

3 – Parecer sobre vacinação de Pessoas com 80 ou mais anos

Data de homologação: 27/01/2021

CTVC
CENTRO TÉCNICO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS DGS

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Comissão Técnica de Vacinação contra a COVID-19¹

Parecer sobre Vacinação de Pessoas com 80 ou mais anos

Humberto
27/01/2021
Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

A Evolução Epidemiológica em Portugal

A evolução epidemiológica em Portugal agravou-se significativamente nas últimas semanas, com os últimos dados nacionais a mostrarem um **aumento da incidência de casos de infeção por SARS-CoV-2 em pessoas com 85 anos ou mais**, para além do aumento igualmente verificado na faixa etária dos 20 aos 29 anos e, mais recentemente, nos 15 a 19 anos (estas últimas, faixas etárias sem grande repercussão nos internamentos hospitalares, ver abaixo):

Figura 1 – Incidência de casos de infeção por SARS-CoV desde outubro de 2020, por faixas etárias e semanas.

Apesar da administração de vacinas contra a COVID-19 ter sido priorizada para os residentes em ERPI, desde o dia 4 de janeiro, tiveram lugar vários surtos nestas unidades na semana seguinte à administração da primeira dose. Isto pode significar a vacinação

¹ Despacho n.º 012/2020 de 4 de novembro da Diretora-Geral da Saúde.

de pessoas já infetadas por SARS-CoV-2, que estavam em período de incubação, não tendo, por isso, tido a vacinação todo o impacto esperado na incidência registada na faixa etária dos 85 ou mais anos.

O aumento da incidência neste grupo parece ser explicável pelo aumento dos surtos em ERPI e não por uma incidência particular neste grupo etário. A incidência do grupo etário dos 65 aos 80 anos, maioritariamente não residentes em ERPI, é significativamente inferior às dos grupos etários mais baixos, que correspondem à população mais ativa.

A pirâmide etária da população residente em Portugal, disponibilizada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), ilustra a importância numérica dos grupos etários mais avançados, resultante do envelhecimento da população. O número de residentes em Portugal com idade igual ou superior a 80 anos é 675 863 o que corresponde a 7% da população portuguesa.

Em Portugal sabe-se que, de acordo com os dados disponíveis (Fonte: SINAVE, eVM, SICO e Trace-COVID-19):

- Cerca de **67% dos óbitos por COVID-19 ocorrem em pessoas com 80 ou mais de anos** (Gráfico 2)

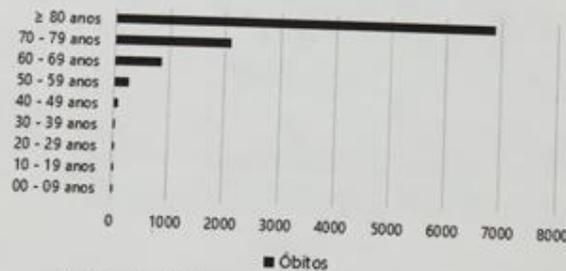


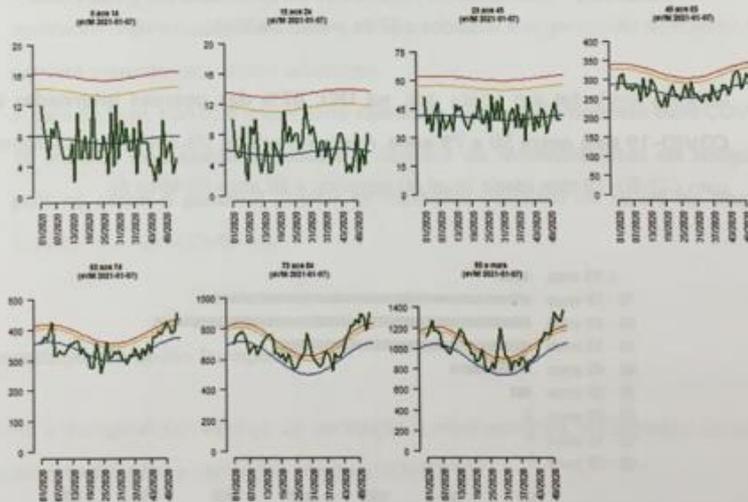
Gráfico 1 – Óbitos por COVID-19, por grupo etário.
Dados acumulados a 22 de janeiro de 2021.

