP	Companhia de Entrepósitos e Armazéns Gerais de São Paulo
CEASA	Centrais Estaduais de Abastecimento
CEIS	Complexo Industrial da Saúde
CEPEDISA	Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGU	Controladoria-Geral da União
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CRM	Conselho Regional de Medicina
DGP	Departamento-Geral de Pessoal
DOU	Diário Oficial da União
DPU	Defensoria Pública da União
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
EPI	Equipamento de proteção individual
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
EUA	Estados Unidos da América
FAB	Força Aérea Brasileira
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FDA	Food and Drug Administration [Administração de alimentos e medicamentos]
FIESP	Federação das Indústrias do Estado de São Paulo
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FNDCT	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LAI	Lei de Acesso à Informação
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações
MEI	Microempreendedor individual
MP	Medida Provisória
MPF	Ministério Público Federal
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
RNDS	Rede Nacional de Dados de Saúde
RT-PCR	Teste para detecção de covid-19
PCDOB	Partido Comunista do Brasil
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PNO	Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19
PSD	Partido Social Democrático
PSB	Partido Socialista Brasileiro
PSOL	Partido Socialismo e Liberdade
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PL	Projeto de Lei
PRF	Polícia Rodoviária Federal
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS
SBIM	Sociedade Brasileira de Imunizações
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SECOM	Secretaria de Comunicação
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TRF-2	Tribunal Regional Federal da 2ª Região
TRF-5	Tribunal Regional Federal da 5ª Região
UBS	Unidade básica de saúde
UTI	Unidade de terapia intensiva



LISTA DE QUADROS, FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURA 1	Covid-19: posição do Brasil nas Américas em 24 de outubro de 2022	11
GRÁFICO 1	Brasil: Distribuição da Cobertura Vacinal (CV) contra a covid-19* (para cada 100 habitantes) – 2021 e 2022	14
GRÁFICO 2	Brasil: Distribuição da Cobertura Vacinal contra a covid-19* e IDH** – 2021 e 2022	15
GRÁFICO 3	Brasil: Distribuição da Cobertura Vacinal contra a covid-19*, por gênero – 2021 e 2022	17
GRÁFICO 4	Brasil: Distribuição da Cobertura Vacinal contra a covid-19*, por raça/cor da pele – 2021 e 2022	19
QUADRO 1	Entrevistas realizadas	22
FIGURA 2	Obstáculos à equidade no acesso a vacinas contra a covid-19 no Brasil, segundo os entrevistados	23
QUADRO 2	Sobre o apartheid vacinal	24
QUADRO 3	Nova Lei de Licenciamento Compulsório em Emergências de Saúde	25





ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	8
METODOLOGIA	9
INTRODUÇÃO	11
DESIGUALDADE NO ACESSO A VACINAS CONTRA A COVID-19 NO BRASIL	14
DESIGUALDADE REGIONAL	14
DESIGUALDADE DE GÊNERO	17
DESIGUALDADE DE RAÇA	19
PERCEPÇÃO DOS ATORES GOVERNAMENTAIS E NÃO-GOVERNAMENTAIS SOBRE A DESIGUALDADE NO ACESSO A VACINAS NO BRASIL	21
CONTEXTO DE DESIGUALDADE GLOBAL NO ACESSO ÀS VACINAS	23
NEGOCIAÇÃO DA COMPRA DE VACINAS PELO BRASIL	24
REPÚDIO ÀS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E À BOA GESTÃO	26
ALTERNATIVAS À AUSÊNCIA DE COORDENAÇÃO NACIONAL	29
AQUISIÇÃO DE INSUMOS	30
DEFINIÇÃO DE GRUPOS PRIORITÁRIOS NO PNI	32
PROFISSIONAIS DE SAÚDE	35
ACESSO AOS POSTOS FÍSICOS E MÓVEIS DE VACINAÇÃO	36
DIFICULDADES NA COLETA DE DADOS	37
CONCLUSÃO: JUSTIÇA SANITÁRIA E ACESSO A VACINAS COMO DIREITO À SAÚDE	39
PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES	41
CURTO PRAZO	41
MÉDIO PRAZO	42
LONGO PRAZO	42
REFERÊNCIAS	43

APRESENTAÇÃO

Na América Latina e Caribe, a média de vacinação contra a covid-19 atinge cerca de 63% da população, com amplas disparidades entre os países. De um lado, temos o Chile, com mais de 90% da população vacinada. De outro, o Haiti tem apenas 1% de cobertura vacinal. No Brasil, 80,1% da população estava totalmente vacinada no final de julho de 2022, sendo o quarto país do mundo com o maior número de doses aplicadas – 465 milhões –, atrás apenas de China, Índia e Estados Unidos.

O alto percentual de vacinação no Brasil acaba ofuscado, entretanto, pelo impacto de ações e omissões governamentais em resposta à pandemia, que levaram o país a ter o segundo maior número de mortos pela covid-19 no mundo, com 677 mil vidas perdidas para o coronavírus, mesmo tendo apenas a 5ª maior população do planeta. Entre os fatores para este cenário estão o atraso na implementação do Plano Nacional de Imunização, demora para aquisição de vacinas contra a covid-19 e adoção de uma política negacionista de combate ao vírus, rechaçando medidas de controle social e estimulando o uso de medicamentos sem eficácia comprovada contra o coronavírus. Como resultado, a maioria das mortes decorrentes da pandemia ocorreu quando já havia vacina disponível no mundo: enquanto o país teve, em 2020, 194.976 óbitos; em 2021, já com imunizantes disponíveis contra a covid-19, o total foi o dobro: 424.133.

Este informe analisa os desafios do acesso a vacinas contra a Covid-19 no Brasil, com especial ênfase nos impactos da distribuição desigual dos imunizantes devido à desigualdade estrutural no acesso ao direito à saúde em nosso país. Dados do IBGE apontam que

oito em cada 10 pessoas declararam ter acesso a algum serviço de saúde de uso regular, especialmente os postos de atendimento. Ainda que positivo, o número significa que cerca de 35 milhões de brasileiros ainda não têm acesso a nenhum serviço de saúde de uso regular.

Na primeira seção deste relatório será analisada a desigualdade vacinal contra a covid-19 nos estados brasileiros e no Distrito Federal durante o período de 17 de janeiro de 2021 a 11 de outubro de 2022, tendo como variáveis o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o gênero e a raça/cor da pele (quando disponível), tomando-se como base os dados extraídos do Vacinômetro covid-19 da RNDS/SASISUS e do IBGE.

Na segunda seção, destacamos a percepção dos atores governamentais entrevistados (CONASS e CONASEMS) e não-governamentais (ABRASCO, CNS, Unidos pela Vacina e especialistas) sobre a equidade no acesso a vacinas, valendo-se também de ampla pesquisa documental.

Finalmente, serão apresentadas propostas e recomendações sob a perspectiva da justiça e da democracia sanitária.

Esperamos que os resultados desta pesquisa de percepção contribuam para o debate público sobre o acesso à saúde no Brasil e as ações e medidas necessárias para que os erros cometidos durante a pandemia não se repitam.

Katia Maia
Diretora Executiva

METODOLOGIA

Este informe sistematiza os principais dados e análises de pesquisa exploratória realizada pelo Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), em parceria com a Oxfam Brasil, sob a liderança da Dra. Deisy de Freitas Lima Ventura, professora titular de Ética na FSP/USP. A pesquisa

baseia-se essencialmente em pesquisa documental (incluindo documentos oficiais e publicações em veículos de imprensa), revisão de literatura e oito entrevistas com informantes-chave, realizadas entre 17 e 31 de outubro de 2022. Abaixo, o detalhamento dos métodos de pesquisa empregados em cada seção:

Estudo ecológico descritivo¹ sobre a cobertura vacinal da covid-19 no Brasil na população a partir de três anos de idade, no período de 17 de janeiro de 2021 a 11 de outubro de 2022, considerando-se como unidade de análise as 27 Unidades da Federação do Brasil. Os dados do esquema primário completo da vacina contra a covid-19 por estado foram extraídos do Vacinômetro covid-19 da Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS) / Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS).

Os dados do esquema primário completo da vacina contra a covid-19 por estado foram extraídos do Vacinômetro covid-19 da Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS) / Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS).²

O cálculo da cobertura vacinal foi realizado por meio da fórmula:

$$\text{COBERTURA VACINAL} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de indivíduos da população alvo vacinados com esquema primário vacinal completo}}{\text{população alvo da vacina}} \times 100$$

Como o esquema primário completo da vacinação contra a covid-19 para os cálculos de coberturas vacinais por estados e Distrito Federal foi considerado o preconizado pelo já citado PNO, corroborado pelas bulas das vacinas:

- * Astrazeneca/Fiocruz ou Astrazeneca/Covax Facility: 2 doses;
- * Pfizer/Wyeth–Cominarty ou Pfizer/Wyeth – Cominarty (Pediátrica): 2 doses;
- * Sinovac/Butantan: 2 doses;
- * Janssen ou Janssen/Covax Facility: dose única.

Ainda para os cálculos das coberturas vacinais a população alvo geral e por sexo, estimada para o ano de 2021, foi obtida por meio do sítio do IBGE (projeção da população por sexo e idades simples, em 1º de julho - 2010/2060).

Para avaliar o indicador de desigualdade social no acesso à vacina contra a covid-19 utilizou-se o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 2010 de cada estado e Distrito federal, também extraído do sítio do IBGE, de acordo com o mais recente Censo Demográfico. O indicador de desigualdade de gênero no acesso à vacina contra a covid-19 foi avaliado através da variável sexo. Além disso, empregou-se o coeficiente de correlação de Pearson (r) para as análises de associações. Para a análise dos dados, utilizou-se estatística descritiva, aplicando-se o Software Microsoft Excel 2019.

SEGUNDA SEÇÃO

Realização de oito entrevistas com informantes-chave, realizadas entre 17 e 31 de outubro de 2022 (mais detalhes no **Quadro 1**). A definição da amostra para as entrevistas buscou cotejar diferentes perspectivas sobre o mesmo fenômeno, por meio da escuta de gestores governamentais, de entidades não governamentais e de especialistas.

Entre as entidades não-governamentais entrevistadas, há igualmente substantiva diferença entre entidades tradicionais, que são protagonistas da área, como a ABRASCO e o CNS, e um movimento alheio ao setor saúde que emergiu especificamente para promover o acesso a vacinas contra a covid-19: o Unidos pela Vacina, cujas características corporativas são marcadamente distintas das que ordinariamente caracterizam a dimensão social da área.

Como limites da definição e implementação da amostra, podem ser destacados dois aspectos. O primeiro, que foi preponderante, diz respeito à coincidência entre o período de realização da pesquisa e a campanha para o segundo turno das eleições presidenciais, não sendo possível cogitar a ampliação da amostra diante das dificuldades de agenda das pessoas entrevistadas. O segundo diz respeito ao impacto do ambiente político reinante no Brasil, que fez com que ao menos um potencial entrevistado se recusasse a conceder entrevista, ainda que confidencial, por temor à sua segurança pessoal.



INTRODUÇÃO

Em 8 de dezembro de 2020, a vacinação em massa contra a covid-19 no mundo teve início no Reino Unido. No Brasil, apenas 40 dias depois, em 17 de janeiro de 2021, a Anvisa autorizou o uso emergencial das vacinas dos laboratórios Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz³. No mesmo dia, uma mulher negra, a enfermeira Mônica Calazans, tornou-se a primeira pessoa vacinada contra a covid-19 no país.⁴

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 24 de outubro 2022 havia pouco mais de 624 milhões de casos acumulados no mundo e 6,5 milhões de vidas perdidas para a covid-19⁵. Além disso, 12,8 bilhões de doses totais de vacinas contra a covid-19 foram administradas, tendo 4,95 bilhões de pessoas sido totalmente vacinadas com a última dose da série primária, conforme especificações da bula das vacinas (duas doses ou dose única). Assim, em 24 de outubro 2022, a média mundial de cobertura vacinal primária completa contra a covid-19 era de 63,52 por 100 habitantes.

O Brasil era o país com o 2º maior número total acumulativo de casos de covid-19 nas Américas (34,8 milhões), óbitos (687 mil) e coeficiente de mortalidade (323,31 óbitos por 100 mil habitantes), sendo superado apenas pelos Estados Unidos da América no que se refere a casos e óbitos, e pelo Peru no que tange ao coeficiente de mortalidade,⁶ segundo a OPAS. O país, no entanto, era o 15º país das Américas em cobertura vacinal primária completa contra a covid-19 (78,37 por 100 habitantes).⁷ Veja **Figura 1**.

Figura 1 – Covid-19: posição do Brasil nas Américas em 24 de outubro de 2022



EM TOTAL ACUMULADO DE CASOS
34.771.320 CASOS
SUPERADO APENAS POR ESTADOS UNIDOS



EM TOTAL ACUMULADO DE ÓBITOS
687.483 ÓBITOS
SUPERADO APENAS POR ESTADOS UNIDOS

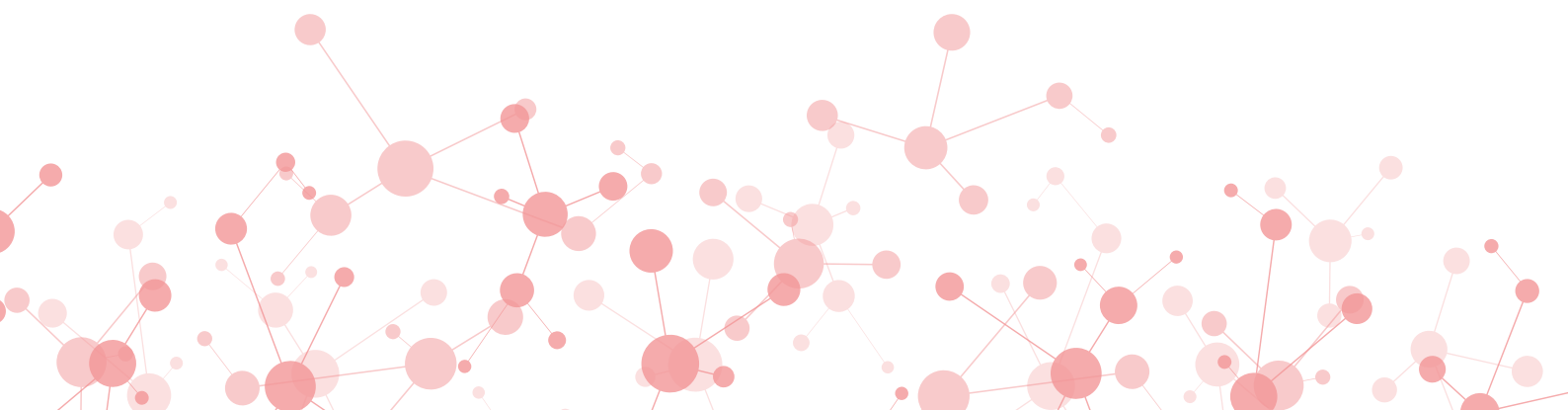


EM COEFICIENTE DE MORTALIDADE
323,431 ÓBITOS POR 100 MIL HABITANTES
SUPERADO APENAS POR PERU



EM COBERTURA VACINAL PRIMÁRIA COMPLETA
78,37 POR 100 HABITANTES
SUPERADO POR PORTO RICO, CHILE, CUBA, NICARÁGUA, PERU, ARGENTINA E URUGUAI, ENTRE OUTROS PAÍSES

Elaboração própria com base em dados de OPAS/OMS



Em 11 de outubro de 2022, o Brasil⁸ já alcançava um total de cerca de 485,4 milhões de doses aplicadas da vacina contra a covid-19,⁹ realizadas em estabelecimentos de saúde municipal e estadual do SUS para crianças a partir dos três anos de idade, adolescentes, adultos e idosos. As doses aplicadas por estado e no Distrito Federal variaram entre 960.522 e 124.490.330. Os estados com maior número de doses aplicadas foram São Paulo (25,65%), Minas Gerais (10,40%) e Rio de Janeiro (8,12%). No território brasileiro, a vacina do laboratório da Pfizer/Wyeth-Cominarty ou Pfizer/Wyeth-Cominarty (Pediátrica) foi a mais aplicada (40,86%) entre todas as disponíveis, seguida pela Astrazeneca/Fiocruz ou Astrazeneca/Fiocruz/Serum Instituto of Índia ou Astrazeneca/Covax Facility (30,72%), da Sinovac/Butantan (22,58%) e da Janssen (5,84%).¹⁰ De agora em diante, tais imunizantes serão referenciados apenas como Pfizer, Astrazeneca, CoronaVac e Janssen, respectivamente.

