

Vacinação contra a COVID-19: avanços no setor da saúde no Brasil

Vaccination against COVID-19: advances in the health sector in Brazil

Vacunación contra COVID-19: avances en el sector salud en Brasil

Meiriany Arruda Lima¹
Robson de Sousa Rodrigues²
Maria Célia Delduque³

Resumo

Objetivo: averiguar o progresso da execução da vacinação contra a COVID-19 nos estados da federação, com o propósito de construir um *ranking* na efetividade da vacinação segundo a filiação política dos respectivos governantes. **Metodologia:** tratou-se de pesquisa qualitativa em que as informações foram coletadas em sítios oficiais do governo federal e sítios oficiais das governadorias estaduais. **Resultados:** os resultados mostraram que as estratégias de enfrentamento da doença bem como o avanço da vacinação nos estados da federação estão *pari passu*, não havendo destaque positivo ou negativo entre os entes, nas variáveis analisadas. Independentemente de partido ou ideologia, os estados seguem as orientações do Ministério da Saúde com resultados muito semelhantes. **Conclusão:** concluiu-se que o Brasil vem demonstrando maturidade no enfrentamento de mais uma pandemia.

Palavras-chave

Direito Sanitário. COVID-19. Cobertura vacinal.

Abstract

Objective: verify the progress of the implementation of vax against COVID-19 in the states of Brazil, to build a vax effectiveness ranking according to the political affiliation of each governor. **Methods:** this was qualitative research in which information was collected from official websites of the federal government and official websites of state governors. **Results:** the results showed that the strategies to fight the disease, as well as the advance of vaccination in the states, are *pari passu*, with no federated entity that stands out positively or negatively in the analyzed variables. Regardless of party or ideology, states follow the guidelines of the Ministry of Health and take similar decisions with very similar results. **Conclusion:** Brazil has been showing maturity in facing another pandemic.

Keywords

Health Law. COVID 19. Vaccination Coverage.

Resumen

Objetivo: verificar el avance de la implementación de la vacunación contra el COVID-19 en los estados de Brasil, con el objetivo de construir un *ranking* sobre la efectividad de la

¹ Mestre em Bioética, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil; Doutoranda em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3046-7165>. E-mail: pbslima@hotmail.com

² Mestre em Ciência da Saúde, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, AM, Brasil; Tecnologista em Gestão de Políticas Públicas de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5218-6623>. E-mail: robson.rodrigues@saude.gov.br

³ Doutora em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil; Professora, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5351-3534>. E-mail: mcdelduque@gmail.com

vacunación según la filiación política de los respectivos gobernantes. **Metodología:** esa fue una investigación cualitativa en la que se recopiló información de sitios *web* oficiales del gobierno federal y sitios *web* oficiales de gobernadores estatales. **Resultados:** los resultados arrojaron que las estrategias para combatir la enfermedad, con el avance de la vacunación en los estados de la federación están *pari passu*, sin una entidad federativa que se destaque positiva o negativamente en las variables analizadas. Independientemente del partido o la ideología, los estados siguen los lineamientos del Ministerio de Salud y toman decisiones con resultados muy similares. **Conclusión:** se concluyó que Brasil ha venido mostrando madurez para el enfrentamiento de esa nueva pandemia.

Palabras clave

Derecho Sanitario. COVID-19. Cobertura de Vacunación.

Introdução

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto de coronavírus uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), considerado pelo Regulamento Sanitário Internacional (RSI) o mais alto nível de alerta. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 era reconhecida pela OMS como sendo uma pandemia (1, 2).

Inicialmente, fora cognominado 2019-nCoV, e posteriormente renomeado pelo Comitê Internacional de Taxionomia de Vírus como SARS-Cov-2 (3). O vírus tem como características sua instabilidade e velocidade de disseminação, o que confere à vigilância epidemiológica e ao planejamento de políticas públicas desafios multifacetados, especialmente no que tange à redução da inequidade de acesso aos sistemas de saúde (4).

A alta capacidade de reprodução do vírus potencializa o avanço da pandemia, sendo salutar considerar que a estrutura social pode corroborar com a capacidade de reprodução da doença, potencializando a progressão da curva, o que reforça a importância do acompanhamento da curva epidêmica como uma ação essencial realizada pelo serviço de vigilância epidemiológica, pois, a partir da análise dos dados, é possível a elaboração de políticas públicas de enfrentamento (5).

A experiência internacional descreve estratégias como ferramentas eficientes para o achatamento da curva e alargamento da assistência aos casos positivos: a) testagem massiva dos casos suspeitos aliada à entrega rápida dos resultados; b) promoção do isolamento domiciliar imediato quando da identificação dos portadores da doença; c) promover a proteção dos profissionais de saúde e a qualificação e disponibilização de profissionais assistenciais para o monitoramento e implantação de estratégias de controle comunitário (6). A essas medidas soma-se a vacinação em massa.