De referir que se tem verificado diariamente que cerca de **30% dos óbitos por COVID-19 em Portugal ocorrem em residentes e utentes de ERPI**, o que significa que a vacinação destas pessoas tem um impacto real na prevenção da mortalidade por COVID-19.

- Quando se analisa a **mortalidade global em Portugal**, os dados da DGS e do INSA, relativos ao ano 2020, mostram um excesso de mortalidade global acima dos 55 anos, sendo particularmente notório no grupo etário com 85 e mais anos².



Figura 2 – Taxa de mortalidade por todas as causas em Portugal no grupo etário 85 e mais anos, entre 2014 e 2020. Fonte de dados: eVM, dados disponíveis a 2021-01-07, Instituto Nacional de Estatística e Eurostat. (Fonte: Relatório Monitorização da Mortalidade 2020, INSA, 15 de janeiro de 2021).



² Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. - Monitorização da Mortalidade 2020, 2021.

Figura 3 – Evolução semanal no número de óbitos (representados a verde), em Portugal por grupo etário em 2020. As linhas para referência correspondem ao número de óbitos esperados (ou linha de base representada a azul), ao limite superior do intervalo de confiança a 95% da linha de base (representado a laranja) e ao limite superior do intervalo de confiança a 99% da linha de base (representado a vermelho). (Fonte: Relatório Monitorização da Mortalidade 2020, INSA, 15 de janeiro de 2021).

- Cerca de **41% das pessoas internadas em enfermaria com COVID-19 têm 80 ou mais anos** (Gráfico 3).

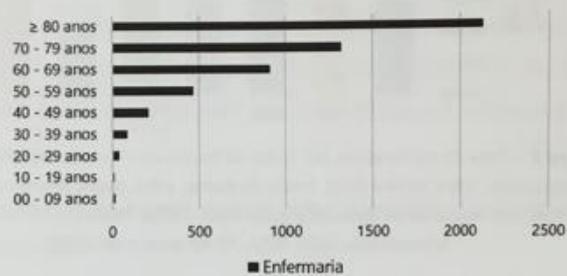


Gráfico 2 – Internamentos Hospitalares em Enfermaria, por grupo etário. Dados a 22 de janeiro de 2021.

- Importa ainda ter em conta que, **na UCI, 87% das pessoas internadas com COVID-19 tem entre 50 e 79 anos**. Apenas cerca de 3% das pessoas internadas com COVID-19 tem idade igual ou superior a 80 anos (Gráfico 4).

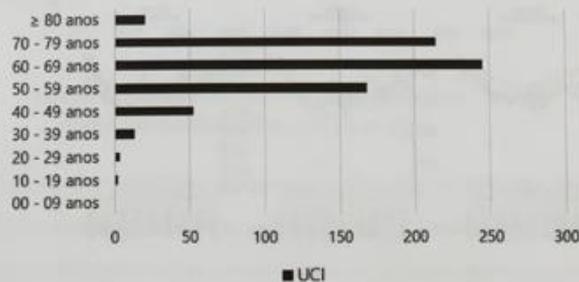


Gráfico 3 – Internamentos Hospitalares em UCI, por grupo etário. Dados a 21 de janeiro de 2021.