Atualmente, a vacinação contra a covid-19 está indicada para toda a população brasileira a partir dos três anos de idade, e a meta de cobertura vacinal no Brasil é de 90% para o esquema primário completo (Pfizer, Astrazeneca, CoronaVac e Janssen).

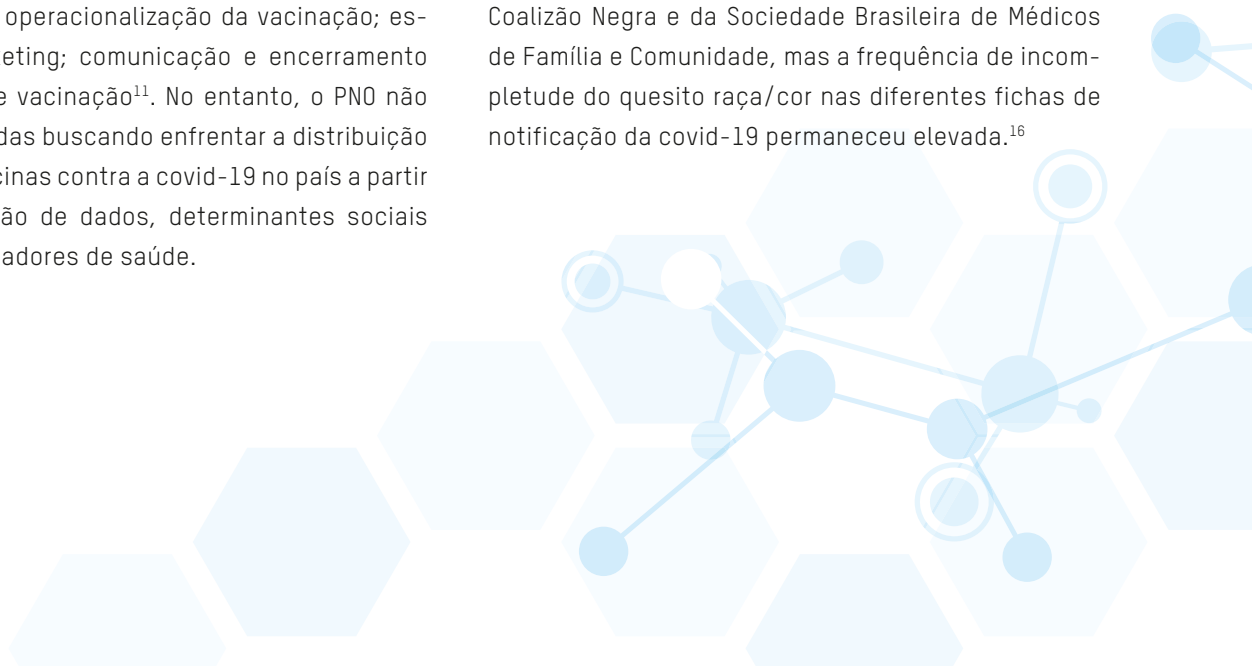
O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 (PNO) do Ministério da Saúde brasileiro destaca 10 eixos, a saber: situação epidemiológica e definição da população-alvo para vacinação; vacinas contra a covid-19; farmacovigilância; sistemas de informações; operacionalização para vacinação; monitoramento, supervisão e avaliação; orçamento para operacionalização da vacinação; estudos pós-marketing; comunicação e encerramento da campanha de vacinação¹¹. No entanto, o PNO não especifica medidas buscando enfrentar a distribuição desigual das vacinas contra a covid-19 no país a partir da sistematização de dados, determinantes sociais da saúde e indicadores de saúde.

A desigualdade em saúde é um tema fundamental na análise do acesso a vacinas, caracterizando-se por um feixe de desigualdades que se entrecruzam: socioeconômica, gênero, territorial, étnicas, raciais e geracionais.¹² Aspectos metodológicos e diferenças nos indicadores de saúde observados entre regiões do Brasil¹³ também impõem desafios adicionais à análise do tema.¹⁴

As assimetrias locais marcam vários eixos do padrão da desigualdade em saúde no Brasil, abrangendo, entre outros, as taxas de morbimortalidade, a organização dos serviços de saúde e os sistemas de formação em saúde, não apenas entre as regiões, mas também no seio de cada região do país, considerando os dados relativos aos municípios.

As desigualdades de raça, gênero e classe não têm, de modo geral, merecido a atenção devida nas métricas de avaliação relacionadas à equidade em saúde no Brasil.¹⁵ No caso da covid-19, o quesito raça/cor não foi elegível para análise de situação epidemiológica nos primeiros boletins epidemiológicos, ainda que constasse nas fichas de notificação para Síndrome Gripal e para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

O quesito raça/cor também foi tardiamente incluído no formulário de notificação de casos leves de Síndrome Gripal da covid-19, denominado e-SUS VE, que tem por objetivo a notificação em tempo real. A inclusão deste quesito ocorreu somente após posicionamentos do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da ABRASCO, da Coalizão Negra e da Sociedade Brasileira de Médicos de Família e Comunidade, mas a frequência de incompletude do quesito raça/cor nas diferentes fichas de notificação da covid-19 permaneceu elevada.¹⁶



“Não incorporamos a perspectiva racial nas análises epidemiológicas desde a sua concepção como uma condição importante para o processo de adoecimento e morte”

**Marcia Pereira Alves,
entrevista ao CEE/Fiocruz¹¹**

Em março de 2021, um levantamento com dados de 8,5 milhões de pessoas que receberam a primeira dose das vacinas contra a covid-19 no país concluiu que havia mais pessoas brancas que negras vacinadas contra o coronavírus no Brasil.¹⁷ Até outubro de 2021, análise apontou que pretos e pardos tinham recebido apenas 23% das doses da vacina, ainda que representem mais da metade da população brasileira; porém, um quarto dos imunizantes aplicados não tinham o registro de raça/cor, provavelmente por conta das falhas dos Estados na coleta de dados.¹⁸

À luz desse cenário, este estudo analisará a desigualdade no acesso a vacinas contra a covid-19 a partir dos principais objetivos:

- * Ampliar o conhecimento sobre o estado atual dos processos de vacinação contra a covid-19, a fim de sugerir estratégias de incidência em três níveis: regional, nacional e local;
- * Evidenciar a distribuição desigual de vacinas contra a covid-19 no Brasil a partir da sistematização de dados e indicadores, em particular sobre iniquidades em matéria de raça, gênero e renda;
- * Analisar os desafios do acesso a vacinas contra a covid-19 no Brasil, com especial ênfase nos impactos da distribuição desigual dos imunizantes diante da desigualdade estrutural no acesso ao direito à saúde no país, levando em conta o cenário mais amplo de queda da cobertura vacinal no Brasil nos últimos dez anos como fator de ampliação das vulnerabilidades sociais;
- * Verificar ações e omissões governamentais no que tange ao planejamento, negociação, compra e distribuição de vacinas contra o coronavírus.



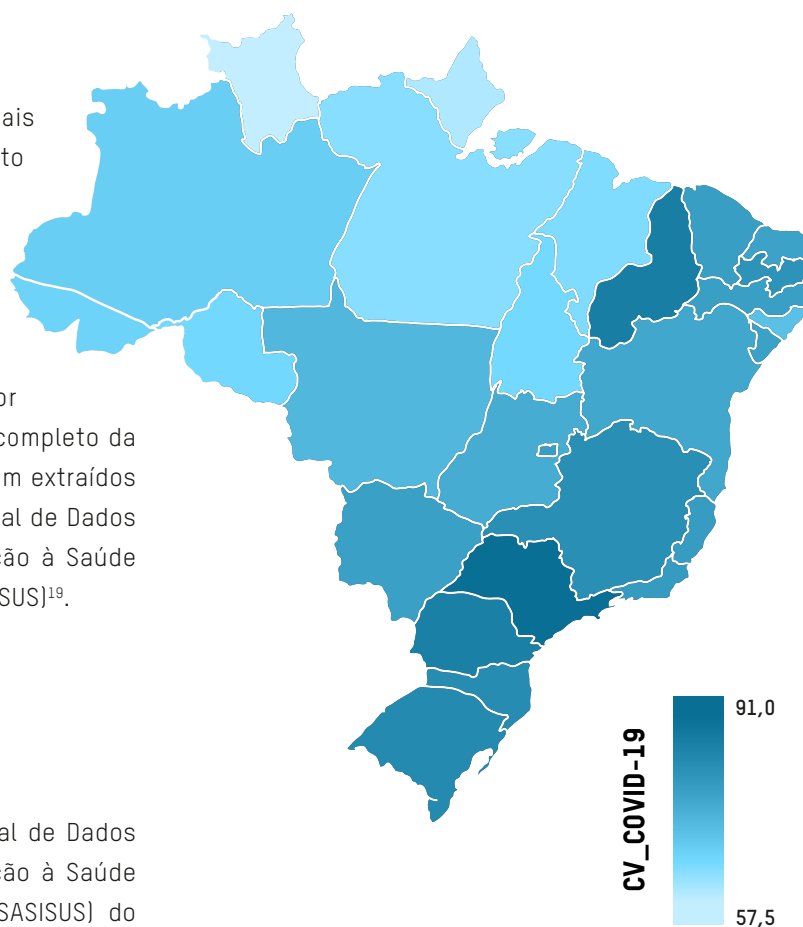
DESIGUALDADE NO ACESSO A VACINAS CONTRA A COVID-19 NO BRASIL

Esta seção analisará as coberturas vacinais contra a covid-19 nos estados e Distrito Federal do Brasil, tendo em conta as desigualdades sociais, de gênero e raça/cor da pele, no período de 17 de janeiro de 2021 a 11 de outubro de 2022, tendo em vista a clivagem dos indicadores social, de gênero e raça/cor da pele. Os dados do esquema primário completo da vacina contra a covid-19 por estado foram extraídos do Vacinômetro covid-19 da Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS) / Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS)¹⁹.

DESIGUALDADE REGIONAL

O Vacinômetro covid-19 da Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS) / Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS) do Ministério da Saúde do Brasil apontou, em 11 de outubro de 2022, uma média de cobertura vacinal primária contra a covid-19 de 81,5% na população de três anos ou mais. No entanto, a variação entre os estados e Distrito Federal do Brasil foi de 57,5% em Roraima e 91,0% em São Paulo (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 – Brasil: Distribuição da Cobertura Vacinal (CV) contra a covid-19* (para cada 100 habitantes) – 2021 e 2022



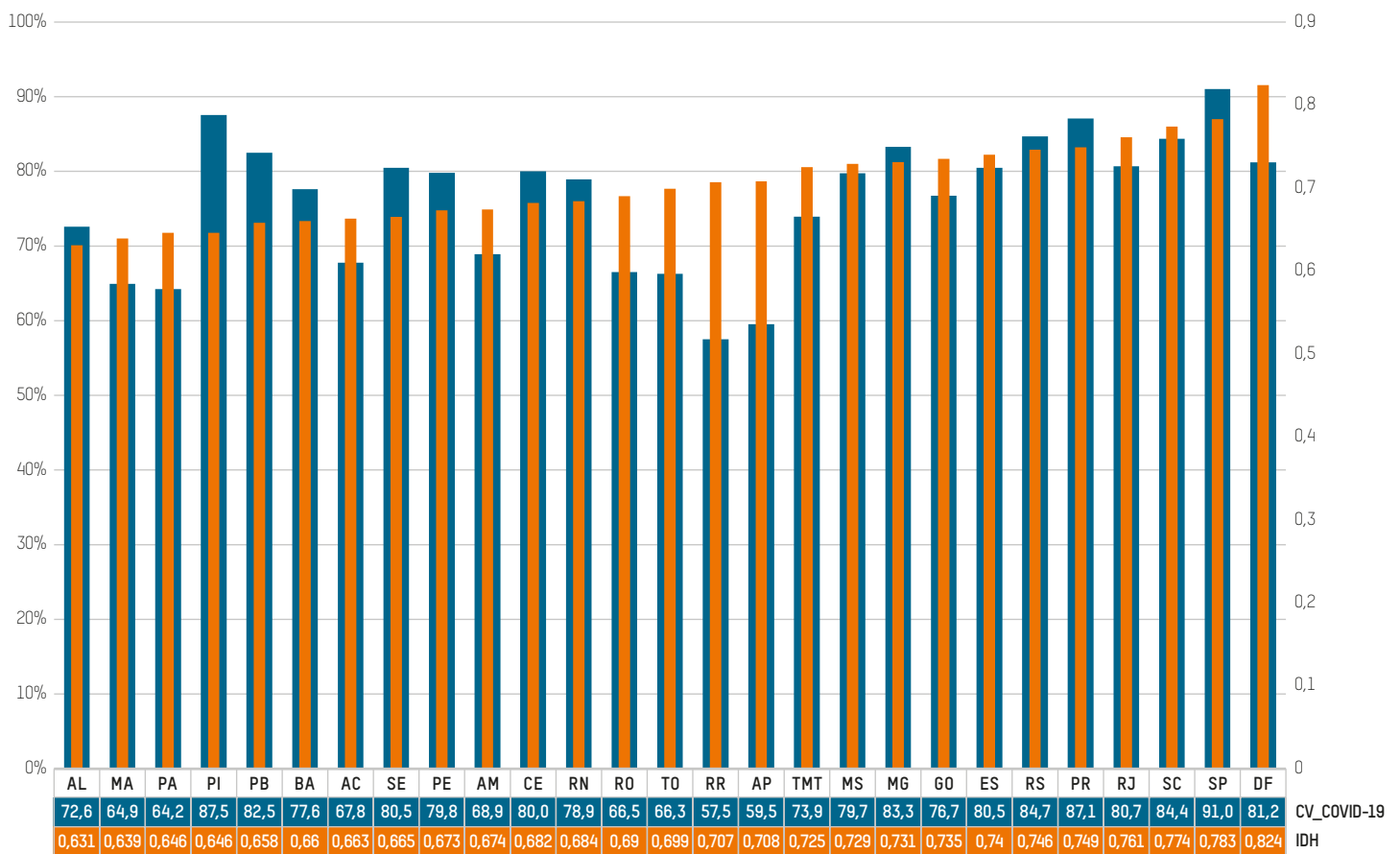
*Esquema vacinal primário: Astrazeneca, Pfizer, CoronaVac ou Janssen

Fonte: Vacinômetro covid-19 (17/01/2021 a 11/10/2022) / IBGE

O **Gráfico 2** mostra a distribuição da cobertura vacinal primária contra a covid-19 e o IDH, segundo os estados e Distrito Federal no país. Observa-se correlação entre a cobertura vacinal primária contra a covid-19 e o IDH ($r = 0,416$). A cobertura vacinal primária contra a covid-19 é melhor onde o IDH é maior. O estado de São Paulo teve uma cobertura vacinal de 91,0% e segundo o último Censo Demográfico (2010) seu IDH foi igual a 0,783. A despeito disso, o estado do Maranhão teve uma cobertura vacinal primária contra a covid-19 de 64,9% e o seu IDH foi igual a 0,639.



Gráfico 2 - Brasil: Distribuição da Cobertura Vacinal contra a covid-19* e IDH - 2021 e 2022**



*Esquema vacinal primário completo: AstraZeneca, Pfizer, CoronaVac ou Janssen

**Índice de Desenvolvimento Humano 2010 (expectativa de vida ao nascer, escolaridade e renda)

Fonte: Vacinômetro covid-19 (17/01/2021 a 11/10/2022) / IBGE

As estimativas da cobertura vacinal contra a covid-19, por estados e Distrito Federal, foram consideradas segundo o alcance da meta preconizada pelo Ministério da Saúde que é de 90%. Nesse sentido, somente, o estado de São Paulo havia alcançado a meta de cobertura vacinal primária contra a covid-19 (91,0%), ou seja, 25 estados e o Distrito Federal estavam abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde, variando de 57,5% a 87,5%, evidenciando disparidades regionais no acesso à vacina.

No que tange às desigualdades regionais de acesso a vacinas contra a covid-19, em dezembro de 2021 apenas 16% dos municípios do Brasil apresentavam mais de 80% de sua população com o esquema vacinal completo contra a covid-19. Na região Sul do Brasil, 30% dos municípios apresentavam mais de 80% da população com esquema de vacinação completo, na região Sudeste 27,2%, no Centro-Oeste 11,8%, no Nordeste 2,7% dos municípios e na região Norte apenas 1,1%.²⁰

Constata-se, ainda, desigualdades associadas a fatores sociais no acesso a vacinação contra a covid-19 nos estados e Distrito Federal, um entendimento corroborado por outro estudo que também utilizou o IDH para aferir a desigualdade no acesso a vacina contra a covid-19 e encontrou que em municípios com baixo índice de desenvolvimento humano têm taxas de cobertura vacinal mais baixas²¹.