A vacinação é considerada como uma das políticas de saúde pública mais efetivas e de menor custo-benefício, utilizada no controle e na prevenção de doenças. É também considerada uma das técnicas biomédicas mais polêmicas e controversas, especialmente quando a vacinação é utilizada de forma compulsória em toda a população, até porque as vacinas não são totalmente seguras e eficazes (7). Mas, sem sombra de dúvidas, a vacinação elimina ou reduz drasticamente o risco de adoecimento ou de manifestações graves, que podem levar à internação e até mesmo ao óbito.

Toda vacina precisa passar por vários estágios de desenvolvimento. O estágio inicial é restrito aos laboratórios, a partir da análise do agente causador da doença e de moléculas para definição da melhor composição do produto (8). É chamado de estudos clínicos a fase de testagem em animais e humanos, ainda em sede laboratorial, a fim de induzir a produção de anticorpos nos organismos. Depois seguem-se várias etapas de pesquisa até a obtenção final do registro definitivo do imunizante. Mas, em face da emergência internacional em saúde pública, os estudos clínicos em todo o mundo têm sido desenvolvidos de forma adaptativa, quer dizer, as fases dos estudos acabam ocorrendo de forma simultânea para acelerar os resultados.

No Brasil, a vacinação em massa ficou restrita ao sistema público de saúde, isso porque o registro das vacinas foi dado em caráter emergencial, junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e, nessa qualidade, as vacinas só podem ser administradas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade do Poder Público, enquanto não houver registro definitivo para empresas produtoras desses imunizantes poderem comercializá-la no país.

O governo do Brasil tem negociado com produtores de vacinas em todo o mundo; alguns estão mais avançados nas pesquisas que outros e essa ordem vem sendo observada pela Anvisa, que não concede o registro definitivo enquanto as fases um, dois e três das pesquisas não estiverem concluídas, concedendo apenas o registro provisório para a vacinação de grupos prioritários. Assim é que se tem um rol de imunizantes disponíveis no país, sendo distribuídos pelo Ministério da Saúde aos estados e municípios, que têm a responsabilidade de vacinar efetivamente sua população.

Do ponto de vista jurídico, vacinar é parte do entendimento do Direito à Saúde implícito na tríade desenhada na Constituição Federal, em seu artigo 196: promoção, proteção e recuperação da saúde. Fica claro, a partir da análise da geração dos direitos fundamentais, (9) que a saúde é um direito pertencente a todas as gerações. Sua dimensão é transversal às sucessivas gerações dos direitos, porque não há como subtrair desses direitos fundamentais o elemento saúde, sendo a saúde um direito relacionado diretamente à vida.

A Constituição brasileira de 1988 elencou os direitos fundamentais de segunda geração, incluída a saúde, em seu artigo 6º, mas não descuidou de sua dimensão individual entre outros artigos correspondentes. Sendo assim, não pairam dúvidas de que a saúde é um direito fundamental de primeira, segunda, terceira e quarta geração, direito este que deve receber do Estado uma atuação positiva para que seja plenamente usufruído pelos cidadãos. Está configurado na Constituição de 1988 como um princípio, significando que não pode ser aplicado na forma do *tudo ou nada*, mas na maior medida possível, desde que não suplantado pelos pressupostos fáticos e jurídicos de outros princípios fundamentais.

A saúde também recebeu na Constituição o reconhecimento das dimensões de promoção, proteção e recuperação. O artigo 196 prescreve que a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, em conjunto ou isoladamente, são direitos de todos, que deverão ser alcançados pelo acesso a ações e a serviços de saúde. Estamos, portanto, no âmbito de um direito fundamental. No caso, o direito à saúde em suas dimensões promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras.

Colocando-se a promoção, a proteção e a recuperação da saúde como elementos que devem ser prestados pelo Estado, esse dever estatal deve ser consubstanciado na adoção de políticas públicas sociais e econômicas para garantir a promoção da saúde, a proteção da saúde e sua recuperação. O legislador constituinte, ao mencionar a promoção da saúde, sua proteção e recuperação como ações constituintes do dever do Estado e do direito de todos à saúde, o fez por alguma razão, porque não há palavras inúteis na lei.