A **pressão sobre as UCI é uma realidade crescente da pandemia COVID-19** em Portugal. A **estratégia de prevenir a mortalidade por COVID-19 e proteger o “elo mais fraco” do Serviço Nacional de Saúde (SNS)**, isto é, a UCI, permite também recuperar a resposta do SNS para todas as situações não-COVID-19 que necessitam de medicina intensiva e, assim, prevenir o excesso de mortalidade em Portugal observado com a pandemia COVID-19. Neste sentido, a **estratégia atualmente adotada em Portugal propõe o início da proteção, conferida pela vacinação, das pessoas com maior risco de mortalidade por COVID-19 e das pessoas com maior risco de internamento por COVID-19, sobretudo em UCI** (Fase 1).

Para este efeito, definiu-se para o grupo de risco máximo para mortalidade por COVID-19, os residentes em ERPI e, para o internamento em UCI, as pessoas com 50 ou mais anos e com as comorbilidades (insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência renal, doença pulmonar crónica) que nos estudos realizados com dados portugueses, da primeira vaga, mostraram maior risco relativo de internamento em UCI associado à COVID-19^{3,4}. No entanto, não foram realizados mais estudos até à data e a imperiosidade e urgência do momento não permite aguardar por dados adicionais.

À data de hoje, não só é importante **reduzir o número de doentes com COVID-19 na UCI, mas também reduzir o número de internamentos no hospital, pois só assim é possível** prestar os melhores cuidados de saúde na doença COVID-19 e não-COVID-19.

Recomendação da União Europeia

Por forma a assegurar um esforço de vacinação a nível europeu, a Comissão Europeia definiu duas metas para a vacinação contra a COVID-19⁵:

³ Ricoca Peixoto, V. et al. COVID-19: Determinants of Hospitalization, ICU and Death among 20,293 reported cases in Portugal. 70–79 (2020) doi:10.1101/2020.05.29.20115824.

⁴ Nogueira, P. J. et al. The Role of Health Preconditions on COVID-19 Deaths in Portugal: Evidence from Surveillance Data of the First 20293 Infection Cases. J. Clin. Med. 9, 2368 (2020).

⁵ European Commission. Communication From The Commission To The European Parliament, The European Council, The Council And The European Investment Bank EU Strategy for COVID-19 vaccines. (2020).

- By March 2021, Member States should have vaccinated a minimum of 80% of health and social care professionals and people over 80 years old.
- By summer 2021, Member States should have vaccinated a minimum of 70% of the adult population.

Estimativas dos Ganhos em Saúde de Estratégias Vacinais

De forma a avaliar os potenciais ganhos em saúde da estratégia vacinal proposta no primeiro parecer da CTVC e da estratégia vacinal de vacinar prioritariamente as pessoas com 80 ou mais anos (após a vacinação dos utentes e residentes das ERPI, RNCCI e instituições similares) foram utilizados os dados acumulados dos óbitos por COVID-19 (a 22 de janeiro de 2021) publicados no Relatório de Situação da Direção-Geral da Saúde (fonte: SINAVE) e os dados de prevalência diários (22 de janeiro de 2021) de internamentos (enfermaria e UCI) (fonte: ACSS).

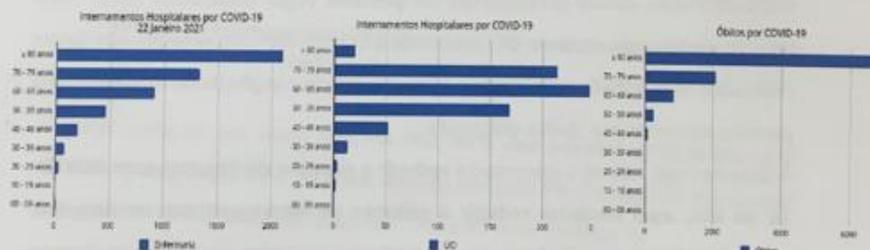


Figura 4 – Dados acumulados dos óbitos por COVID-19 (a 22 de janeiro de 2021) publicados no Relatório de Situação da Direção-Geral da Saúde (fonte: SINAVE) e os dados de prevalência diários (22 de janeiro de 2021) de internamentos (enfermaria e UCI) (fonte: ACSS).