DESIGUALDADE DE GÊNERO

A distribuição da cobertura vacinal primária contra a covid-19 para cada 100 habitantes, segundo o gênero e os estados e Distrito Federal no Brasil está descrita no **Gráfico 3**. Em todos os estados brasileiros, as mulheres foram mais vacinadas do que os homens. Observa-se correlação entre a cobertura vacinal primária contra a covid-19 para cada 100 homens e mulheres ($r = 0,994$).

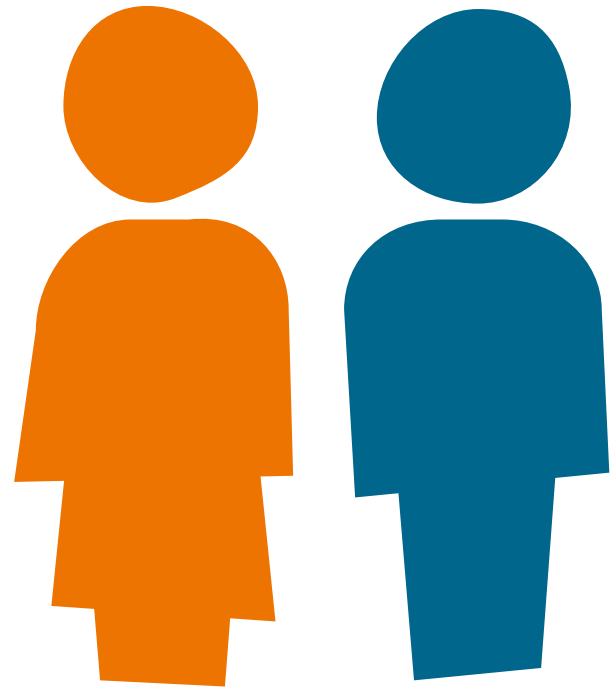
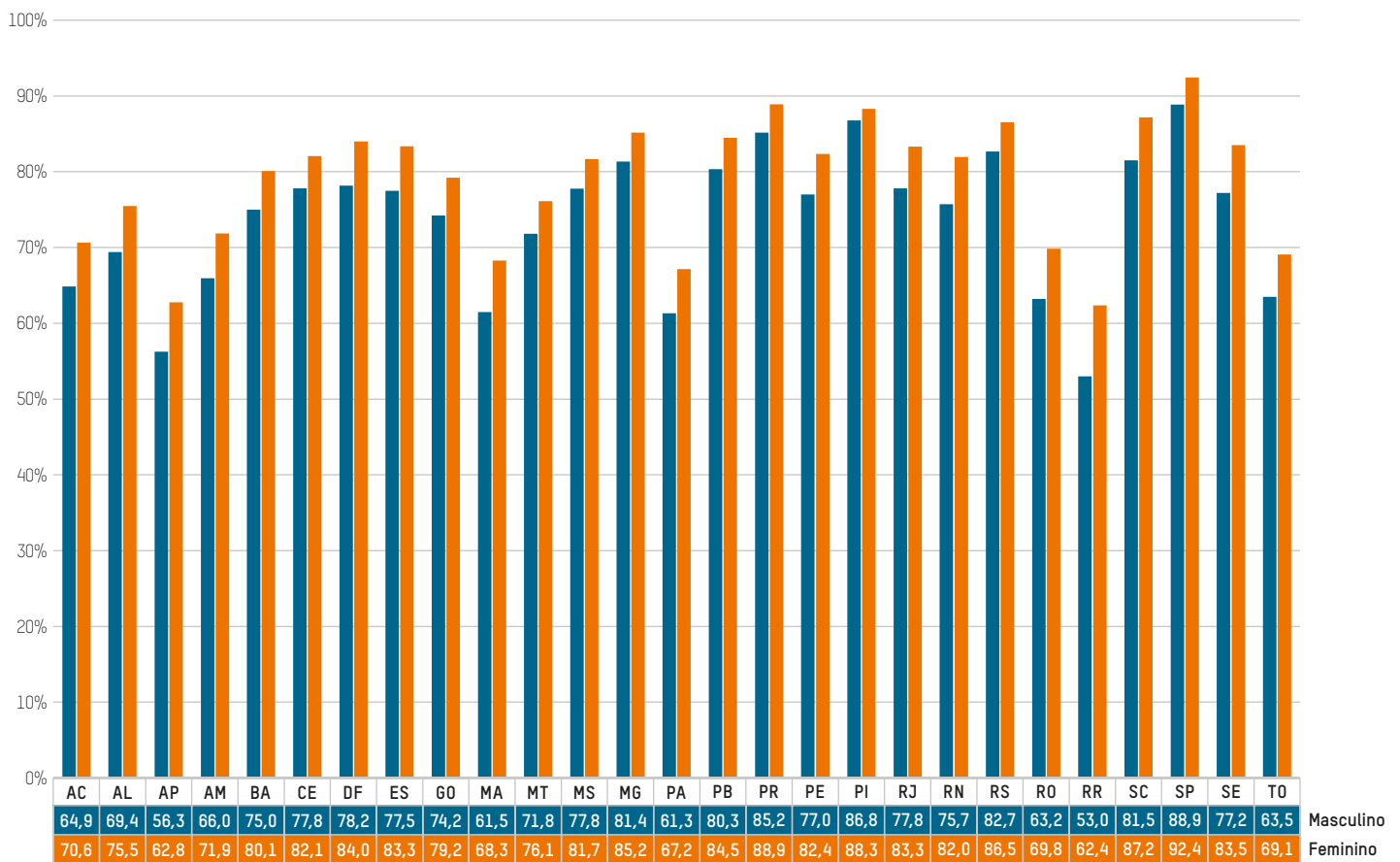


Gráfico 3 – Brasil: Distribuição da Cobertura Vacinal contra a covid-19*, por gênero – 2021 e 2022



*Esquema vacinal primário completo: AstraZeneca, Pfizer, CoronaVac ou Janssen.

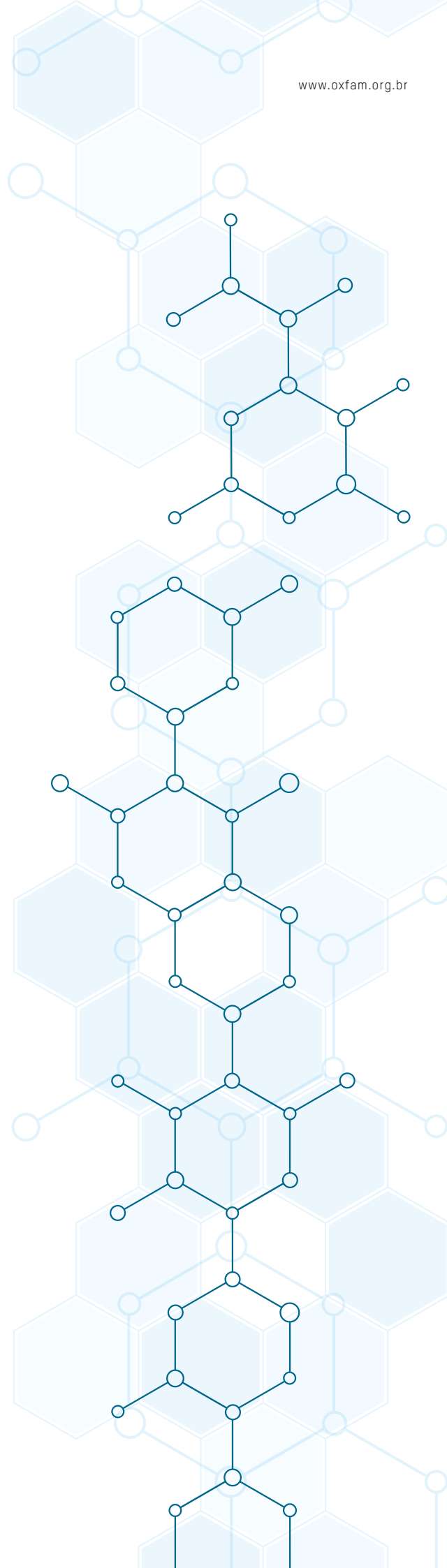
Fonte: Vacinômetro covid-19 (17/01/2021 a 11/10/2022) / IBGE

A correlação entre cobertura vacinal primária contra a covid-19 e gênero também é uma importante disparidade observada neste estudo. Os homens apresentaram as piores coberturas vacinais em todos os estados e Distrito Federal do país. Diversos estudos nacionais e internacionais apresentaram resultados análogos²².

Os homens apresentam maior probabilidade de rejeitar a vacinação contra a covid-19 do que as mulheres²³ e isso pode estar atrelado à propensão das mulheres tomarem decisões de saúde para seus filhos, também, por serem mais predispostas a buscar informações sobre vacinas²⁴.

Não foram encontrados dados sobre a vacinação contra a covid-19 da população LGBTQIA+ no Brasil, seguindo a tendência encontrada em outros países de não desagregação dos dados rotineiros sobre vacinas relativos a esta população²⁵.

Uma extensa revisão sistemática de literatura sobre os impactos da pandemia no acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde²⁶ identificou apenas uma referência à vacina. Trata-se de estudo apontando que experiências ruins com profissionais de saúde, somadas a preocupações com a segurança e a eficácia das vacinas, interferiram na decisão de imunizar-se ou não²⁷. Outra pesquisa qualitativa, realizada na cidade de Nova York, Estados Unidos, concluiu que os índices de vacinação desta população são similares aos da população em geral, embora uma a cada quatro pessoas relate ser alvo de discriminação quando tiveram acesso a serviços relacionados à covid-19, revelando igualmente que elementos socioeconômicos, como não ter seguro saúde e a incerteza sobre a gratuidade da vacina, foram determinantes da hesitação vacinal²⁸.



DESIGUALDADE DE RAÇA

O Gráfico 4 apresenta a distribuição do esquema primário da vacina contra a covid-19, segundo a raça/cor da pele nos estados e Distrito Federal no país. A incompletude desta variável, que diferiu entre 8,72% no Mato Grosso do Sul e 39,41% no Distrito Federal, impossibilitou as análises da cobertura vacinal primária contra a covid-19 por raça/cor da pele para verificar as desigualdades vacinais no Brasil pela clivagem racial.

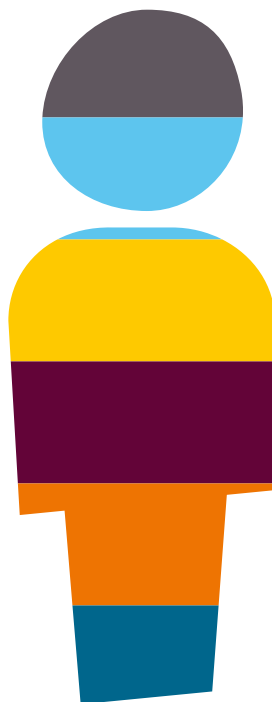
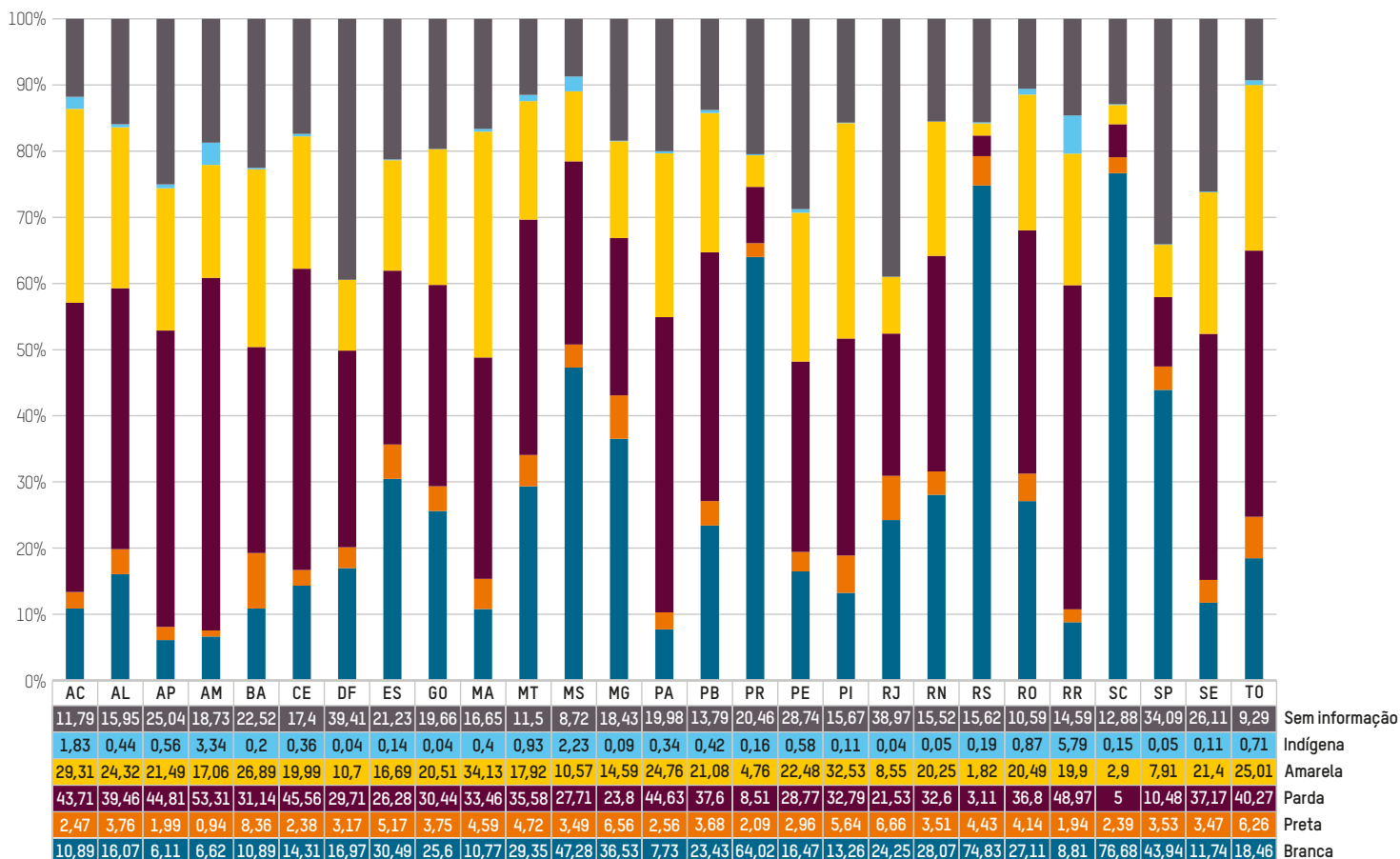


Gráfico 4 - Brasil: Distribuição da Cobertura Vacinal contra a covid-19*, por raça/cor da pele – 2021 e 2022



*Esquema vacinal primário completo: AstraZeneca, Pfizer, CoronaVac ou Janssen.

Fonte: Vacinômetro covid-19 (17/01/2021 a 11/10/2022)

Quanto à desigualdade de raça/cor da pele, o racismo pode assumir muitas formas, desde interações pessoais até condições e práticas institucionais e estruturais²⁹. À vista disso, observou-se, neste estudo, que em todos os estados e Distrito Federal do Brasil houve uma proporção considerável de incompletude do preenchimento da variável raça/cor da pele, tornando impossível a análise da desigualdade racial no acesso à vacina contra a covid-19.

A ausência de registro sistematizado do campo raça/cor da pele nos dados sobre vacinação contra a covid-19, impede o aprofundamento do debate sobre desigualdades no acesso à vacina no país. Ressalta-se que desde 2017, por força da Portaria GM/MS nº 344, passou a ser obrigatória a inserção do quesito raça/cor nos formulários dos Sistemas de Informação em Saúde:

Art. 1º A coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor serão obrigatórios aos profissionais atuantes nos serviços de saúde, de forma a respeitar o critério de autodeclaração do usuário de saúde, dentro dos padrões utilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e que constam nos formulários dos sistemas de informações da saúde como branca, preta, amarela, parda ou indígena³⁰.