É interessante que os temas da promoção da saúde e da assistência à saúde são bastante prolíficos em reflexões e trabalhos, no entanto, quando se buscam reflexões sobre a proteção da saúde, é comum encontrar abordagens muito amplas para designar essa proteção. Não há referências à proteção *stricto sensu* da saúde e isso não é coerente com a relevância que o legislador lhe conferiu no texto constitucional. Por que o legislador constituinte, em um rol de palavras, empregaria esse conjunto de expressões como no artigo 196, *in fine* – a promoção, proteção e recuperação da saúde –, se não houvesse um sentido próprio para cada uma delas? Teriam tais palavras um sentido jurídico-sanitário?

Em uma análise de mérito, há que se concluir que, sem um conjunto articulado de políticas e ações de promoção da saúde, de proteção da saúde e as de recuperação da saúde, será impossível a fruição do direito fundamental, posto que esses elementos são essenciais e complementarmente constitutivos do direito fundamental social à saúde. Além disso, considere o princípio basilar da hermenêutica jurídica segundo o qual a lei não contém palavras inúteis: *verba cum effectu sunt accipienda*. As palavras devem ser compreendidas

como tendo alguma eficácia; e se não há inutilidade nas palavras da lei, pergunta-se sobre o conteúdo das expressões inscritas na Constituição Federal de 1988, em especial o que se refere à proteção da saúde.

Pontes e Schramm (10) advertem que o princípio da proteção é um resgate do papel protetor do Estado, considerado como fundamento da atuação do *Welfare State* contemporâneo. Essa afirmação é verdadeira, especialmente no que se refere à saúde. O Estado exerceu e consolidou, durante os séculos 18 e 19, o papel de garantidor dos direitos individuais, definindo-se assim um primeiro nível de proteção. A saúde pública surge como assunto do Estado nesse período, “[...] controlando epidemias e influenciando decisivamente na reforma sanitária dos ambientes urbanos e de trabalho [...]” (10), introduzindo outro nível no âmbito do princípio da proteção: o coletivo. O princípio da proteção assim posto confunde-se com o dever de proteger do Estado (ou não deixar um direito ser violado), descrito por Marmelstein (11) que, aplicado à saúde, garante um direito fundamental aos indivíduos e à coletividade, valendo-se de todo o seu aparato institucional.

A proteção da saúde, portanto, é um dever do Estado – e um direito fundamental – que por intermédio de ações e serviços prestados contribui para garantir a fruição da plena saúde. Nesta dimensão, as ações de vacinação em massa concorrem para a garantia do direito à saúde, constituindo-se elas mesmas verdadeiros princípios de proteção da saúde.

Há, portanto, um conteúdo jurídico-sanitário na expressão *proteção da saúde* inscrita na Constituição, que abriga ações e serviços que dão materialidade e constituem um princípio de proteção que deve ser realizado na maior medida possível. Assim, os serviços e ações que visam proteger a saúde – princípio da proteção – devem ser interpretados como direito fundamental, sendo de observação obrigatória para a formulação e execução de políticas públicas, para a orientação do arcabouço legislativo, inclusive infralegal e a decisão judicial.

Isso posto, reclama este artigo a averiguação do andamento da execução da vacinação contra a COVID-19 nos estados da federação a fim de construir um *ranking* da efetividade na vacinação, que como visto, é um direito fundamental individual e coletivo. A par dos dados quantitativos, igualmente foi realizado um levantamento sobre o partido político do governante respectivo, a fim de conhecer as formas de enfrentamento adotadas e se estas seguem uma postura ideológica referente ao partido do governante estadual.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa em que as informações sobre a distribuição e efetiva aplicação das vacinas distribuídas foram coletadas em sítios oficiais do governo

federal, a exemplo do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>) que, atualizado diariamente, disponibiliza os números de vacinados, por ente da federação. Optou-se em usar a população estimada pelo Ministério da Saúde, vez que o último censo realizado pelo IBGE foi há 11 anos, estando defasado. Os dados foram organizados em tabela, pela ordem alfabética de estados da federação e contou com informações sobre o total, 1ª e 2ª doses administradas na população.

Embora tais variáveis influam na determinação da proporção entre o número de pessoas e número de doses aplicadas, para esta pesquisa tal informação foi desconsiderada, bem como o número total de doses aplicadas, pois uma mesma pessoa recebeu duas doses do mesmo imunizante, havendo dupla contagem e podendo gerar falsos resultados. Os dados foram levantados durante uma janela de 12 semanas, entre os dias 5 de julho a 21 de outubro de 2021 o que possibilitou fazer-se um ranking dos estados que mais vacinavam.

Para a análise dos partidos políticos dos respectivos governantes, utilizou-se o sítio oficial dos governos estaduais e coletadas as informações sobre a filiação partidária do governador. Para a definição do campo ideológico e posição política, tomou-se os regulamentos dos 33 partidos existentes no Brasil, selecionando-se aqueles com representação no comando estadual das 27 unidades federativas.