Para estimar o impacto das comorbilidades prioritizadas na fase 1 no total de internamento em enfermaria, UCI e óbitos foram utilizados os dados de comorbilidades à data de 5 de janeiro



Figura 5 – Fonte: BIMH, episódios de internamento no SNS codificados por médicos codificadores até 5 de janeiro de 2021. Foram incluídos os internamentos cuja lista de diagnósticos codificados inclui, independentemente da ordem, o diagnóstico de COVID-19. Para o apuramento das comorbilidades foram assinalados, empiricamente, os diagnósticos que possam corresponder a comorbilidade de entre os 150 diagnósticos mais codificados para este conjunto de internamentos.

Para este efeito, foram considerados apenas "other heart disease" e "kidney disease". Para estimar a sobreposição de comorbilidades nas mesmas pessoas considerou-se que a percentagem de pessoas com pelo menos uma das comorbilidades correspondia à percentagem da comorbilidade com maior representação à qual se somou 50% da percentagem menos representada.

Assim, estimou-se que a percentagem de pessoas com pelo menos uma das comorbilidades é:

- Para os óbitos: $46,72 + 44,26 \times 0,5 = 68,75\%$ (que foi arredondada para 65%);
- Para internamento em UCI: $32,12 + 29,8 \times 0,5 = 47,09\%$ (arredondada para 45%);
- Para internamento em enfermaria: $28,28 + 25,31 \times 0,5 = 39,45\%$ (arredondado para 40%, há menos pessoas com múltiplas comorbilidades neste grupo).

Do total de óbitos, cerca de 1/3 aconteceram em ERPI. Como esta população já está vacinada (ou em vias de concluir o processo de vacinação) foi removida do conjunto da população em risco de morte (dados de óbitos), o que corresponde a 1/3 do número de

óbitos, distribuídos 80% entre maiores de 80 anos, e 20% entre 70-79 anos⁶. Esta distribuição pretende manter uma proximidade com a maior percentagem de óbitos entre os maiores de 80 anos.

Não foi considerado o impacto da vacinação das ERPI na análise do impacto das estratégias vacinais nestes dois casos.

- **Risco de óbito**

A percentagem de óbitos nos grupos de idade de 50 ou mais anos e de 80 ou mais anos, foi obtida a partir dos dados reportados pela DGS.

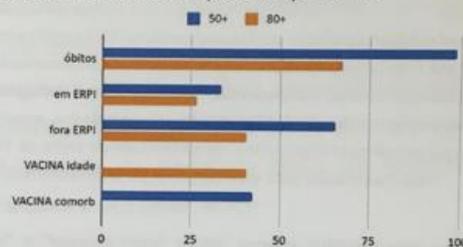


Gráfico 4 – Percentagem de óbitos que ocorreram na população com 50 ou mais anos e com 80 ou mais anos. Dados a 22 de janeiro de 2021. Fonte: Trace-COVID-19/SINAVE/ACSS

Este gráfico representa a percentagem de óbitos que ocorreram até 22 de janeiro na população com 50 ou mais anos e com 80 ou mais anos (50+ e 80+, primeiras duas barras). Como 1/3 dos óbitos ocorreram em ERPI, a percentagem de óbitos correspondentes a ERPI foi excluída conduzindo aos números representados pelas colunas "Fora ERPI". A vacinação baseada em idade 80+ protegeria todos os casos com 80 anos ou mais, como representado em "VACINA idade", enquanto que a vacinação de comorbilidades acima dos 50 ou mais anos corresponderia à prevenção dos óbitos representados na última barra. Em suma, 42,54% de óbitos evitáveis com vacinação com base em comorbilidade; 40,65% de óbitos evitáveis com base apenas na idade.

⁶ Considerando a amostra de pessoas já vacinadas nas ERPI a proporção das pessoas com 80 ou mais anos face ao total de pessoas com 65 ou mais anos é de 70%. Contudo, a mortalidade aumenta com a idade, pelo que se optou por introduzir um valor de correção de 10%, de forma a representar o acréscimo de mortalidade esperado para as pessoas com 80 ou mais anos.