Apesar da obrigatoriedade e dos avanços do quesito raça/cor da pele nos formulários dos sistemas de informação em saúde, essa é uma prática ainda incipiente no âmbito do SUS e serviços privados de saúde do Brasil.

Em maio de 2009, considerando o entendimento do racismo como determinante das condições de saúde da população negra, foi instituída em maio de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Essa política pública prevê estratégias para a promoção da saúde de negros e negras no SUS, mas tanto o desconhecimento de sua existência como a falta de recursos públicos para sua implementação,

aliados ao racismo estrutural que permeia o âmbito da saúde persistem como obstáculos à sua realização. Por conseguinte, em 2019, dez anos após sua adoção, apenas 57 dos 5.570 municípios implementaram estas estratégias³¹.

A ausência do recorte racial nos instrumentos de coleta de dados, planejamento e execução de programas e ações dificultam a identificação dos principais agravos e reais demandas da população negra, perenizando as barreiras de acesso dessa população aos serviços de saúde³². Problemas relacionados com a qualidade da informação sobre raça/cor da pele impedem a estimação do possível e real impacto no acesso à vacina contra a covid-19 nos diferentes grupos raciais no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde, as informações sobre um determinado quesito são consideradas adequadas para análise quando o percentual de “ignorado”/“sem resposta” é menor que 10%³³.

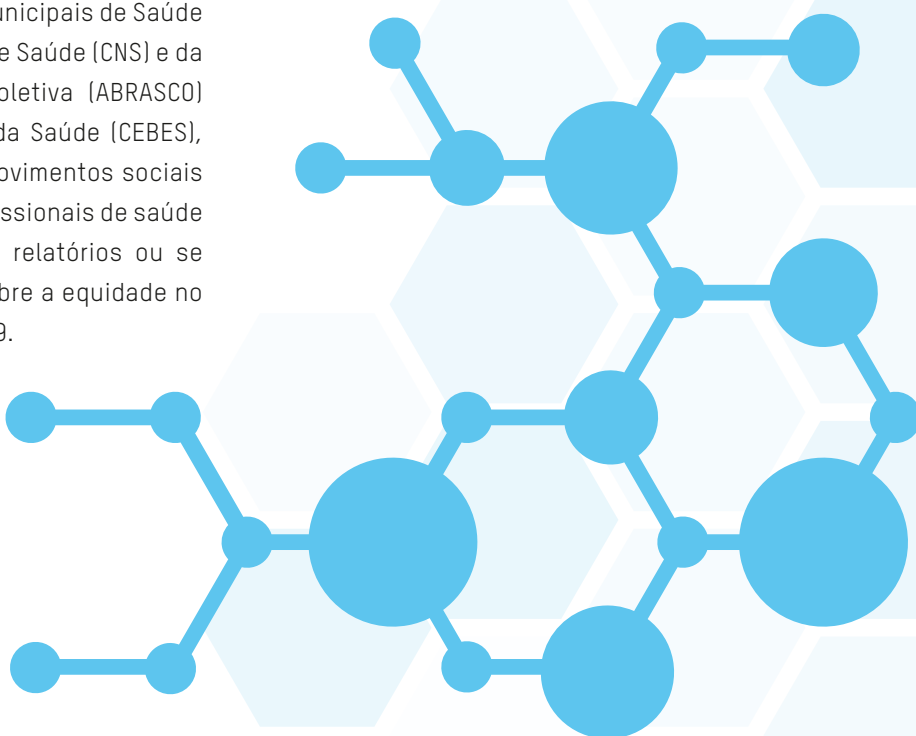
Ao invisibilizar grupos raciais e impedir que sua condição de vulnerabilidade seja levada em conta no desenho e implementação de políticas públicas, os efeitos do racismo estrutural e institucional comprometem a análise da desigualdade racial no acesso à vacina contra a covid-19, tendo reflexos na investigação do impacto da vacinação entre pessoas racializadas, devido à baixa qualidade de informação. A elevada falta de informação referente à variável raça / cor da pele reforça a necessidade de desenvolvimento de ações para aprimoramento e combate do racismo institucional.

RACISMO ESTRUTURAL	RACISMO INSTITUCIONAL
Organização social que privilegia um grupo de cerca raça/cor em prejuízo de outro, entendido como subalterno. Nesse modelo, as classes subordinadas tornam-se objeto de exploração, opressão e violência pelas classes dominantes.	Trata-se de um reflexo do racismo estrutural, no qual instituições públicas e privadas promovem a exclusão e impedem o pleno exercício de direitos, promovendo e ampliando desigualdades a certos grupos raciais.

PERCEPÇÃO DOS ATORES GOVERNAMENTAIS E NÃO-GOVERNAMENTAIS SOBRE A DESIGUALDADE NO ACESSO A VACINAS NO BRASIL

Este capítulo tem como objetivo identificar políticas ou estratégias governamentais ou não governamentais adotadas no Brasil para garantia da equidade no acesso a vacinas, buscando minimizar desigualdades sociais, de gênero ou raciais; e apontar as maiores dificuldades que os gestores e os atores sociais identificam para que o acesso às vacinas contra a covid-19 seja mais equitativo.

Como fontes, foram coletados e analisados, por meio de pesquisa documental, notas públicas, recomendações, relatórios, entrevistas à imprensa e outros documentos relativos à vacinação contra a covid-19 emanados do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), além de associações científicas, movimentos sociais e entidades representativas de profissionais de saúde que apresentaram notas técnicas, relatórios ou se manifestaram de qualquer forma sobre a equidade no acesso às vacinas contra a covid-19.



Para complementar a pesquisa documental e validar os dados, foram realizadas oito entrevistas (**Quadro 1**), que serão citadas expressamente no texto.

Quadro 1 – Entrevistas realizadas

NATUREZA	ÓRGÃO	REPRESENTANTE
Entidades governamentais	CONASS	Nésio Fernandes, Presidente desde março de 2022, Secretário de Saúde do Espírito Santo Carlos Lula, ex-Presidente (2020-2022), ex-Secretário de Saúde do Maranhão
	CONASEMS	Wilames Freire Bezerra, Presidente desde 2019, Secretário de Saúde de Pacatuba, Ceará
Entidades não-governamentais	CNS	Fernando Zasso Pigatto, Presidente desde 2018, representante da Confederação Nacional das Associações de Moradores (Conam)
	ABRASCO	Ana Brito, pesquisadora do Instituto Aggeu Magalhães (IAG/Fiocruz-PE) e da Universidade de Pernambuco (UPE) e integrante da Rede de solidariedade contra a covid-19-PE
	Movimento Unidos pela Vacina	Maria Fernanda Teixeira, Cofundadora do Grupo Mulheres do Brasil, membro do Conselho de Administração de várias empresas e líder da frente de prefeituras no Unidos Pela Vacina
Especialistas		Ethel Maciel, Professora Titular da Universidade Federal do Espírito Santo, membro da formação original da câmara técnica encarregada de auxiliar o Ministério da Saúde na elaboração do plano nacional de vacinação contra a covid-19
		Marcia Pereira Alves dos Santos, membro do Grupo de Trabalho Racismo e Saúde da ABRASCO
		Reinaldo Guimarães, Professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro e vice-Presidente da ABRASCO

Como veremos a seguir, apesar da constante pressão da sociedade civil e de especialistas, não foi possível identificar políticas públicas propriamente ditas direcionadas à minimização de desigualdades de acesso a vacinas nos recortes pesquisados (gênero, raça/cor e renda), apenas iniciativas pontuais de governos locais ou da sociedade civil voltadas a um público específico, parte delas podendo ser consideradas como boas práticas em prol da equidade.

Trata-se, porém, de iniciativas não sistemáticas e, do ponto de vista nacional, fragmentadas. Entre os gestores, predomina a ideia de que a “vacina no braço” de todos, sem distinção, constitui a melhor política.

As respostas dos entrevistados sobre as maiores dificuldades encontradas em matéria de equidade no acesso às vacinas contra a covid-19 foram agrupadas em temas apresentados na **Figura 2** que correspondem também à estrutura desta seção.

Figura 2 - Obstáculos à equidade no acesso a vacinas contra a covid-19 no Brasil, segundo os entrevistados

Contexto de desigualdade global no acesso a vacinas	Inépcia na negociação da compra de vacinas pelo governo federal	Ambiente de repúdio às evidências científicas e à boa gestão
Ausência de coordenação nacional da campanha	Dificuldades na aquisição de insumos	Falhas na definição de grupos prioritários
Capacitação insuficiente, sobrecarga e desvalorização de profissionais de saúde	Limites no acesso aos postos físicos e móveis de vacinação	Dificuldades na coleta de dados

CONTEXTO DE DESIGUALDADE GLOBAL NO ACESSO ÀS VACINAS

A desigualdade no acesso às vacinas é um fenômeno global, evidenciado pela concentração de doses em países ricos, em alguns casos acima da demanda local, em comparação à oferta escassa nos países mais pobres³⁴. Paradoxalmente, a mobilização de recursos mundiais para o desenvolvimento de vacinas contra o covid-19 atingiu níveis sem precedentes, especialmente de financiamento público.

O especialista Reinaldo Guimarães³⁵ teme que essa mobilização tenha sido “de ocasião” e que, após a pandemia de covid-19, prevaleça o baixo financiamento da ciência já observado em períodos não epidêmicos.

Guimarães também demonstra preocupação com a expansão da indústria farmacêutica nesse período, uma vez que empresas que não participavam do mercado das vacinas expandiram a sua atuação para abarcar o setor. As práticas comerciais de grandes farmacêuticas são criticadas por especialistas em saúde global porque priorizam patentes de remédios e mercados lucrativos, restringindo o acesso de pessoas em países de baixa renda. O entrevistado entende que durante a pandemia essas grandes empresas trouxeram para o setor das vacinas as mesmas práticas éticas e comerciais já questionadas em outros âmbitos³⁶.

Em 2020, a OMS propôs a criação do programa Covax, em parceria com a GAVI (Global Alliance for Vaccine and Immunization), com o objetivo de expandir a oferta de vacinas no mundo e combater as desigualdades de acesso entre os países.

No entanto, Reinaldo Guimarães e Ethel Maciel³⁷ avaliam que a iniciativa não atendeu às expectativas. Reinaldo Guimarães concede que a proposta tem mérito em seu objetivo de tornar os preços das vacinas mais acessíveis, mas entende que o projeto falhou em demonstrar transparência na negociação com países ricos e na definição da liderança e escopo do programa³⁸.

Quadro 2 – Sobre o apartheid vacinal

O Diretor Geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, tem utilizado a expressão apartheid sanitário para definir a situação da distribuição de vacinas contra a covid-19 no mundo. Segundo a OMS, em maio de 2021, ainda no auge da pandemia, os países ricos que possuem 15% da população mundial detinham 45% das vacinas, enquanto os países de baixa e média renda que têm quase metade da população, tinham acesso a 17% das vacinas. Para definir esta situação, Tedros também tem usado as expressões “fracasso moral catastrófico” e “nacionalismo vacinal”. Nenhuma delas é comum no jargão dos altos funcionários internacionais.

Segundo Sparke e Levy, o apartheid vacinal corresponde a uma representação epidemiológica e bioética precisa da situação atual do mundo. Ela descreve diretamente os resultados de exclusão que o diretor da OMS procurou retratar quando declarou que havia um muro entre os países com acesso a vacinas e aqueles que não o possuem. Assim como a lei sul-africana do apartheid, o apartheid de vacinas priva comunidades inteiras do acesso à biomedicina que salva vidas, reduzindo seus direitos de saúde ao que as teorias sociais do biopoder descrevem como “subcidadania biológica”³⁹.

Ainda segundo os autores, esta expressão é também antirracista, na medida em que enfatiza diretamente a continuidade de “duplos padrões” racistas e de exclusões da era do império para o presente neocolonial, mesmo quando os líderes na saúde global redobram os seus apelos em prol da descolonização. Neste sentido, chamar a desigualdade de acesso à vacina contra a covid-19 de apartheid de vacinas sublinha criticamente o quanto as formas racistas de colonialidade têm persistido em uma época de pandemia⁴⁰.

NEGOCIAÇÃO DA COMPRA DE VACINAS PELO BRASIL

Ricardo Palacios, que foi diretor de pesquisa clínica do Instituto Butantan durante a pandemia, entende que uma das formas pelas quais o Brasil poderia se resguardar das dinâmicas do mercado global de vacinas seria investir na introdução de novos atores na produção de doses⁴¹. Segundo a mesma fonte, negociar com diversos atores, assim como investir no fortalecimento de projetos alternativos, contribuiria para que o país tivesse opções diante de novas variantes, além de permitir que a alternância de doses fosse considerada na ausência de alguma opção.

Entretanto, quando as primeiras vacinas começaram a surgir no mercado, no final de 2020, o governo brasileiro optou por investir apenas na vacina que seria produzida pela Fiocruz, em conjunto com a empresa Astrazeneca e a Universidade de Oxford, deixando de lado a vacina CoronaVac, que vinha sendo pesquisada pelo Instituto Butantã em parceria com a empresa chinesa Sinovac. Os entrevistados entendem que essa hesitação atrasou o cronograma de produção e de vacinação, pois as farmacêuticas atenderam aos pedidos de compra por ordem de chegada.

Carlos Lula, que foi Presidente do Conass no auge da pandemia⁴²; e especialistas como Ricardo Palacios⁴³; Ethel Maciel⁴⁴ e Gonzalo Vecina Neto⁴⁵, fundador da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, reforçam que o país deveria ter investido de imediato em diversas frentes, incluindo diferentes projetos de vacina. Ethel Maciel relembra que o atraso da vacinação coincidiu com o fim do Auxílio Emergencial, situação que submetia populações mais pobres a um contexto ainda mais incerto⁴⁶. Portanto, manter um leque diversificado de opções, assim como incentivar a celeridade na ação, parecia ser estratégia adequada para garantir que as entregas seriam feitas em tempo hábil. Esse esforço exigiria que os governantes colocassem de lado eventuais rivalidades políticas em nome do interesse público.



Quadro 3 – Nova Lei de Licenciamento Compulsório em Emergências de Saúde

Em agosto de 2021, foi aprovada a Lei n.º 14.200/21, prevendo o licenciamento compulsório a tempos de emergências nacionais em saúde (como a pandemia de Covid-19), tornando mais célere o acesso da população a tecnologias úteis. A norma trouxe a obrigação de o titular da patente (farmacêuticas, no caso) compartilhar informações tecnológicas para acelerar o desenvolvimento tecnológico nacional. Estipula prazos para que o Governo Federal emita licenças compulsórias. E impede que a produção/comercialização de produtos essenciais para reduzir hospitalizações e mortes sejam controlados por umas poucas empresas estrangeiras.

No modelo trazido pela nova lei, as empresas detentoras das patentes recebem royalties caso o governo compre de outro fornecedor. Ainda que seja feito uso da licença compulsória, as companhias detentoras das patentes não perdem o direito de explorar sua invenção e sim a possibilidade de excluir outras do mercado, daí a compensação em forma de royalties.

Com as licenças compulsórias, o Brasil poderá ter acesso, em curtíssimo prazo, a tratamentos com uso emergencial aprovado para Covid-19, como por exemplo *remdesivir* e *baricitinib*. No médio prazo, será possível desenvolver e incorporar tecnologias importantes.

Durante a sanção, a nova lei de licenciamento compulsório sofreu vetos – que foram mantidos pelo Congresso Nacional – que dificultaram o compartilhamento de informações que são fundamentais à transferência de tecnologia para a disseminação da produção de vacinas e medicamentos.

REPÚDIO ÀS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E À BOA GESTÃO

É tradição do PNI brasileiro, em meio século de existência, o concurso de especialistas e consultores externos na construção de suas ações, como modo de solidificar suas bases técnicas a partir da incorporação de pontos de vista distantes das contingências políticas, e de fortalecer os laços entre as comunidades científicas e acadêmicas e a máquina governamental⁴⁷.

Em plena pandemia, porém, os depoimentos apontam que especialistas e profissionais de gestão em saúde com experiência em campanhas nacionais de vacinação foram rechaçados pelo governo federal e seus apoiadores. A própria existência do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 do Ministério da Saúde não se deve a uma iniciativa do Poder Executivo, e sim à determinação do STF, em dezembro de 2021⁴⁸.

Na elaboração deste plano, segundo Fernando Pigatto, o CNS não foi consultado. Posteriormente, o CNS se mobilizou para lançar uma lista de recomendações, entre essas a inclusão de grupos prioritários⁴⁹.