Adotou-se as definições para os campos ideológicos de Maciel, Alarcon e Gimenes (12), sendo que a extrema-esquerda se caracteriza pelas iniciativas socialistas, com defesa da estatização dos meios de produção e governo pelos trabalhadores. Os socialistas se caracterizam pela busca da redução das desigualdades sociais e a defesa dos interesses dos trabalhadores e de minorias. Aceita as regras democráticas e a economia de mercado, embora com viés intervencionista e manutenção do estado forte.

Trabalhistas se caracterizam pela defesa dos direitos dos trabalhadores e costumam contar com lideranças sindicais nas suas fileiras. Preocupado com questões ambientais, crescimento sustentável, tecnologias limpas e demais causas ambientais são as características dos ambientalistas. O social-democrata almeja o Estado do Bem-Estar Social que provê aos cidadãos serviços de qualidade nas áreas de saúde, educação, segurança, previdência, justiça etc.

Os conservadores caracterizam-se pela defesa da austeridade na condução da política econômica, estímulo ao livre mercado, firmeza na política de segurança pública e a preservação dos costumes, se diferem dos cristãos por estes defenderem a adoção de

valores do cristianismo na condução do Estado. Os liberais caracterizam-se pela defesa da liberdade econômica e dos costumes.

Por se tratar de estudo de natureza documental, em que as informações estão disponíveis na internet, deixou-se de submeter o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), por não envolver seres humanos diretamente.

Resultados

Segundo as informações coletadas, foram aplicadas um total de 27.148.167.068 doses no território brasileiro, no período estudado, sendo que os vacinados com a 1ª dose somam 15.850.993.372 e com a 2ª dose tem-se 11.297.169.600 de pessoas. O número da segunda dose é inferior quanto a primeira dose, possivelmente, por três fatores: a) os vacinados não estejam buscando os serviços de saúde no prazo determinado para a segunda dose do imunizante; b) os vacinados com dose única estão somados aos que receberam a primeira dose e; c) o lapso temporal do levantamento dos dados não permitiu aferir o prazo entre as duas doses.

Em alguns estados da federação, o número proporcional de aplicação da primeira dose em relação ao número da população deve levar em conta que há um escalonamento para a vacinação das pessoas, havendo um critério de idade e pessoas com comorbidades, excetuando-se os mais jovens, adolescentes e crianças que estão computadas no valor total de população no território.

Tabela 1. Quantidade de doses de vacina contra a COVID-19 administradas no país, de 5 de julho a 21 de outubro de 2021

Semanas (2021)	Total de Doses	1ª Dose	2ª Dose
5/7 a 11/7	7.983.680	4.890.028	3.132.049
12/7 a 18/7	8.688.106	5.487.723	3.269.757
19/7 a 25/7	9.017.062	6.163.856	2.851.918
26/7 a 1º/8	8.440.325	4.938.564	3.523.926
2/8 a 15/8	28.058.025	18.303.215	9.756.738
16/8 a 22/8 (*)			
23/8 a 29/8	18.351.912	10.635.782	7.667.358
6/9 a 13/9 (**)			
21/9 a 27/9	9.792.637	3.061.254	6.731.383
28/9 a 4/10	9.575.954	2.757.764	6.818.190
5/10 a 4/10	8.827.692	2.337.768	6.489.924
15/10 a 21/10	11.427.529	2.401.217	9.026.312

Fonte: dados coletados no sítio do Ministério da Saúde.

(*) Os dados do CE, ES, SE e SP não foram informados na semana respectiva.

(**) Os dados de ES, PR e RN não foram informados na semana respectiva.

Conforme a tabela 2, os estados menos populosos do país são Roraima, seguido do Amapá e Acre, coincidentemente todos na Região Norte brasileira. A proporcionalidade de vacinados com a primeira dose demonstraram que Acre e Amapá estão praticamente empatados no número de vacinados com a primeira dose, com ligeira vantagem para o estado do Acre, com 46,26% de sua população já imunizada. A vacinação em Roraima ultrapassa o número de habitantes totais do estado, o que certamente demonstra estar havendo a vacinação de população venezuelana, pela proximidade com aquele país.

A região se destacou pelo número bastante expressivo de vacinados, como o Amazonas, com 45,63% da população vacinada, e o Pará, com uma taxa de proporcionalidade de 56,68%. Sabe-se que o estado do Amazonas tem um território largo e com municípios de difícil acesso, o que torna o percentual alcançado um feito extraordinário.