- **Internamento em UCI**

O impacto de doentes com 80 ou mais de anos em UCI é pouco significativo.

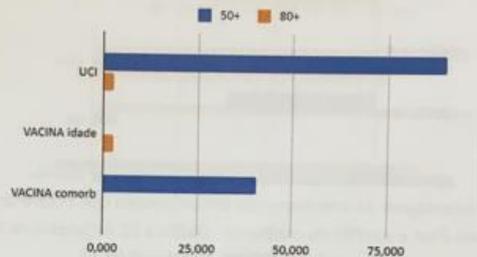


Gráfico 5 – Percentagem de internamentos em UCI que ocorreram na população com 50 ou mais anos e com 80 ou mais anos. Dados a 22 de janeiro de 2021.
Fonte: Trace-COVID-19/SINAVE/ACSS

Este gráfico representa a percentagem de internamentos em UCI no dia 22 de janeiro na população com 50 ou mais anos ou 80 ou mais anos (50+ e 80+, primeiras duas barras). A vacinação baseada em idade 80+ protegeria todos os casos com 80 ou mais anos, como representado em "VACINA idade", enquanto que a vacinação de comorbilidades com 50 ou mais anos corresponderia à prevenção de 45% dos internamentos em UCI da população com 50 ou mais anos representados nas últimas barras. Em suma, a vacinação com base em idade superior igual ou superior a 80 anos previne 2,8% de internamentos em UCI; a vacinação da população com comorbilidades na fase 1 dos grupos prioritários de vacinação corresponde à prevenção de 40,61% dos internamentos em UCI.

- **Internamento em enfermaria**

Nas últimas semanas os internamentos em enfermaria têm tido um forte impacto no funcionamento dos cuidados de saúde hospitalar.

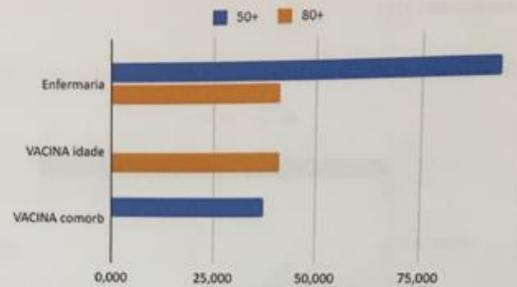


Gráfico 6 – Percentagem de internamentos em enfermaria que ocorreram na população com 50 ou mais anos e com 80 ou mais anos. Dados a 22 de janeiro de 2021.

Fonte: Trace-COVID-19/SINAVE/ACSS

Nestes internamentos, ao contrário dos internamentos em UCI, há um predomínio de pessoas com 80 anos ou mais anos.

Este gráfico representa a percentagem de internamentos em enfermaria no dia 22 de janeiro na população com 50 anos ou mais ou com 80 anos ou mais (50+ e 80+, primeiras duas barras). A vacinação baseada em idade 80+ protegeria todos os casos com 80 anos ou mais, como representado em "VACINA idade", enquanto que a vacinação de comorbilidades acima dos 50 ou mais anos corresponderia à prevenção de 40% dos internamentos em UCI da população com 50 ou mais anos representados nas últimas barras. Em suma, a vacinação com base em idade igual ou superior a 80 anos previne 41,20% de internamentos em enfermaria; a vacinação da população com comorbilidades na fase 1 dos grupos prioritários de vacinação corresponde à prevenção de 37,34% dos internamentos em enfermaria.