Em plena crise sanitária, não houve diálogo entre representantes da sociedade e governo federal. É preciso recordar que o controle social é uma tradição do SUS, consagrada em seu arcabouço regulatório, com a participação da sociedade na governança do sistema por meio de conselhos e outras formas participativas, considerados essenciais para a efetividade das políticas públicas de saúde. No entanto, as entidades sociais defenderam, desde o início da crise, que a resposta à pandemia não foi orientada por evidências científicas, inviabilizando a atuação harmônica entre governo federal e sociedade.

“Se as recomendações do CNS tivessem sido seguidas, a pandemia jamais teria alcançado a dimensão que teve no Brasil. Não ter levado em conta as recomendações existentes só agrava a responsabilidade das autoridades”

Fernando Pigatto, entrevista

Ethel Maciel relata em detalhes, em sua entrevista, o episódio do uso indevido do nome de especialistas no referido plano. No dia 12 de dezembro de 2021, os membros do Grupo Técnico que havia sido formado pelo Ministério da Saúde para assessorar a elaboração do plano declarou em nota sua “surpresa e estranheza” diante da presença indevida de seus nomes em um documento que desconheciam.

Naquele momento, os especialistas já questionavam a definição dos grupos prioritários para vacinação, reiterando sua recomendação técnica de que todas as populações vulneráveis fossem incluídas, como indígenas, quilombolas, populações ribeirinhas, privados de liberdade e pessoas com deficiência, assim como a ampliação do escopo para todos os trabalhadores da educação e também a inclusão, nos grupos de vacinação, dos trabalhadores essenciais⁵⁰.

Na sequência, a Abrasco enviou carta ao relator da ação judicial que resultou na apresentação do plano, Ministro Ricardo Lewandowski, apresentando dois elementos centrais. Primeiro, como representante da comunidade acadêmica e de profissionais de saúde pública do Brasil, do ponto de vista técnico-científico, alertou para o fato de que o documento apresentado pelo MS não poderia ser considerado um verdadeiro e efetivo plano para contenção da pandemia mediante vacinação de abrangência nacional, eis que enumerava apenas medidas parciais, e em alguns casos equivocadas, em resposta à crescente demanda da sociedade. Em segundo lugar, protestou contra a inclusão dos nomes de professores e pesquisadores no documento, que foi amplamente divulgado, pois “o acolhimento de suas recomendações técnico-científicas ocorreu em graus variados e sempre ancilares. Pelo exposto, a presença de seus nomes, na condição ambígua de elaboradores ou colaboradores, pode permitir a incorreta interpretação do seu envolvimento e, portanto, responsabilidade pela autoria do trabalho apresentado”⁵¹.

Acrescentou que a participação dos especialistas na construção do plano foi “esporádica, pouco sistemática e variável segundo a convocação de cada segmento e da participação de cada colaborador”, esclarecendo que o “formato da discussão, segmentada em 10 grupos com temas específicos, dificultou a participação, por não haver clareza da totalidade da discussão”, em um “ambiente proporcionado pelo MS nas reuniões pouco afeito ao diálogo e com orientações de sigilo, incompatíveis com uma prática de efetiva colaboração”.

Em entrevista, Fernando Pigatto menciona que o CNS pressionou continuamente o governo federal para adotar medidas que reduzissem iniquidades no acesso a serviços de saúde, tais como medidas antirracistas, compromisso na coleta de dados, valorização da saúde primária e acesso a vacinas.



“O CNS entende ser necessário neste momento: (...)

Definição imediata de estratégias de vacinação que incluam parcela da população historicamente invisibilizada, vulnerabilizada socioeconomicamente, combatendo, assim, as iniquidades para alcance da vacinação na população brasileira, tais como medidas nacionais e efetivas para:

- a) Reduzir as desigualdades raciais em relação ao acesso à vacinação, uma vez estudos apontam que há mais pessoas brancas que negras vacinadas contra o coronavírus no Brasil;
- b) Que a vacinação alcance rapidamente as populações em condições precárias de moradia, com falta de acesso à água e ao saneamento básico, além da falta, ou acesso precário ao Sistema de Saúde e a leitos de tratamento intensivo da covid-19;
- c) Que a vacinação alcance rapidamente as populações quilombolas, indígenas (aldeados, urbanos e acampados), ribeirinhas; população dos campos, águas e florestas, povos ciganos e população em situação de rua; as pessoas com deficiência; as pessoas privadas de liberdade; os jovens em medidas socioeducativas; pessoas inseridas em comunidades terapêuticas; pessoas em atendimento nos espaços de saúde mental;
- d) Que seja complementada a vacinação no grupo trabalhadores na Saúde”.

CNS, Nota Técnica, 8 de abril de 2021

Pigatto destacou, ainda, que o governo federal subutilizou os recursos destinados nas MPs 994⁵², 1004⁵³ e 1015⁵⁴ para a compra de insumos. A demora na utilização dos recursos resultou em um movimento chamado Repassa Já⁵⁵. Especialistas e gestores relatam as dificuldades que enfrentaram posteriormente para

acessar as dependências do Ministério da Saúde e dialogar com gestores em saúde. Ana Brito menciona um clima de desconfiança em relação a especialistas pró-vacina, com ataques direcionados em redes sociais ou mesmo perseguição fora das redes a profissionais e especialistas que defendem a vacinação.

ALTERNATIVAS À AUSÊNCIA DE COORDENAÇÃO NACIONAL

Diante da urgência de imunizar a população e a negligência do governo federal, diversas entidades sub-nacionais como estados e municípios, mobilizaram-se para negociar vacinas diretamente com as farmacêuticas⁵⁶. No entanto, os especialistas e profissionais ouvidos neste estudo alertam que esforços esparsos de imunização, embora compreensíveis e louváveis, podem gerar iniquidades entre as regiões do território e reduzir a eficiência de todo o processo, especialmente porque a ausência de vacinação em alguns locais estimula o surgimento de novas variantes⁵⁷.

“Não houve nenhum planejamento, estratégia ou coordenação pelo governo federal. Simplesmente foi dito: estão aqui as vacinas”

Carlos Lula, entrevista

Carlos Lula sustenta que “diferentes cronogramas e grupos prioritários para a vacinação nos diversos estados são preocupantes, pois gerariam iniquidade entre os cidadãos das unidades da federação, além de dificultar as ações nacionais de comunicação e a organização da farmacovigilância”⁵⁸. Esta opinião é compartilhada por Ethel Maciel: “se ficar a cargo dos estados e municípios, é possível que os mais ricos se vacinem primeiro”⁵⁹.

No mesmo cenário de escassez, alguns grupos empresariais cogitaram fazer compras individuais de lotes de vacinas, proposta que os especialistas entrevistados criticaram fortemente por indicar um aprofundamento das desigualdades atreladas à renda no país⁶⁰. Segundo a mesma fonte, para Carlos Lula,

A vacinação é uma estratégia coletiva. Não pode ser uma estratégia para aumentar a desigualdade. Se, simplesmente, eu coloco as pessoas com melhor situação econômica [para] se vacinarem primeiro, eu jogo fora toda a estratégia de vacinação, que é vacinar quem é mais frágil antes. Por isso, não tem sentido eu falar em vacinação na rede privada. Essa vacinação é complementar à da rede pública. Ela não pode competir com a pública⁶¹.

Do ponto de vista administrativo, Ana Brito relembra que o Plano Nacional de Imunização deveria funcionar como um pacto federativo entre municípios, estados e união, com ênfase na colaboração entre esses níveis. Entretanto, a pesquisadora avalia que a comunicação entre esses entes falhou e alguns estados passaram a então a promover iniciativas horizontais, em particular o Consórcio Nordeste, que criou o Comitê Científico de combate ao Coronavírus.

Sob o marco da Lei Federal 11.107/2005, que autoriza os consórcios públicos, e do Decreto 6.017/2007 que a regulamenta, o Consórcio Nordeste foi criado em 2019 para ser o instrumento jurídico, político e econômico de integração dos nove Estados da região Nordeste do Brasil, que inclui a realização de compras conjuntas, a implementação integrada de políticas públicas e a busca por cooperação nos planos nacional e internacional⁶². Em março de 2021, o Consórcio chegou a firmar acordo com o Fundo Soberano Russo para compra de 37 milhões de doses da vacina Sputnik V para a região, mas meses depois suspendeu a iniciativa devido ao não atendimento de exigências da Anvisa e a não inclusão da vacina no PNI⁶³.

AQUISIÇÃO DE INSUMOS

O atraso no cronograma inicial da vacina prejudicou também o andamento da estratégia de vacinação nacional na compra de insumos, como seringas e agulhas⁶⁴, além da matéria prima importada da China e da Índia⁶⁵. Os especialistas entrevistados entendem que o problema foi agravado pela rivalidade do governo federal com os países fornecedores, num momento em que o Itamaraty deveria ter sido mobilizado para garantir a negociação.

Houve iniciativas do setor privado na distribuição de insumos necessários para a vacinação. Carlos Lula cita a distribuição de refrigeradores por parte da AMBEV⁶⁶.

Luiza Trajano, presidente da Magazine Luiza, liderou o movimento Unidos pela Vacina, baseado nas seguintes premissas: “1. movimento apartidário e sem interesses comerciais; 2. gerar engajamento com foco na solução; 3. não reclamar nem procurar culpados; 4. olhar para a frente, o que pode ser feito no futuro; 5. dialogar com os governos em todas as esferas; 6. Estar aberto às mudanças ao longo do caminho para fazer melhor e mais rápido”⁶⁷.

Segundo entrevista concedida por Maria Fernanda Teixeira, representante do “Unidos pela Vacina”, o movimento contou com 470 doadores, entre empresas e pessoas físicas, totalizando 2 milhões de itens doados, com investimento de cerca de 56 milhões de reais, envolvendo 4.500 voluntários em todo o Brasil. As doações incluíam câmaras frias, luvas, lixeiras especiais para agulhas e seringas, entre outros recursos aprovados pela ANVISA. Teixeira explicou que o movimento não recebia dinheiro. Seu trabalho foi essencialmente identificar necessidades e os doadores correspondentes, que realizavam o provimento diretamente junto ao beneficiário.





Para este fim, o Unidos pela Vacina fez um levantamento das necessidades de insumos dos municípios brasileiros e mobilizou doações privadas de pessoas físicas e jurídicas⁶⁸. Uma pesquisa feita pelo Instituto Locomotiva sob os auspícios do movimento, em abril de 2020, apresentou dados relevantes sobre a vacinação da covid-19. O estudo foi feito em 5.569 cidades por meio de entrevistas com gestores municipais de saúde, concluindo que:

- * apenas 60% das unidades do serviço público de saúde contavam com geladeiras com medição, alarme e temperatura em boas condições;
- * 65% dispunham de sala de vacinação adequada;
- * 68% tinham em estoque termômetros em quantitativo suficiente para atender caixas térmicas, bem como quantitativo reserva de termômetros e pilhas;
- * 75% possuíam caixas térmicas em condições de uso para as salas de vacina, ações extramuros e transporte das vacinas no município;
- * e 85% tinham à disposição pia com água, sabonete, papel toalha, lixeiras com pedal, caixa coletora de perfuro cortantes e sacos plásticos⁶⁹.

Segundo Carlos Lula e Nesio Fernandes, o Movimento Unidos pela Vacina teve um papel central na campanha de vacinação contra a covid-19 no Brasil. Voltaremos a falar esta iniciativa social mais adiante.

Apesar das dificuldades enfrentadas, Ethel Maciel denuncia que o maior desafio do PNI era político e não somente de operacionalização, pois o calendário vacinal ficou mais complexo e alguns profissionais foram selecionados por motivações políticas, sem consideração sobre competência técnica. A capacidade federal de aquisição de insumos ficou então prejudicada. A especialista entende que os grupos de trabalho definidos pelo Ministério da Saúde não se comunicavam adequadamente, e alguns técnicos demonstraram temer represálias caso fizessem críticas ao governo. Fernando Pigatto expressa preocupação semelhante em relação às mudanças constantes de lideranças e os conflitos de interesses de militares que atuavam na vacinação.

DEFINIÇÃO DE GRUPOS PRIORITÁRIOS NO PNI

Reinaldo Guimarães pondera que equívocos na condução da resposta à pandemia, como, por exemplo, a definição dos grupos prioritários para vacinação, podem ser considerados normais, pois o mundo estava “no escuro” diante de um novo vírus. O natural foi encará-lo sob o prisma das experiências passadas recentes, mas as singularidades e a complexidade da pandemia só foi ficando evidente com o passar do tempo, o que explica as várias reviravoltas ocorridas neste percurso. No entanto, segundo Guimarães, enquanto a opinião dos cientistas evoluía à medida que novas evidências surgiam, a única opinião que permanecia estática era a do governo federal.

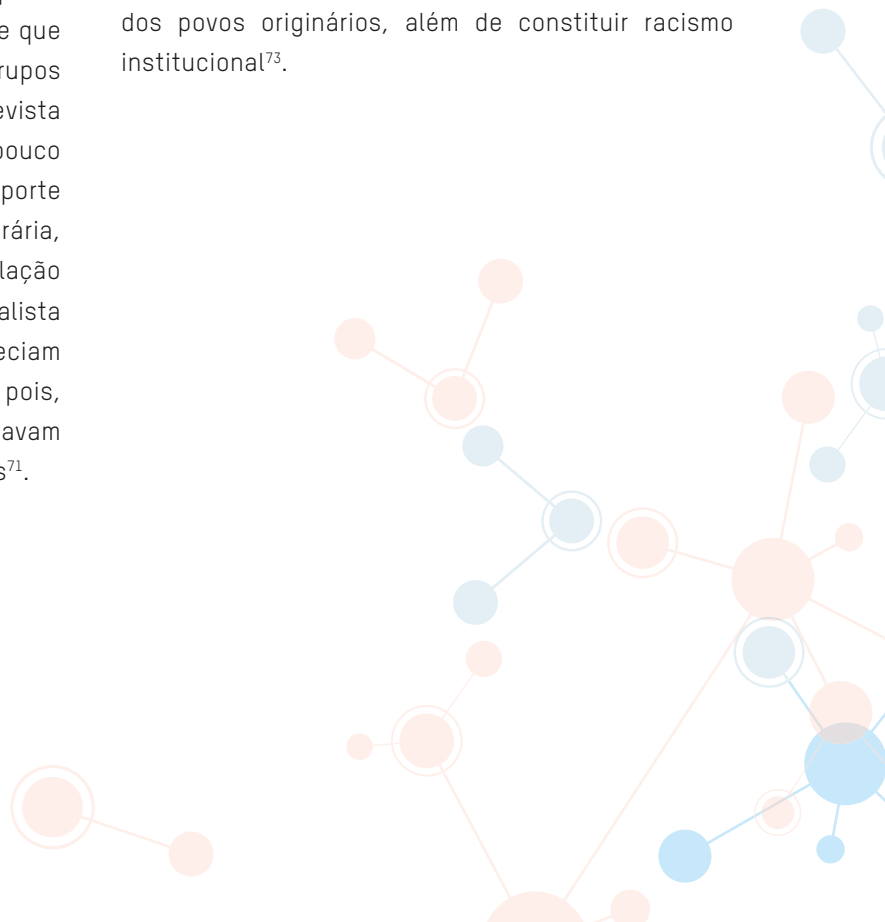
Dentre os temas que geraram controvérsias, os especialistas destacam justamente a definição de grupos prioritários de vacinação. Carlos Lula explica que quanto mais objetivo o critério, mais fácil definir e organizar o acesso. Porém, os primeiros planos de vacinação apresentavam grupos prioritários mal definidos.

Em dezembro de 2020, Ethel Maciel criticou o plano de vacinação publicado pelo Ministério da Saúde que não incluía a população carcerária entre os grupos prioritários⁷⁰. A especialista declarou em entrevista que as reuniões do Ministério da Saúde eram pouco transparentes. Os membros dos grupos de suporte técnico lutaram para incluir a população carcerária, indígenas, profissionais da educação e população de rua na estratégia de vacinação. A especialista enfatiza também que os grupos prioritários careciam de definição, tal como os profissionais de saúde, pois, em algumas cidades, profissionais que não estavam na linha de frente se vacinaram antes dos idosos⁷¹.

Desde o início da pandemia, entidades de defesa dos povos indígenas lutavam contra o agravamento do genocídio indígena já em curso por meio da pandemia de covid-19. A ADPF 709, durante toda a pandemia, foi o principal meio de pressão sobre o governo federal para que tomasse providências em relação à proteção dos povos indígenas em três grandes eixos:

- * povos indígenas em geral;
- * povos indígenas isolados e de recente contato e
- * retirada de invasores de terras indígenas⁷².