Tabela 2. Informações sobre a vacinação contra a COVID-19 por estado da federação, de 5 de julho a 21 de outubro de 2021

Estado	Doses aplicadas	1ª dose	2ª Dose	População estimada [2020]
Acre	413.852	214.640	199.212	894.470
Alagoas	1.656.898	890.226	702.143	3.351.543
Amazonas	1.920.113	1.069.135	850.978	4.207.714
Amapá	360.914	237.048	123.866	861.773
Bahia	9.095.092	5.060.822	4.034.260	14.930.634
Ceará (*)	6.310.056	3.666.063	2.643.992	9.187.103
Distrito Federal	2.140.587	1.140.885	999.702	3.055.149
Espírito Santo (*) (**)	2.517.925	1.409.544	1.108.393	4.064.052
Goiás	3.950.514	2.170.648	1.779.866	7.113.540
Maranhão	2.987.995	1.450.281	1.537.714	7.114.598
Minas Gerais	14.022.683	7.603.210	6.419.458	21.292.666
Mato Grosso do Sul	1.814.725	721.270	1.072.742	2.809.394
Mato Grosso	2.103.886	1.166.269	937.614	3.526.220
Pará	4.926.505	2.554.841	2.371.664	8.690.745
Paraíba	2.227.312	1.327.822	894.286	4.039.277
Pernambuco	6.070.945	3.334.581	2.736.165	9.616.621
Piauí	1.867.567	1.023.697	843.870	3.281.480

Paraná (**)	7.104.485	3.397.933	3.706.568	11.516.840
Rio de Janeiro	10.206.819	5.481.290	4.725.544	17.366.189
Rio Grande do Norte (**)	1.977.199	1.120.674	856.556	3.534.165
Rondônia	974.629	523.266	450.312	1.796.460
Roraima	1.247.035	637.214	609.968	631.181
Rio Grande do Sul	6.796.900	3.113.889	3.688.976	11.422.973
Santa Catarina	5.180.504	2.599.629	2.580.875	7.252.502
Sergipe (*)	1.558.910	903.055	655.855	2.318.822
São Paulo (*)	36.013.787	16.510.981	19.502.806	46.289.333
Tocantins	804.025	448.782	355.243	1.590.248

Fonte: www.saude.gov.br

(*) Não há dados relativos à 6ª semana do levantamento.

(**) Não há dados relativos à 8ª semana do levantamento.

Por outro lado, os mais populosos entes da federação como São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, estados da Região Sudeste, têm uma proporção de 77,80%, 61,95% e 58,77%, respectivamente. O Espírito Santo está atrasado em relação à região com 61,95% dos capixabas imunizados, sendo que os índices vacinais desses estados puxam para cima os números brasileiros de vacinação, em um ranking internacional⁴.

O Nordeste brasileiro é representado por nove estados diferentes, sendo que dentre eles, o mais populoso é a Bahia, com quase 15 milhões de pessoas e com um percentual de 60,9% de vacinados totais. Pernambuco vem logo em seguida como o segundo estado mais populoso da região, com 63,1% de sua população imunizada. O Ceará vacinou 68,6% de sua população, sendo o estado com maior índice, dentre os demais da mesma região.

A Região Centro-Oeste tem o estado de Goiás como o mais populoso, mas com 55,5% de sua população vacinada. O destaque vai para a capital da República, que vacinou apenas 70% de sua população de aproximadamente três milhões de habitantes. Por ser a capital e sua proximidade com o centro do poder do país, era de se imaginar que a vacinação da população estivesse em patamares altos.

No início da campanha, no entanto, a Secretaria de Saúde do DF optou em privilegiar a vacinação por categorias funcionais e pessoas com comorbidades, exigindo-se ainda a marcação de dia e hora pela internet, para a vacinação. Tal estratégia mostrou-se equivocada, fazendo com que a internet entrasse em colapso e reduzindo em muito o

⁴ O Brasil, a título de comparação, tem 76 % de sua população vacinada, enquanto os países vizinhos como a Argentina, tem 76 %, Uruguai com 79%; Paraguai com 41 %; Bolívia com 39%; Peru com 58 %; Colômbia com 60% e Venezuela com 48% de sua população vacinada. Disponível em: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL

número de vacinados nos poucos postos disponíveis. Corrigido em julho de 2021, novas estratégias foram adotadas com o aumento de postos de vacinação e a desobrigação de agendamento por internet, o que se refletiu nos números de imunizados.

Os estados que compõem a Região Sul do país têm no Paraná a região mais populosa, com aproximadamente 11 milhões de pessoas e com um índice de vacinação de 61,6%. O Rio Grande do Sul, com 59,5% de sua população imunizada, tem o menor índice da região, ficando a liderança com Santa Catarina, com 71,4% da população imunizada.