- Conclusão

óbitos, UCI e enfermaria

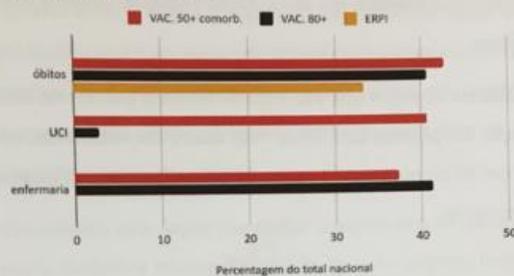


Gráfico 7 – Impacto esperado das duas estratégias de vacinação nos óbitos, internamentos em UCI e internamentos em enfermaria. Dados a 22 de janeiro de 2021.

Fonte: Trace-COVID-19/SINAVE/ACSS. A vacinação de aproximadamente 150.000 residentes em ERPI permitiu cobrir uma população correspondente a cerca de 1/3 de todos os óbitos. A vacinação de 550.000 pessoas com 80 ou mais anos não residentes em ERPI permitirá proteger a população que corresponde a cerca de 41% dos óbitos, 3% dos internamentos em UCI e 41% dos internamentos em enfermaria. A estratégia de vacinar 450.000 pessoas, não residentes em ERPI, com 50 ou mais anos e um conjunto de comorbilidades graves permitirá cobrir uma população conducente 43% dos óbitos, 41% dos internamentos em UCI e 37% dos internamentos em enfermaria. Existe alguma sobreposição em ambas as populações. Por exemplo, mais de metade dos óbitos prevenidos pela estratégia assente em comorbilidades (26%), correspondem a idades iguais ou superiores a 80 anos. Estes resultados não consideram uma potencial redução de eficácia vacinal em idades mais avançadas.

O gráfico final sumariza o impacto esperado das duas estratégias de vacinação nos óbitos, internamentos em UCI e internamentos em enfermaria.

Como termo de comparação, a vacinação dos residentes em ERPI, para cerca de 150.000 pessoas vacinadas, tem um impacto estimado de aproximadamente 33% na mortalidade.

Importa referir que a quantidade de vacinas necessária para uma estratégia baseada em comorbilidades corresponde a uma população de 450.000 pessoas, enquanto para as idades iguais ou superiores a 80 anos corresponde a 550.000 pessoas. Como cerca de 35% das pessoas com 80 ou mais anos tem as comorbilidades selecionadas, o número de pessoas global de ambos os grupos é de cerca de 810.000 pessoas.

Estima-se que o impacto das duas estratégias tenha um impacto semelhante quanto à percentagem de óbitos ou de internamentos em enfermaria evitados. Contudo, o impacto nos internamentos em UCI é muito significativamente diferente em ambas as estratégias.

Estes resultados sugerem que não é justificável, em ganhos de saúde, o adiamento da vacinação das pessoas com 50 ou mais anos e comorbilidades enquanto todas as pessoas com 80 ou mais anos é vacinada, devendo ambos os grupos ser priorizados simultaneamente.

Definição de Prioridades de Vacinação e da Estratégia Vacinal

O agravamento da situação epidémica no nosso país, que tem condicionado uma elevada mortalidade, bem como uma grande pressão dos internamentos em UCI e enfermaria, torna urgente uma estratégia vacinal com impacto rápido nestes três componentes.

Da análise descrita no ponto anterior é **importante vacinar simultaneamente a população com 80 anos ou mais anos e a de 50 ou mais anos com as comorbilidades identificadas como condicionando maior risco de complicações, internamento e morte.**

O impacto esperado da implementação simultânea de ambas as estratégias de vacinação, juntamente com a cobertura vacinal dos residentes em ERPI, corresponde à cobertura de uma população que determina 89% dos óbitos, 42% dos internamentos em UCI e 64% dos internamentos em enfermaria.

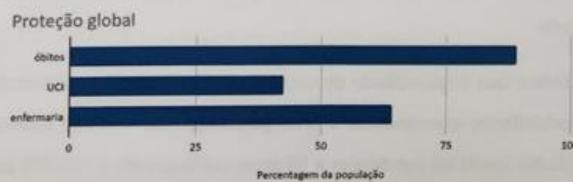


Gráfico 8 – Proteção global esperada através da implementação simultânea de ambas as estratégias de vacinação. Dados a 22 de janeiro de 2021.