Entre as demandas apresentadas ao STF, estava a inclusão dos indígenas que vivem em contexto urbano e em terras não homologadas no Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19. Segundo a APIB, todos os indígenas encontravam-se em situação de vulnerabilidade epidemiológica: “é preciso entender, de uma vez por todas, que a identidade étnica independe do local onde o indígena esteja. Ou seja, ninguém deixa de ser indígena pelo fato de estar na cidade trabalhando e/ou estudando”. A entidade considerou que a exclusão de indígenas não aldeados e da população indígena aldeada em terras não demarcadas da primeira fase do plano de imunização nacional violava direitos constitucionais dos povos originários, além de constituir racismo institucional⁷³.



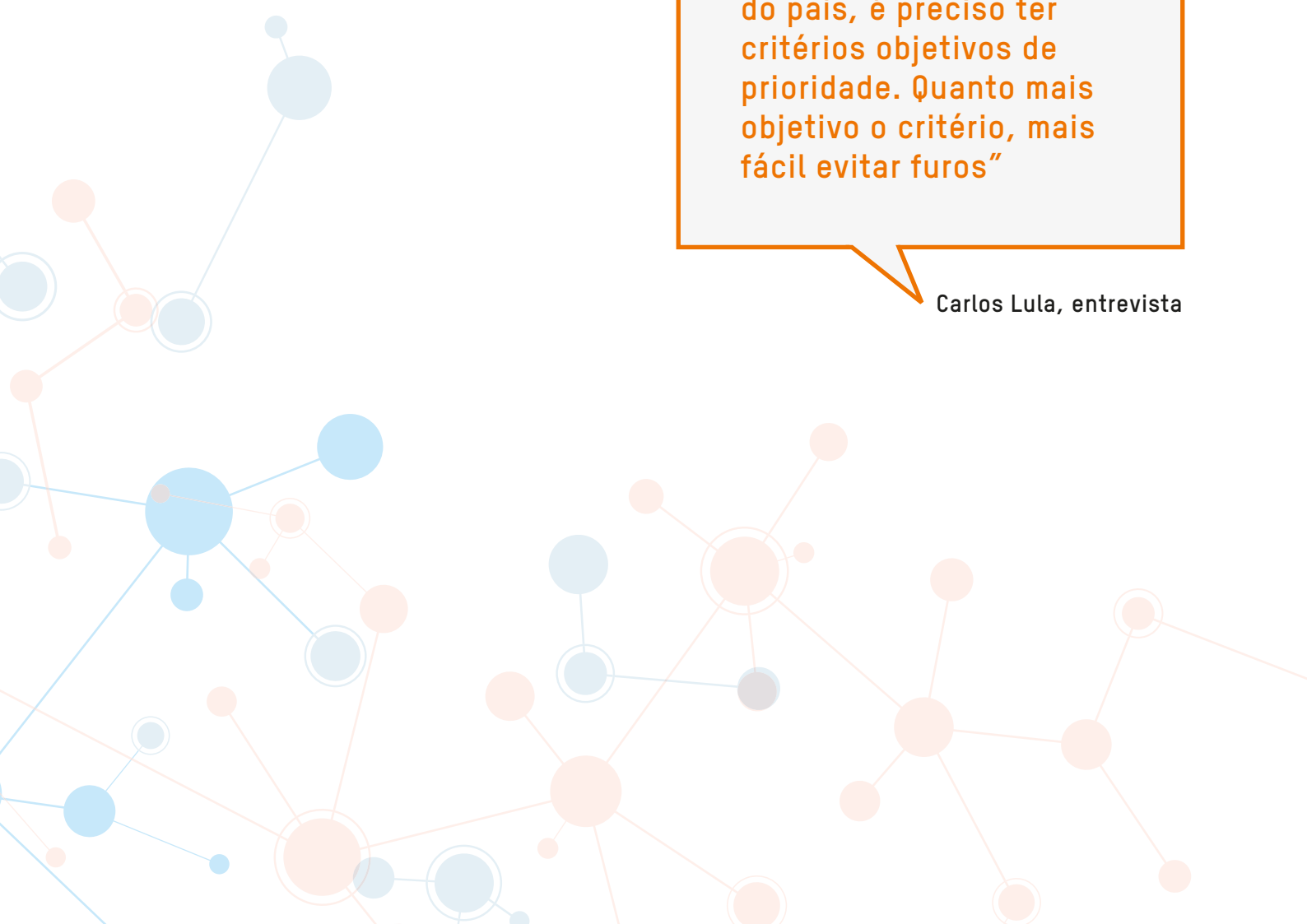
“As primeiras doses da vacina contra a covid-19 não deveriam ter sido pulverizadas no Brasil, deveria ter sido feito um bloqueio vacinal na Amazônia que teria retardado a disseminação da doença no Brasil. Perdemos muitas bibliotecas vivas com a morte dos nossos pajés”

Ana Brito, entrevista

Reinaldo Guimarães também criticou a ausência de quilombolas e da população de rua nas primeiras versões do plano de vacinação, além de denunciar que o número de indígenas citados no relatório inicial estava abaixo do estimado para aquele período⁷⁴. Já Fernando Pigatto mencionou a resolução n. 73 do CNS, que havia proposto a inclusão de pessoas em condição de rua, pessoas com deficiência, cuidadores de pessoas idosas, e indígenas não aldeados⁷⁵.

“É preciso entender a diversidade e o tamanho do Brasil. Chegamos a fazer capacitação de pessoal para vacinação em balsas, a 900 km da capital. Com a imensidão do país, é preciso ter critérios objetivos de prioridade. Quanto mais objetivo o critério, mais fácil evitar furos”

Carlos Lula, entrevista



Em entrevista, Márcia Santos, membro do GT Racismo e Saúde da Abrasco, vai além ao convidar os epidemiologistas a colocarem a equidade no centro das suas análises, inclusive no desenho de suas pesquisas. As mulheres negras, por exemplo, sofrem com os piores indicadores em diversos temas da saúde, tais como taxa de mortalidade, condições precárias de existência, segurança alimentar etc. Esses determinantes sociais também deveriam ser considerados pelos epidemiologistas na hora de definir planos de ação, para além das técnicas estatísticas usuais.

A pesquisadora ressalta que, dentre a lista de comorbidades definida pelo Ministério da Saúde, indicadores de raça e cor não foram considerados⁷⁶, ainda que a população negra seja particularmente afetada por algumas das condições citadas, como diabetes e doenças cardiovasculares⁷⁷. Essa sensibilidade com grupos vulnerabilizados inclui também o debate do conceito de grupo de risco, pois essa definição pode contribuir para a estigmatização de pessoas. O importante é enfatizar a urgência de considerar esses estratos da população tanto na vacinação como no conjunto das políticas de combate aos efeitos da pandemia.



PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A ausência de uma articulação nacional no programa de imunização também impactou as condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuaram na aplicação de vacinas. Estas dificuldades incluíam capacitação insuficiente e desvalorização do trabalho realizado⁷⁸.

Uma nota da Rede Brasileira de Mulheres Cientista apontou que a falta de treinamento das equipes e de comunicação coordenada e transparente é notória e impacta negativamente no processo de vacinação da população e na qualidade do trabalho dos profissionais da saúde responsáveis: “pela primeira vez também temos duas vacinas com intervalos diferentes, possíveis eventos adversos diferentes e não há orientação para os profissionais de saúde de forma centralizada e coordenada”⁷⁹.

Nésio Fernandes alerta que as equipes de vacinação não tinham programas de incentivo para atingir as metas de doses aplicadas. Ao mesmo tempo, havia uma demanda para que esses profissionais atuassem em outros serviços de saúde, para além da vacinação, cumprindo horário extraordinário nos postos de vacinação, inclusive nos finais de semana.

Em algumas regiões, essa negligência resultou em perturbação dos processos de vacinação. Ethel Maciel menciona, por exemplo, o Rio de Janeiro, em que doses foram descartadas porque o público idoso não chegava aos postos de saúde e os frascos tinham prazo acelerado de validade após abertos. A pesquisadora entende que os profissionais de saúde não tinham orientações claras sobre o que fazer na ausência do grupo prioritário, tal como a possibilidade de vacinar acompanhantes e pessoas próximas.

Nésio Fernandes considera que um dos maiores desafios da saúde pública hoje é a presença no SUS de profissionais de saúde anti-vacina, inclusive Agentes Comunitários de Saúde e profissionais que atuam no PNI. Há relatos de profissionais que se recusaram a fomentar a vacinação e dar orientações adequadas aos usuários do SUS.

“No PNI, nós perdemos o debate ideológico, o espaço de hegemonia pró-vacina. Há enfermeiros e médicos militantes anti-vacina. Em uma localidade que visitei, estima-se que 20% dos ACSs eram negacionistas, o que causa uma enorme repercussão na microárea envolvida”

Nésio Fernandes, entrevista

ACESSO AOS POSTOS FÍSICOS E MÓVEIS DE VACINAÇÃO

A localização geográfica pouco acessível dos postos de vacinação foi uma das barreiras ao acesso de pessoas de baixa renda mais mencionadas pelos especialistas e profissionais entrevistados. Ana Brito comenta que em alguns municípios esse determinante foi agravado pelas políticas de acesso à vacinação que exigiam o download de um aplicativo de agendamento. Muitas pessoas não possuem um celular, ou mesmo que o possuem, não sabem baixar o aplicativo devido à exclusão digital. A especialista entende que o plano de vacinação foi desenvolvido tendo como parâmetro a classe média, retardando a vacinação dos mais pobres e, assim, dificultando o acesso à saúde ao estrato mais socialmente vulnerabilizado no país.

“Muitas unidades condicionaram o agendamento da vacinação ao uso de aplicativo ou site. Muitas mulheres chegavam à fila da vacinação com o filho mais novo ou o neto e pediam um celular emprestado para fazer o agendamento. O neto sabia fazer, mas não tinham computador. Este sistema organizado para a classe média retardou muito a vacinação das pessoas mais pobres”

Ana Brito, entrevista

Organizações de defesa dos direitos da população LGBTQIA+ identificaram dificuldades no acesso desta população a serviços de saúde em várias cidades, buscando incidir politicamente junto a gestores e fomentar o controle social, mas constataram que, em muitos lugares, a desassistência venceu⁸⁰.

No entanto, houve iniciativas que visavam minimizar barreiras. Ana Brito menciona o caso das equipes de saúde da família que faziam visitas às famílias e promoviam a vacinação domiciliar. Nésio Fernandes cita o exemplo de Vila Velha, em que o município teve a iniciativa de incentivar a participação de lideranças comunitárias e agentes de saúde na campanha de vacinação. Wilames Bezerra e Marcos Franco⁸¹ citam os carros de vacinação que circulavam em alguns municípios, e os postos de vacinação em áreas estratégicas das cidades⁸², como estações de metrô e feiras livres. Por fim, Carlos Lula também menciona eventos de incentivo à vacinação realizados no Maranhão, tal como o Arraial da Vacinação⁸³ realizado nos municípios do Estado.

Carlos Lula destaca o exemplo da cidade de Alcântara, no Maranhão, em que uma força tarefa foi realizada para vacinar a população nas 214 comunidades quilombolas do território e que acabou se tornar um dos primeiros municípios a ter a população vacinada no país⁸⁴. Os profissionais de vacinação somente podiam acessar às comunidades por estradas carroçais ou via barcos pelo mar, por vezes tendo que andar longas distâncias com insumos em mãos⁸⁵. A cidade possui nove equipes de saúde da família e, em caso de infecção, as pessoas eram orientadas a ficar em casa com supervisão dos agentes comunitários de saúde, enquanto a vacinação ocorria em igrejas, escolas e nas casas dos moradores.



DIFICULDADES NA COLETA DE DADOS

Dentre os temas levantados durante as entrevistas, se destaca a invisibilidade de dados sobre raça/cor nos primeiros boletins epidemiológicos da pandemia. Carlos Lula e Wilames Bezerra, atual presidente do CONASEMS, mencionam que a lacuna de informações sobre indicadores de raça/cor se deve em parte à dificuldade de transferir os dados coletados em fichas de papel para o sistema do Ministério da Saúde.

O mesmo é reportado por Maria Fernanda Teixeira, do movimento Unidos pela Vacina. A já citada pesquisa realizada pelo Instituto Locomotiva apontava que, em abril de 2020, em 19% dos municípios a maioria das unidades de saúde não utilizavam internet para registros de vacinação e 12% necessitavam de computadores⁸⁶.

Wilames Bezerra argumenta que uma das maiores dificuldades na coleta de dados está na informatização do sistema. Diversos profissionais de saúde utilizam questionários em papel para solicitar informações sobre raça/cor e gênero, mas têm dificuldade de transferir essas informações para o sistema do Ministério da Saúde. Dentre as causas para essa dificuldade estariam a conectividade limitada, a utilização de sistemas que travam e ficam fora do ar, além do acesso à computadores.

“O problema é alimentar um sistema criado às pressas para atender as particularidades da vacina contra a covid-19, que trava, não oferece condições, com conectividade limitada e falta de mão de obra disponível. Muitos Municípios acumularam um número exorbitante de fichas sem ter como consolidar os dados. Eu sempre dizia: os dados disponíveis não representam a realidade lá na ponta, há muito mais gente vacinada”

Wilames Freire Bezerra, entrevista



Márcia Santos, em conjunto com uma equipe de pesquisadores em saúde e racismo,⁸⁷ explica que a negligência com dados de raça/cor no Brasil demonstra baixo interesse em ter acesso a esses dados. As decisões não estão sendo tomadas tendo como base essas informações, em mais uma evidência do racismo institucional.

A pesquisadora menciona que já havia uma portaria, de 2017, que estabelecia obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde⁸⁸. No entanto, o indicador só foi incluído de fato nos boletins da pandemia em abril de 2020, após pressão de movimentos sociais negros, tais como a Coalizão Negra por Direitos, o GT Saúde da População Negra, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e o GT Racismo e Saúde da Abrasco⁸⁹.

Marcos Franco, assessor técnico do CONASEMS, informa que o campo raça/cor não era considerado obrigatório durante boa parte da campanha de vacinação, o que só veio a ocorrer, também em parte, graças à ADPF 742⁹⁰, que tinha como foco os povos quilombolas.

A ADPF 742 é resultado de esforços de lideranças quilombolas, que também se empenharam na coleta de dados sobre a vacinação nessas comunidades, com destaque para a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq)⁹¹. O movimento denuncia que já não havia dados sobre populações quilombolas, tanto sobre a quantidade de pessoas que vivem em comunidade, como o número de óbitos por covid-19⁹².

Diante desse cenário, as lideranças desse movimento se esforçaram para suprir parte desses dados, coletando informações por meio de articulações entre lideranças regionais e locais, moradores, agentes comunitários e secretarias de saúde. Em alguns casos, as vacinas não chegavam às comunidades, levando os moradores a se deslocar para os municípios mais próximos, ficando expostos ao vírus e, por vezes, sendo discriminados por serviços de saúde que se recusavam a atender quilombolas que não comprovassem morar em comunidade⁹³.



CONCLUSÃO: JUSTIÇA SANITÁRIA E ACESSO A VACINAS COMO DIREITO À SAÚDE



Os resultados do informe, analisados a partir dos conceitos de democracia sanitária e justiça sanitária, demonstram claramente de que forma as desigualdades no acesso à vacinação contra covid-19 no Brasil impactaram o direito à saúde no país e reforçaram as desigualdades estruturais do sistema de saúde.

JUSTIÇA SANITÁRIA

Justa distribuição de bens, produtos e serviços que contribuem para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, bem como a justa proteção dos seres humanos contra os riscos à saúde existentes em determinado território ou mesmo globalmente.

DEMOCRACIA SANITÁRIA

Defesa de que as políticas públicas de saúde sejam constituídas com a participação, que deve ter demandas levadas em consideração, de modo a influenciar decisões governamentais em todas as esferas do poder, por meio de procedimentos e instituições previamente estabelecidos pelo direito, orientados pela busca da justiça.

A atuação ambígua e recalcitrante do Governo Federal para a compra e distribuição das vacinas contra covid-19 no Brasil impactou os grupos mais vulneráveis no Brasil, notadamente as crianças, os povos indígenas, pessoas negras, os pobres e os idosos. Conforme relatado pela CPI do Senado Federal, a campanha de vacinação de covid-19 no Brasil foi pautada por um discurso político dúbio do governo federal com relação às vacinas, pela ausência de campanhas públicas de informação sobre vacinação, pela gestão inadequada do PNI (inclusive com denúncias de corrupção), pela baixa articulação política entre a União e os Estados para a definição da estratégia nacional de vacinação.