Em termos nacionais e levando-se em conta apenas a proporcionalidade entre população estimada e número de vacinados totais, o estado de São Paulo é o campeão em vacinação no Brasil, com 77,8% de sua população de 36.013.787 imunizada, seguido de Santa Catarina.

Quadro 1. Listagem dos estados, governadores e respectivo partido político

Estado	Partido	Campo ideológico	Posição política
Acre	Progressistas (PP)	Conservador	Centro-direita
Alagoas	Movimento Democrático Brasileiro (MDB)	Conservador	Centro-direita
Amazonas	Partido Social Cristão (PSC)	Cristão	Direita
Amapá	Partido Democrático Trabalhista (PDT)	Trabalhista	Centro-esquerda
Bahia	Partido dos Trabalhadores (PT)	Socialista	Esquerda
Ceará	Partido dos Trabalhadores (PT)	Socialista	Esquerda
Distrito Federal	Movimento Democrático Brasileiro (MDB)	Conservador	Centro-direita
Espírito Santo	Partido Socialista Brasileiro (PSB)	Socialista	Esquerda
Goiás	Democratas (DEM)	Conservador	Centro-direita
Maranhão	Partido Comunista do Brasil (PC do B)	Socialista	Esquerda
Minas Gerais	Partido Novo (NOVO)	Liberal	Direita
Mato Grosso do Sul	Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB)	Social-democrata	Centro-esquerda
Mato Grosso	Democratas (DEM)	Conservador	Centro-direita
Pará	Movimento Democrático Brasileiro (MDB)	Conservador	Centro-direita
Paraíba	Partido Socialista Brasileiro (PSB)	Socialista	Esquerda
Pernambuco	Partido Socialista Brasileiro (PSB)	Socialista	Esquerda
Piauí	Partido dos Trabalhadores (PT)	Socialista	Esquerda

Paraná	Partido Social-Democrata (PSD)	Social-democrata	Centro-esquerda
Rio de Janeiro	Partido Social Cristão (PSC)	Cristão	Direita
Rio Grande do Norte	Partido dos Trabalhadores (PT)	Socialista	Esquerda
Rondônia	Partido Social Liberal (PSL)	Conservador	Centro-direita
Roraima	Partido Social Liberal (PSL)	Conservador	Centro-direita
Rio Grande do Sul	Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB)	Social-democrata	Centro-esquerda
Santa Catarina	Partido Social Liberal (PSL)	Conservador	Centro-direita
Sergipe	Partido Social-Democrata (PSD)	Social-democrata	Centro-esquerda
São Paulo	Partido da Social-Democracia Brasileira (PSDB)	Social-democrata	Centro-esquerda
Tocantins	PODEMOS	Conservador	Centro-direita

Fonte: sítios dos partidos.

O quadro 1 apresenta o partido, posição política e campo ideológico dos respectivos governadores. Embora se reconheça que as assembleias legislativas dos entes federados tenham um papel importante na adoção de medidas e aprovação do respectivo orçamento para implementá-las, levou-se em consideração apenas as medidas adotadas pelos chefes do Executivo estadual, a fim de aferir se o partido político influenciou de alguma maneira a adoção de medidas de combate à pandemia. Estados como Acre, Amapá, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Maranhão, Pará, Paraíba, Rio de Janeiro, Rondônia e Tocantins editaram decretos em suas regiões administrativas e municípios com medidas de restrições antes que fosse registrado o primeiro caso de contaminação por COVID-19. Os outros estados da federação somente se posicionaram após o registro dos primeiros casos. Tais medidas não seguiram propriamente uma ideologia partidária, tendo sido atribuída a vários estados com governos de espectros ideológicos diversos.

Os estados do Acre, Pernambuco, Distrito Federal, São Paulo, Bahia, Maranhão, Pará, Piauí, Amapá, Paraná, Tocantins, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Santa Catarina e Minas Gerais, tentando conter a disseminação do vírus, decretaram *lockdown*, sendo que os últimos dois, por todas as medidas adotadas e políticas implementadas, foram considerados exemplos na condução da crise sanitária, sendo ambos governados por políticos de espectro liberal. Noutro giro, estados como Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Ceará, Roraima, Rondônia, Mato Grosso do Sul, Alagoas e Sergipe, optaram pelo

isolamento social. Igualmente, não se verificou um campo ideológico condutor das medidas de *lockdown*, tendo havido tal expediente tanto em governos de esquerda como centro-direita e direita.