Fonte: Trace-COVID-19/SINAVE/ACSS

Face às limitações no calendário previsto de entregas de vacinas em Portugal, e considerando que este é insuficiente para garantir uma cobertura rápida das pessoas mais vulneráveis identificadas nos grupos prioritários para vacinação contra a COVID-19 da Fase 1, é necessário implementar uma estratégia vacinal que permita alcançar uma maior cobertura vacinal, ainda que apenas com a primeira dose da vacina, aos grupos críticos discutidos neste documento.

Não há evidência científica que sugira que atrasar a administração de uma segunda dose de uma vacina diminua a eficácia da indução de uma resposta humoral capaz de prevenir a infeção. Contudo, a proteção conferida após a primeira dose pode diminuir com o tempo, pelo que a vacinação só se considera completa com as duas doses. Também entendemos que do ponto de vista técnico, não é espectável, que em dois ou três meses o nível de proteção conferida diminua significativamente.

Em parecer anterior a CTVC havia considerado que a evolução da epidemia, e alguns novos dados, podiam justificar uma revisão da estratégia de aumentar o intervalo entre doses.

A CTVC entende que na situação epidémica atual estes pressupostos se verificaram e que do ponto de vista técnico, **a vacinação de um maior número de pessoas vulneráveis com as doses disponíveis oferece claros benefícios para a saúde pública, pelo que recomenda a adoção do maior intervalo entre doses estabelecido sem necessidade de reserva imediata de vacinas disponibilizadas em cada tranche. Neste contexto, a CTVC propõe que seja utilizado um intervalo de 6 semanas a 12 semanas** como referência para marcação da 2ª dose da vacina Comirnaty e da vacina da Moderna.

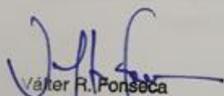
Tendo em conta os factos apresentados, **entende-se que os grupos prioritários da Fase 1 e 2 do Plano de Vacinação COVID-19 devem ser atualizados da seguinte forma:**

Fase 1	Profissionais de saúde diretamente envolvidos na prestação de cuidados a doentes	
	Profissionais, residentes e utentes em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), instituições similares (nos termos da Orientação 009/2020 da DGS), e Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	
	Pessoas de idade ≥ 50 anos, com pelo menos uma das seguintes patologias: <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiência cardíaca - Doença coronária - Insuficiência renal (TFG < 60ml/min) - Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ou doença respiratória crónica sob suporte ventilatório e/ou oxigenoterapia de longa duração 	Pessoas com 80 ou mais anos de idade
	Profissionais das forças armadas, forças de segurança, serviços críticos e entidades oficiais que estejam envolvidos na resposta à pandemia COVID-19	
Fase 2	Pessoas entre os 65 e os 79 anos de idade, inclusive, que não tenham sido vacinadas previamente	Pessoas entre os 50 e os 64 anos de idade, inclusive, com pelo menos uma das seguintes patologias: <ul style="list-style-type: none"> - Diabetes - Neoplasia maligna ativa - Doença renal crónica (TFG > 60ml/min) - Insuficiência hepática - Hipertensão arterial - Obesidade - Outras patologias com menor prevalência que poderão ser definidas posteriormente, em função do conhecimento científico

Lisboa, 27 de janeiro de 2021.

A Comissão Técnica de Vacinação contra a COVID-19, Diana Costa, Ema Paulino, José Gonçalo Marques (coordenador adjunto), Luís Graça, Luisa Rocha, Maria de Fátima Ventura, Maria de Lurdes Silva, Manuel do Carmo Gomes, Raquel Guiomar, Teresa Fernandes, Válder R Fonseca (coordenador).

Este parecer foi votado tendo obtido 10 (dez) votos favoráveis e 1 (uma) abstenção.


Válder R. Fonseca
Coordenador da CTVC