Um Relatório da Controladoria Geral da União aponta que o Ministério da Saúde perdeu R\$ 104 milhões em medicamentos e vacinas no primeiro semestre de 2021, com R\$ 20 bilhões em distorções contábeis, ocasionando a perda de 500 mil vacinas contra a hepatite B, 200 mil contra a varicela, 87 mil vacinas tetraviral, 245 mil frascos de BCG e 800 mil kits de insulina não utilizados que perderam a validade. A inércia do Ministério da Saúde na gestão dos estoques de medicamentos, insumos e vacinas é reflexo de uma perda de capacidade técnica do Ministério para executar políticas nacionais estratégicas, gerando perdas injustificáveis⁹⁴.

Esta situação constitui violação, entre outros, aos princípios da universalidade do Sistema Único de Saúde e da segurança sanitária, que implicam no dever estatal de coibir o adoecimento por causas evitáveis, com priorização das atividades preventivas, incluindo o dever de vacinar a população, não sendo admissível inércia na sua aquisição e aplicação, sobretudo durante pandemias e epidemias⁹⁵.

A análise dos dados extraídos do Vacinômetro covid-19 da RNDS/SASISUS e do IBGE mostra que desigualdade regional da cobertura vacinal contra a covid-19, variando de 57,5% no estado de Roraima para 91,0% em São Paulo. Além disso, houve desigualdades associadas a fatores sociais ($r = 0,416$) e de gênero ($r = 0,994$) na vacinação contra a covid-19. Não foram encontrados dados sobre vacinação da população LGBTQIA+, com literatura internacional correlata indicando potencial discriminação em serviços de vacinação e fatores socioeconômicos de hesitação vacinal. Não foi possível identificar a desigualdade vacinal contra a covid-19 por raça/cor da pele, devido a incompletude desta variável, que diferiu entre 8,72% (Mato Grosso do Sul) e 39,41% (Distrito Federal). Os efeitos do racismo estrutural e institucional comprometem a análise da desigualdade racial no acesso à vacina contra a covid-19, tendo reflexos na investigação do impacto da vacinação entre pessoas racializadas, devido à baixa qualidade de informação. Normas que determinam a coleta de dados com esta clivagem possuem baixa efetividade.

A análise da percepção dos atores governamentais entrevistados (CONASS e CONASEMS) e não-governamentais (ABRASCO, CNS, Unidos pela Vacina e especialistas) sobre a desigualdade no acesso a vacinas, complementada por pesquisa documental, apontou

que, embora houvesse constante pressão da sociedade civil e de especialistas, não foi possível identificar políticas públicas propriamente ditas direcionadas à minimização de desigualdades de acesso a vacinas na clivagem pesquisada (gênero, raça/cor e renda), e sim iniciativas pontuais de governos locais ou da sociedade civil voltadas a um público específico, parte delas podendo ser consideradas como boas práticas em prol da equidade.

Trata-se, porém, de iniciativas não sistemáticas e, do ponto de vista nacional, fragmentadas. Entre os gestores, predomina a ideia de que a “vacina no braço” de todos, sem distinção, constitui a melhor política. Entre as entidades sociais destacam-se as manifestações da ABRASCO, por meio do GT Racismo e Saúde; e o CNS que desde suas primeiras intervenções públicas denuncia as desigualdades e faz propostas relativas à renda, gênero e raça, além de entidades e movimentos sociais que atuam em prol dos direitos de grupos vulnerabilizados, em especial a população negra e as comunidades originárias. Entre os principais obstáculos ao acesso às vacinas contra a covid-19 durante a pandemia, os entrevistados apontaram a desigualdade global na distribuição de imunizantes, a deficiente negociação da compra de vacinas pelo governo federal, o repúdio às evidências científicas e à boa gestão pelo Ministério da Saúde, a ausência de coordenação nacional do PNI e de estratégias federais de comunicação, o atraso na aquisição de insumos, os dissensos sobre a definição de grupos prioritários, a escassez numérica e de formação de profissionais de saúde, a perda da hegemonia do discurso pró-vacina (inclusive no seio do SUS), as dificuldades de acesso aos locais de vacinação e as dificuldades na coleta de dados.



PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES

Com base nas seções anteriores, apresentamos no quadro abaixo algumas propostas e recomendações de alcance local, nacional e regional, classificadas segundo a perspectiva temporal (curto, médio e longo prazo).

CURTO PRAZO

Abertura imediata de um mecanismo de avaliação e revisão do PNO com a efetiva participação de especialistas, de representantes dos entes subnacionais, da sociedade e dos parlamentos, pautando, entre outros temas, as desigualdades de renda, raça/cor e gênero na vacinação contra a covid-19.

Aperfeiçoamento dos mecanismos de coleta de dados sobre a vacinação contra a covid-19, compreendendo tanto o investimento imediato em melhoramento do sistema e na contratação de profissionais para sua alimentação, quanto o incentivo para que as regras vigentes sobre a inclusão de dados sobre raça/cor sejam respeitadas.

Organização, sob a liderança do Ministério da Saúde, de campanhas nacionais de comunicação em saúde para vacinação, incluindo o desenvolvimento de ações de comunicação pró-vacina em parceria com organizações, grupos e coletivos negros nos territórios prioritariamente ocupados por população negra - quilombos, favelas, bairros periféricos, terreiros, assentamentos, populações de campo, escolas públicas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, e em situação de rua, entre outros.

Organização, sob a liderança do Ministério da Saúde, de campanhas nacionais de comunicação que enfrentem os principais elementos da propaganda contra a saúde pública patrocinada pelo governo federal nos últimos 4 anos, em particular no que se refere à vacinação.

Organização de iniciativas de formação de profissionais de saúde, especialmente os alocados no PNI e os ACS, com foco no combate aos movimentos antivacina e ao negacionismo científico.

Retomada urgente da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, adotando estratégias de encorajamento e regulatórias para ampliação de sua efetividade.



MÉDIO PRAZO

Adoção de uma lei federal que reorganize o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e o PNI, eliminando o caráter esparso da legislação epidemiológica brasileira e adotando um enfoque de direitos humanos da segurança sanitária.

Ampliação do financiamento das ações de prevenção de doenças infectocontagiosas e de preparação para emergências de saúde, notadamente das campanhas de vacinação.

Ampliação das parcerias entre centros tecnológicos brasileiros e estrangeiros para a produção no Brasil de vacinas de interesse do SUS, levando em conta as perspectivas de cooperação internacional em saúde, com ênfase nas estratégias de fortalecimento dos grandes laboratórios públicos brasileiros.

Retomada da política externa brasileira de saúde, com o desenvolvimento da cooperação internacional no campo das vacinas, principalmente no âmbito do BRICS e da América do Sul.

Ainda como retomada da política externa brasileira de saúde, exercício da liderança brasileira nos âmbitos de negociação internacional relacionados direta ou indiretamente ao acesso a vacinas contra a covid-19, particularmente os foros relacionados à propriedade intelectual e o acordo sobre pandemias atualmente negociado no âmbito da OMS.

Iniciativas de fomento à pesquisa que promovam estratégias metodológicas em saúde coletiva de maneira a levar em conta o racismo estrutural e outras dimensões da desigualdade, incluindo editais específicos de agências de fomento e mecanismos de premiação e reconhecimento de pesquisadores.

LONGO PRAZO

Em parceria com organismos internacionais e entidades sociais, criação de programas de fomento e difusão de boas práticas em matéria de promoção da equidade no acesso a vacina contra a covid-19 que contemplem questões de renda, raciais e de gênero.

Investimentos públicos no complexo econômico e industrial de vacinas brasileiro, inclusive em inovação farmacêutica.

Indução de inovações sociais farmacêuticas, sobretudo para vacinas e medicamentos para necessidades de saúde não atendidas (doenças raras e negligenciadas).



REFERÊNCIAS

- 1 O estudo foi realizado com dados secundários de domínio público, não precisando, portanto, ser aprovado por comitê de ética em pesquisa, conforme a regulamentação de pesquisas que envolvem seres humanos.
- 2 Disponível em <https://bit.ly/3XjQ2eD>
- 3 Anvisa aprova por unanimidade uso emergencial das vacinas, ANVISA, 17 jan. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-aprova-por-unanimidade-uso-emergencial-das-vacinas>
- 4 Enfermeira Mônica Calazans é a 1ª vacinada contra covid-19 no Brasil, COFEN, 17 jan. 2021. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermeira-monica-calazans-e-a-1a-vacinada-contra-covid-19-no-brasil_84504.html
- 5 OMS. Painel da OMS sobre o coronavírus (COVID-19). Disponível em: <https://covid19.who.int/table> Acesso em: 24 out. 2022.
- 6 OPAS. Covid-19 Vaccination in the Americas. Disponível em: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp Acesso em: 24 out. 2022.
- 7 O dado de cobertura vacinal completa corresponde ao número total de pessoas que recebeu a última dose recomendada de uma vacina ou completou seu esquema vacinal, o que inclui a segunda dose caso o esquema compreenda duas doses ou, se for o caso, a dose única, *ibid.*
- 8 Todos os dados sobre a vacinação contra a covid-19 no Brasil são baseados em informações do Segundo o Vacinômetro covid-19 da Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS)/Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASISUS) do Ministério da Saúde.
- 9 1ª dose: 180.052.902 – 37,10%; 2ª dose: 161.637.140 – 33,30%; Dose única: 5.000.705 – 1,03%; Dose de reforço: 99.367.949 – 20,47%; 2ª dose de reforço: 34.483.378 – 7,10%; Dose adicional: 4.834.066 – 1,00%
- 10 BRASIL. Ministério da Saúde. Vacinômetro COVID-19. Rede Nacional de Dados de Saúde. Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html Acesso em: 11 out. 2022.
- 11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2022. 123 p.
- 12 CEPAL – Comisión Económica para a América Latina y el Caribe. La matriz de la desigualdad social en América Latina (LC/G.2690(MDS.1/2). Santiago, 2016. Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/matriz_de_la_desigualdad.pdf. Acesso: 24 out 2022.
- 13 DUARTE, Elisabeth Carmen et al. Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- 14 SILVA, Inácio Crochemore Mohnsam da et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 27, n. 1, e000100017, mar. 2018.
- 15 ALVES, Marcia Pereira. As análises epidemiológicas não incorporam a perspectiva racial como condição para o processo de adoecimento e morte. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz Antonio Ivo de Carvalho (CEE) - CEE Podcast, [S.l.], 08 set. 2022. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Marcia-Alves-no-CEE-Podcast>. Acesso em: 24 out. 2022.
- 16 SANTOS, Márcia Pereira Alves Dos et al. População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados [online], [S.l.], v. 34, n. 99, pp. 225-244. 2020.
- 17 MUNIZ et al. Brasil registra duas vezes mais pessoas brancas vacinadas que negras. Agência Pública. [S.l.], 15 mar. 2021. Disponível em: <https://apublica.org/2021/03/brasil-registra-duas-vezes-mais-pessoas-brancas-vacinadas-que-negras/>. Acesso em: 24 out. 2022.
- 18 AUGUSTO, Otávio. Maioria da população, negros receberam 23% das vacinas contra covid. Metrôpoles, [S.l.], 27 out. 2021. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/maioria-da-populacao-negros-receberam-23-das-vacinas-contra-covid> Acesso em: 24 out. 2022.
- 19 Disponível em https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html
- 20 FIOCRUZ. ICICT (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde). Monitoracovid-19. Desigualdades na vacinação contra covid-19. Nota Técnica 23. Rio de Janeiro, 20 dez. 2021. Disponível em: https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_23.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.
- 21 FIOCRUZ. ICICT (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde). Monitoracovid-19. A Vacinação Contra covid-19: Histórico, Desigualdades E Problemas. Nota técnica 25. Rio de Janeiro, 23 jun. 2022. Disponível em: https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_25.pdf. Acesso em: 13 set. 2022.

- 22 OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves et al. Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:12 ; SALALI, Gul Deniz; UYSAL, Mete Sefa. COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. *Psychol Med*. 2020 Oct 19:1-3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004067> Epub ahead of print ; MALIK, Aryn A et al. Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in the US. *EclinicalMedicine*. 2020;26:100495. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100495> ; FRENCH, Jeff et al. Key guidelines in developing a pre-emptive COVID-19 vaccination uptake promotion strategy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5893 <https://doi.org/10.3390/ijerph17165893>
- 23 LAZARUS, Jeffrey V et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nat Med*. 2020 Oct 20:1-4. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9> Epub ahead of print.
- 24 SALALI, Gul Deniz; UYSAL, Mete Sefa. COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. *Psychol Med*. 2020 Oct 19:1-3. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004067> Epub ahead of print.
- 25 LOW, Andrea et al. COVID-19 Vaccine Uptake and Factors Associated With Being Unvaccinated Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Other Sexual Identities (LGBTQ+) New Yorkers. *Open Forum Infectious Diseases*, v. 9, n. 7, Jul. 2022, ofac260.
- 26 BENDER, M. S., Sott, M. K. ., GONÇALVES, I. . F., Freitas, S. M. de ., & SARAIVA, E. S. A saúde da população LGBTQIA+ durante a pandemia da Covid-19: Revisão sistemática e análise de redes. *Cadernos De Gênero E Diversidade*, 2022 8(2), 166–203.
- 27 GARG, Ishan et al. COVID-19 Vaccine Hesitancy in the LGBTQ+ Population: a systematic review. *Infectious Disease Reports*, [S.L.], v. 13, n. 4, p. 872-887, 7 out. 2021.
- 28 LOW, Andrea et al. COVID-19 Vaccine Uptake and Factors Associated With Being Unvaccinated Among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and Other Sexual Identities (LGBTQ+) New Yorkers. *Open Forum Infectious Diseases*, v. 9, n. 7, Jul. 2022, ofac260.
- 29 LIMA, Alexandre Bonetti. O racismo nosso de cada dia: contradições de uma sociedade que se apresenta racialmente democrática. *Athenea Digital* 2021; 21(1):e2734.
- 30 BRASIL. Ministério da Saude. Portaria n.344, de 1o de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html Acesso em: 24 out. 2020.
- 31 Após 10 anos, política de saúde da população negra só foi efetivada em 57 municípios. *Radio Poli*. 27 nov. 2019. <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/apos-10-anos-politica-de-saude-da-populacao-negra-so-foi-efetivada-em-57-municipios>
- 32 PINTO, Fernando. Fala aê, mestre: a população negra no Brasil e o acesso igualitário no SUS. Entrevista com Andrey Lemos. *Fiocruz Brasília*, 01 abril 2021. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/fala-ae-mestre-a-populacao-negra-no-brasil-e-o-acesso-igualitario-no-sus/> Acesso em: 24 out. 2022.
- 33 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 58 p.; SÃO PAULO (cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação. CEInfo. Análise do Quesito Raça/Cor a partir de Sistemas de Informação da Saúde do SUS. *Boletim CEInfo Análise*. Ano VI, nº 05, Maio/2011. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2011.
- 34 BIERNATH, André. covid: Falhamos na comunicação e precisamos ajustar expectativa com vacinas, diz ex-diretor do Butantan. *BBC News Brasil*. São Paulo, 22 set. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58645747>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 35 Reinaldo Guimarães também é pesquisador do Núcleo de Bioética e Ética Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 36 GUIMARÃES, Reinaldo. Nota sobre as vacinas contra o SARS-CoV-2 – por Reinaldo Guimarães. *CEE Fiocruz*. [S.l.], 09 jul. 2020. Disponível em: <https://www.cee.fiocruz.br/?q=Nota-sobre-as-vacinas-contra-o-SARS-CoV-2-por-Reinaldo-Guimaraes>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 37 STEVANIM, Luiz Felipe. “Ainda estamos em alerta”: para a epidemiologista Ethel Maciel, a revogação da emergência sanitária no Brasil pode levar à descontinuidade dos serviços. *Radis Fiocruz*. [S.l.], 09 maio 2022. Disponível em: [https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/ainda-estamos-em-alerta#:~:text=A%20desigualdade%20nas%20a%3%A7%3%B5es%20de,do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20\(Ufes\)](https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/ainda-estamos-em-alerta#:~:text=A%20desigualdade%20nas%20a%3%A7%3%B5es%20de,do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20(Ufes)). Acesso em: 27 out. 2022.
- 38 GUIMARÃES, Reinaldo. Vacinas Anticovid: um Olhar da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], 25(9):3579-3585, set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5SCFJbDTxb9SKmKn8k7dPKP/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 39 Sparke M, Levy O. Competing Responses to Global Inequalities in Access to COVID Vaccines: Vaccine Diplomacy and Vaccine Charity Versus Vaccine Liberty. *Clin Infect Dis*. 2022 Aug 15;75 [Supplement_1]: S86-S92. doi: 10.1093/cid/ciac361.