Além do isolamento social e do *lockdown*, outras medidas antecederam o início da vacinação, tais como a transferência de renda. A promoção da assistência social foi realizada por meio dos seguintes programas: 1) Programa de Aquisição de Alimentos: Alagoas, Amapá, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Norte e Minas Gerais; 2) Programa Nacional de Alimentação Escolar, subdivididos em três flancos: a) kits de alimentos: Acre, Roraima, Alagoas, Mato Grosso, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Amazonas, Tocantins, Amapá, Rio Grande do Norte, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rondônia; b) auxílio financeiro: Bahia, Ceará, Goiás, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Piauí, São Paulo, Distrito Federal e Rondônia; c) refeições nas escolas: Paraíba; 3) distribuição de alimentos, quer por cestas básicas, cartão alimentação e acesso a alimentação nos restaurantes comunitários a preços populares: salvo o estado do Acre, todos os outros instituíram esse programa (13).

Também foram elaborados planos de mobilização de leitos de UTI, construção de hospitais de campanha, plano de contingência de ação estadual, caravana e mutirão da vacinação, adoção de parâmetros de isolamento, testagem e proteção individual a partir dos modelos internacionais com viabilidade de implementação local, protocolos de manejo clínico, testagem da população e dos profissionais da saúde, barreiras sanitárias, suspensão das aulas presenciais, teletrabalho e telemedicina.

Uma vez mais, não houve a predominância de uma ideologia política nos entes federados que adotaram medidas de mitigação das condições econômicas críticas advindas da pandemia.

Discussão

O número de vacinados com a 1ª dose é mais elevado que aqueles com a 2ª dose. Presume-se que os vacinados com dose única estejam somados aos vacinados com a 1ª dose, razão dos números apresentados.

Dentre as principais medidas sanitárias adotadas pelos estados da Federação Nacional, tem-se dentre outras, a vacinação como eixo comum e prioritário, sendo o estado de São Paulo o primeiro a ter iniciado a vacinação contra COVID-19 em 17 de janeiro de 2021, *a posteriori*, no dia 18 de janeiro, os estados do Amazonas, Ceará, Espírito Santo,

Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Tocantins. Os estados do Acre, Alagoas, Amapá, Bahia, Pará, Paraíba, Rio Grande do Norte, Rondônia, Roraima, Sergipe e o Distrito Federal iniciaram em 19 de janeiro de 2021.

Para Schaefer *et al* (14), a extensa edição de decretos estaduais, a variação na adoção/implementação de ações de combate a pandemia pelos governos subnacionais tem ligação direta com a proporção de leitos de UTI, o PIB *per capita* e os repasses recebidos pelos estados. De acordo com Ajzenman, Cavalcanti & Mata (15), as relações de apoio partidários refletiram diretamente na adesão às medidas de combate a pandemia, o que pode ser constatado a partir da análise do grau de adesão às medidas de isolamento social.

No entanto, neste estudo, não se vislumbrou uma coesão nas medidas dos entes subnacionais e espectro ideológico alinhado ou não com o governo federal, tendo havido medidas restritivas e questionáveis em quase todos os estados da federação, independentemente de partido e campo ideológico de governos.

O fato é que a vacina, durante a pandemia, tornou-se objeto de disputas político-ideológicas e fomentou o debate sobre a equidade em nível global, havendo disparidades enormes entre os países desenvolvidos e os demais. Essa temática foi abordada pelo diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, para quem a desigualdade de acesso é, e continua sendo, responsável pelo surgimento das novas variantes e pela demora na recuperação econômica dos países (17).

Consequentemente, houve um descompasso entre as políticas públicas nacionais, desacertos que vão desde a testagem até as medidas de distanciamento.

Conclusão

Mesmo com vacinas disponíveis no mercado, a pandemia não foi controlada e vem se mostrando o maior desafio para saúde pública mundial. Até o momento de redação deste artigo, nenhum tratamento definitivo está disponível, apenas estratégias que visam o controle das transmissões e o aumento do contágio. Embora a vacinação tenha diminuído os casos, não está debelada a pandemia.

Promover o entendimento sobre a necessidade da vacina, estimular a adesão populacional, conferir confiabilidade acerca da eficácia, estabilizar a preocupação sobre os efeitos colaterais têm sido barreiras que motivam a não vacinação. Decerto há ainda uma forte descrença com ações de governos e desconfiança em relação à indústria farmacêutica.

No campo político-ideológico, não se vislumbrou, no território nacional, quaisquer condições que destacasse um ente federado na vacinação de sua população, ou mesmo decisões sanitárias adotadas por governos de espectro ideológico semelhantes ou contrários. O que ficou demonstrado é que há uma unanimidade de ações pelos governos estaduais, independentemente de seus partidos e ideologias. Viu-se que a adoção de medidas sanitárias foi muito semelhante, com resultados igualmente parecidos, não se destacando no cenário pandêmico quaisquer ações que piorasse a condição de saúde da população ou, ao revés, melhorasse significativamente as condições de morbimortalidade da doença. Há um desenvolvimento *pari passu* no enfrentamento da COVID-19, em todos os estados da federação.

Não se duvida que o Brasil venha se destacando na América Latina pelo esforço de enfrentamento da COVID-19 e conta com os estados federados para o sucesso da empreitada.

Referências

1. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) – Situation Report 56. Geneve: WHO; 16 mar. 2020 [citado em 23 jun 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf>
2. World Health Organization (WHO). Declaración sobre la tercera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19). 1 maio 2021 [citado em 23 jun 2021]. Disponível em: [https://www.who.int/es/news/item/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news/item/01-05-2020-statement-on-the-third-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-coronavirus-disease-(covid-19))
3. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: Genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol.* 2020; 92(4):418-423.
4. Couto MT, Barbieri CLA, Matos CCSA. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. *Saúde e Sociedade.* 2021 [citado em 4 jul 2021]; 30(1):e200450. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>
5. Corrêa PRL, Ishitani LH, Abreu DMX, Teixeira RA, Marinho F, França EB. A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte, 2020. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2020 [citado em 27.jun.2021]; 23: e200061. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200061>
6. World Health Organization (WHO). Report of the WHO China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Geneve: WHO; 2020 [citado em 2 jun 2020].

Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-chinajoint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

7. Lessa SC, Schramm FR. Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2015; 20(1):115-124.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Vacinas contra a Covid: dos testes iniciais ao registro. 6 out. 2020 [citado em 27.jul.2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/vacina-contracovid-19-dos-testes-iniciais-ao-registro>
9. Bobbio NA. *Era dos Direitos*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Gen LTC; 2004.
10. Pontes CAA, Schramm FR. Bioética da proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(5):1319-1327.
11. Marmelstein G. *Curso de Direitos Fundamentais*. São Paulo: Atlas; 2009. 553p.
12. Maciel APB, Alarcon AO, Gimenes ER. Partidos políticos e espectro ideológico: parlamentares, especialistas, esquerda e direita no Brasil. *Revista Eletrônica de Ciência Política*. 2017 [citado em 22 ago.2021]; 8(3):72-88. Disponível em: https://www.cesop.unicamp.br/vw/1IMb2TaMwNQ_MDA_36c05_/partidos%20pol%C3%ADticos%20e%20espectro%20ideol%C3%B3gico%20parlamentares%20especialistas,%20esquerda%20e%20direita%20no%20Brasil.pdf
13. Gurgel AM, Santos CCS, Alves KPS, Araújo JM, Leal VS. Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020; 5 (12):4945-4956.
14. Schaefer BM, Resente RC, Epitácio SSF, Aleixo MT. Ações governamentais contra o novo coronavírus: evidências dos estados brasileiros. *Revista de Administração Pública*. 2020; 54(5):1429-1445.
15. Ajzenman N, Cavalcanti T, Mata D. More than words: leaders' speech and risky behaviour during a pandemic. *Vox CEPR Polixy* [Internet]. 2020 [citado em 9 jul. 2021]. Disponível em: <https://voxeu.org/article/leaders-speech-and-risky-behaviour-during-pandemic>
16. Ehl D. Mundo ainda tem países sem uma única dose de vacina. *Deutsche Welle*. 11 abr. 2021 [citado em 23.jun.2021]. Disponível em: <https://p.dw.com/p/3rpyh>
17. Organização Mundial da Saúde (OMS). Entrevista com o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS). Variantes estão vencendo 'corrida contra vacinas' por causa da desigualdade na aplicação. [citado em 7 de jun. 2021]. Disponível em: <https://www.portalsaudeagora.com.br/post/variantes-est%C3%A3o-vencendo-corrida-contravacinas-por-causa-da-desigualdade-na-aplica%C3%A7%C3%A3o-diz-oms>

Colaboradores

Lima MA contribuiu com a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados, redação do artigo, revisão crítica e aprovação da versão final. Rodrigues RS contribuiu com a concepção/desenho do artigo, análise e interpretação de dados e redação do artigo. Delduque MC contribuiu com a redação e aprovação da versão final do artigo.

Submetido em: 05/10/21
Aprovado em: 26/01/22

Como citar este artigo

Lima MA, Rodrigues RS, Delduque MC. Vacinação contra a COVID-19: avanços no setor da saúde no Brasil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2022 jan./mar.;11(1): 48-63

<https://doi.org/10.17566/ciads.v11i1.846>