- 40 Richardson E. Pandemicity, COVID-19 and the limits of public health 'science'. *BMJ Global Health* 2020; 5:e002571; e Richardson E. Epidemic illusions: on the coloniality of global public health. Boston: MIT Press, 2020.
- 41 BIERNATH, André. covid: Falhamos na comunicação e precisamos ajustar expectativa com vacinas, diz ex-diretor do Butantan. *BBC News Brasil*. São Paulo, 22 set. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58645747>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 42 BENITES, Afonso; JUCÁ. Carlos Lula, presidente do CONASS: "Nosso trabalho na vacinação é desconstruir o imaginário social de que o que vem da China é ruim". *El país Brasil*. Brasília e São Paulo, 10 jan. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-10/nosso-trabalho-na-vacinacao-e-desconstruir-o-imaginario-de-que-o-que-vem-da-china-e-ruim.html>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 43 BIERNATH, André. covid: Falhamos na comunicação e precisamos ajustar expectativa com vacinas, diz ex-diretor do Butantan. *BBC News Brasil*. São Paulo, 22 set. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58645747>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 44 STEVANIM, Luiz Felipe. "Ainda estamos em alerta": para a epidemiologista Ethel Maciel, a revogação da emergência sanitária no Brasil pode levar à descontinuidade dos serviços. *Radis Fiocruz*. [S.l.], 09 maio 2022. Disponível em: [https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/ainda-estamos-em-alerta#:~:text=A%20desigualdade%20nas%20a%C3%A7%C3%B5es%20de,do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20\(Ufes\)](https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/entrevista/ainda-estamos-em-alerta#:~:text=A%20desigualdade%20nas%20a%C3%A7%C3%B5es%20de,do%20Esp%C3%ADrito%20Santo%20(Ufes)). Acesso em: 27 out. 2022.
- 45 PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. *BBC News Brasil*, Londres, 23 fev. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 46 MARINELLI, Isabella. Epidemiologista Ethel Maciel fala dos desafios da vacinação no Brasil. *Claudia Saúde e Bem-Estar*. [S.l.], 14 jan. 2021. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/saude/vacina-entrevista-ethel-maciel/?fbclid=IwAR2psucTyvevuyTgtGDGu7837o--rZxbo1FXUoulyYRvr0Q2D1SU1ARhBI>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 47 Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/carta-ao-stf-sobre-o-plano-de-imunizacao-contra-covid-19/54964/>
- 48 No âmbito da ADPF 756, pela qual PCdoB, PSOL, PT, PSB e Cidadania pediram que o Presidente da República fosse obrigado a adotar todos os procedimentos administrativos indispensáveis para que a União possa, com a segurança científica, técnica e administrativa necessárias, providenciar a aquisição das vacinas e medicamentos aprovados pela Anvisa.
- 49 PIGATTO, Fernando; MOREIRA, Marcelo Rasga; SOUTO, Kátia Maria Barreto. Entrevista com Fernando Pigatto – Presidente do Conselho Nacional de Saúde (25/06/2021). *SciELO Preprints*. 07 mar. 2022. Ahead of print. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3731>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3731/6926>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 50 Disponível em https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2020/12/Nota-Grupo-Tecnico-Posicao_versao_final_12_12_N.pdf
- 51 Disponível em <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/carta-ao-stf-sobre-o-plano-de-imunizacao-contra-covid-19/54964/>
- 52 BRASIL. Medida Provisória nº 994, de 06 de agosto de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 1.994.960.005,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1 – Extra, Brasília, DF, p. 1, 06 ago. 2020*. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-994-de-6-de-agosto-de-2020-270785461>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 53 BRASIL. Medida Provisória nº 1004, de 24 de setembro de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 2.513.700.000,00, para o fim que especifica, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1 – Extra, Brasília, DF, edição 184-A, p. 1, 24 set. 2020*. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.004-de-24-de-setembro-de-2020-279272794>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 54 BRASIL. Medida Provisória nº 1015, de 17 de dezembro de 2020. Abre crédito extraordinário, em favor do Ministério da Saúde, no valor de R\$ 20.000.000.000,00, para o fim que especifica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1 – Extra A, Brasília, DF, edição 241-A, p. 1, 17 dez. 2020*. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.015-de-17-de-dezembro-de-2020-294872325>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 55 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. MANIFESTO REPASSA JÁ! Contra covid-19, controle social na Saúde reivindica repasse de financiamento integral do SUS em todo país. *CNS*. [S.l.], 21 maio 2020. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/manifesto/MANIFESTO_CNS_CES_REPASSA_JA.pdf. Acesso em: 27 out. 2022.
- 56 MARINELLI, Isabella. Epidemiologista Ethel Maciel fala dos desafios da vacinação no Brasil. *Claudia Saúde e Bem-Estar*. [S.l.], 14 jan. 2021. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/saude/vacina-entrevista-ethel-maciel/?fbclid=IwAR2psucTyvevuyTgtGDGu7837o--rZxbo1FXUoulyYRvr0Q2D1SU1ARhBI>. Acesso em: 27 out. 2022.

- 57 ANJOS, Anna Beatriz. Ethel Maciel: “vai estourar em outros estados”. A Pública. [S.l.], 15 de jan. de 2021. Disponível em: <https://apublica.org/2021/01/ethel-maciel-vai-estourar-em-outros-estados-e-vacina-da-covid-19-e-a-melhor-estrategia-para-diminuir-transmissao/>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 58 LULA, Carlos; BEZERRA, Wilames Freire. Nota Conjunta Conass E Conasems Campanha Nacional De Vacinação Contra A covid-19. CONASS. [S.l.], 05 dez. 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/nota-conjunta-conass-conasems-campanha-nacional-de-vacinacao-contra-a-covid-19/>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 59 MARINELLI, Isabella. Epidemiologista Ethel Maciel fala dos desafios da vacinação no Brasil. Claudia Saúde e Bem-Estar. [S.l.], 14 jan. 2021. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/saude/vacina-entrevista-ethel-maciel/?fbclid=IwAR2psucTyvevuyT6t6DGu7837o--rZxbo1FXUoulyYRvr0Q2D1SU1ARhBI>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 60 BENITES, Afonso; JUCÁ, Carlos Lula, presidente do CONASS: “Nosso trabalho na vacinação é desconstruir o imaginário social de que o que vem da China é ruim”. El país Brasil. Brasília e São Paulo, 10 jan. 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-01-10/nosso-trabalho-na-vacinacao-e-desconstruir-o-imaginario-de-que-o-que-vem-da-china-e-ruim.html>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 61 Ibidem.
- 62 Disponível em <http://www.consorcionordeste-ne.com.br/o-consorcio/>
- 63 Disponível em <https://www.poder360.com.br/coronavirus/consorcio-nordeste-anuncia-suspensao-da-compra-da-vacina-sputnik-v/>
- 64 MARINELLI, Isabella. Epidemiologista Ethel Maciel fala dos desafios da vacinação no Brasil. Claudia Saúde e Bem-Estar. [S.l.], 14 jan. 2021. Disponível em: <https://claudia.abril.com.br/saude/vacina-entrevista-ethel-maciel/?fbclid=IwAR2psucTyvevuyT6t6DGu7837o--rZxbo1FXUoulyYRvr0Q2D1SU1ARhBI>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 65 PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. BBC News Brasil, Londres, 23 fev. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 66 COCA-COLA e Ambev fazem doações para ajudar Porto Alegre no enfrentamento da pandemia. Jornal de Comércio, Porto Alegre, 28 out. 2022. Disponível em: https://www.jornaldocomercio.com/_conteudo/galeria_de_imagens/2021/03/785192-coca-cola-e-ambev-fazem-doacoes-para-ajudar-porto-alegre-no-enfrentamento-da-pandemia.html. Acesso em: 27 out. 2022.
- 67 <https://www.unidospelavacina.org.br/>
- 68 GRUPO CCR doa R\$ 3 milhões ao Movimento Unidos Pela Vacina. CCR Metrô. [S.l.], 21 fev. 2022. Disponível em: <https://www.ccrmetrobahia.com.br/not%C3%ADcias/grupo-ccr-doa-r-3-milh%C3%B5es-ao-movimento-unidos-pela-vacina/>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 69 Disponível em <https://static.poder360.com.br/2021/04/vacina-municipios-lovomotiva-unidos-abr2021.pdf>
- 70 SOUZA, Renato. “Muito estranho”, diz pesquisadora sobre plano sem data para vacinação. Correio Braziliense, [S.l.], 13 dez. 2020. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2020/12/4894693-muito-estranho-diz-pesquisadora-sobre-plano-sem-data-para-vacinacao.html>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 71 PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. BBC News Brasil, Londres, 23 fev. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 72 GODOY, Miguel Gualano de, SANTANA, Carolina Ribeiro e OLIVEIRA, Lucas Cravo de STF, povos indígenas e Sala de Situação: diálogo ilusório. Revista Direito e Práxis [online]. 2021, v. 12, n. 03, pp. 2174-2205.
- 73 Apib recorre ao STF para garantir vacinação de indígenas. APiB. 29 jan. 2021. Disponível em <https://apiboficial.org/2021/01/29/apib-recorre-ao-stf-para-garantir-vacinacao-de-indigenas/>
- 74 VALENTE, Rubens. Governo retirou dois grupos das prioridades para vacina, indica relatório. UOL Notícias, [S.l.], 04 dez. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/rubens-valente/2020/12/04/ministerio-da-saude-programa-vacinacao-covid-19.htm>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 75 PIGATTO, Fernando; MOREIRA, Marcelo Rasga; SOUTO, Kátia Maria Barreto. Entrevista com Fernando Pigatto – Presidente do Conselho Nacional de Saúde (25/06/2021). SciELO Preprints. 07 mar. 2022. Ahead of print. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3731>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3731/6926>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 76 SÃO PAULO. Prefeitura de Pitangueiras. Relação de comorbidades definidas pelo ministério da saúde para vacinação da Covid-19. Portal Prefeitura de Pitangueiras, [S.l.], maio, 2021. Disponível em: <https://pitangueiras.sp.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/Relacao-de-comorbidades-definidas-pelo-ministerio-da-saude-para-vacinacao-da-Covid.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2022.

- 77 NEVES, Úrsula. Doenças mais comuns da população negra. Portal PEBMED, 27 out. 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/doencas-mais-comuns-da-populacao-negra/>. Acesso em: 09 nov. 2022.
- 78 PASSARINHO, Nathalia. 3 erros que levaram à falta de vacinas contra covid-19 no Brasil. BBC News Brasil, Londres, 23 fev. 2021. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-56160026>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 79 NOTA TÉCNICA Nº 4. A vacinação contra COVID-19 no Brasil. Por Ethel Maciel, Carla Domingues, Ligia Kerr, Denise Garrett, Michelle Fernandez e Margareth Dalcolmo. s/d. Disponível em: <https://mulherescientistas.org/wp-content/uploads/2021/05/Nota-Tecnica-4-Vacinacao.pdf>
- 80 LEMOS, Andrey; FALCÃO E SÁ, Jean; CAVELLEIRE, Silvinha; RODRIGUES, Theodoro. Pandemia, LGBTfobia e os impactos das negligências do Estado para esta população. CNS, mar. 2021. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1640-artigo-pandemia-lgbtfobia-e-os-impactos-das-negligencias-do-estado-para-esta-populacao>
- 81 Médico sanitário, assessor técnico do CONASEMS (Núcleo de Promoção e Vigilâncias).
- 82 PREFEITURA do Recife leva mutirão de vacinação para 11 localidades neste fim de semana. Prefeitura do Recife, Recife, 21 out. 2022. Disponível em: <https://www2.recife.pe.gov.br/noticias/21/10/2022/prefeitura-do-recife-leva-mutirao-de-vacinacao-para-11-localidades-neste-fim-de>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 83 Arraial da vacinação é instalado no IPEM para atualizar esquema vacinal de crianças e idosos contra covid-19. [S.l.], 26 jun. 2022. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/destaques/arraial-da-vacinacao-e-instalado-no-ipem-para-atualizar-esquema-vacinal-de-criancas-e-idosos-contra-covid-19/>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 84 LACERDA, Victor; SIMÕES, Nataly. Cidade com maior população quilombola do país está 100% vacinada contra a covid-19. Alma Preta, [S.l.], 21 jun. 2021. Disponível em: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/cidade-que-abriga-a-maior-populacao-quilombola-do-pais-esta-100-vacinada>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 85 DE PAULA, Giovana. Vulnerabilidade social e dificuldade de acesso: como está sendo a vacinação em comunidades quilombolas? CONASEMS, [S.l.], 15 out. 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/vulnerabilidade-social-e-dificuldade-de-acesso-como-esta-sendo-a-vacinacao-em-comunidades-quilombolas/>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 86 Disponível em <https://static.poder360.com.br/2021/04/vacina-municipios-lovomotiva-unidos-abr2021.pdf>
- 87 SANTOS, Márcia Pereira Alves dos; NERY, Joilda Silva; GOES, Emmanuelle Freitas; SILVA, Alexandre da; SANTOS, Andreia Beatriz Silva dos; BATISTA, Luís Eduardo; ARAÚJO, Edna Maria de. População negra e covid-19: reflexões sobre racismo saúde. ESTUDOS AVANÇADOS 34 (99), [S.l.], 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/173383/162577>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 88 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 344, DE 1º DE FEVEREIRO DE 2017. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html. Acesso em: 09 nov. 2022.
- 89 SANTOS, Márcia Pereira Alves dos. Os negros nas listas de óbitos e os últimos na fila da imunização. Carta Capital. [S.l.], 01 abr. 2021. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opiniao/os-negros-nas-listas-de-obitos-e-os-ultimos-na-fila-da-imunizacao/>. Acesso em: 09 nov. 2022.
- 90 ROSÁRIO, Fernanda; SIMÕES, Nataly. Como o racismo estrutural dificulta o acesso dos quilombolas à saúde? Alma Preta, [S.l.], 30 dez. 2021. Disponível em: <https://almapreta.com/sessao/cotidiano/como-o-racismo-estrutural-dificulta-o-acesso-dos-quilombolas-a-saude>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 91 SOUZA, Alice de. Líderes quilombolas viram influencers para a vacinação contra a covid-19. #Colabora, [S.l.], 23 mar. 2022. Disponível em: <https://projetcocolabora.com.br/ods11/lideres-quilombolas-viram-influencers-para-a-vacinacao-contra-covid-19/>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 92 VACINÔMETRO Quilombola - 1ª Edição. Terra de Direitos, [S.l.], 06 ago. 2021. Disponível em: <https://terradedireitos.org.br/acervo/publicacoes/boletins/49/vacinometro-quilombola-1-edicao/23647>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 93 SOUZA, Alice de. Líderes quilombolas viram influencers para a vacinação contra a covid-19. #Colabora, [S.l.], 23 mar. 2022. Disponível em: <https://projetcocolabora.com.br/ods11/lideres-quilombolas-viram-influencers-para-a-vacinacao-contra-covid-19/>. Acesso em: 27 out. 2022.
- 94 AITH, Fernando. Gestão de estoques de insumos no Ministério da Saúde revela má execução de políticas nacionais. Jornal da USP - Entrevista à Rádio USP, São Paulo, 06 jul. 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/gestao-de-estoques-de-insumos-no-ministerio-da-saude-revela-ma-execucao-de-politicas-nacionais/>. Acesso em: 24 out. 2022.
- 95 SANTOS, Lenir. Vacina: direito coletivo fundamental. Portal Jota, replicado no Instituto de Direito Sanitário Aplicado, [S.l.], 09 fev. 2021. Disponível em <http://idisa.org.br/noticias/vacina-direito-coletivo-fundamental?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2022.



OXFAM
Brasil

OXFAM BRASIL

Avenida Pedroso de Moraes, 272 - 8º andar
Pinheiros - São Paulo - SP - Brasil - CEP 05420-000
(11) 3811-0400

WWW.OXFAM.ORG.BR



[/oxfambrasil](#)