

VAMOS OU NÃO TER IMUNIDADE DE GRUPO? A PALAVRA AOS ESPECIALISTA PARA UMA QUESTÃO ESSENCIAL



Provavelmente não, muito menos agora com a variante Delta a prevalecer. A questão é polémica e, entre esperanças e desilusões, discute-se quantas pessoas precisamos de imunizar para chegar à tão desejada imunidade



CLARA SOARES JORNALISTA

SOCIEDADE

28.08.2021 às 08h00

Houve uma altura, bem lá no começo destes tempos pandémicos, em que se atingia a imunidade de grupo com 60% da população vacinada. Depois, no início deste ano, o vice-almirante Gouveia e Melo, coordenador da task force da vacinação contra a Covid-19, falava em 70%, percentagem que se atingiria, em Portugal “em volta de meados ou início de agosto”. Gouveia e Melo tinha acabado de chegar às novas funções e ainda estávamos longe de saber o que era a variante Delta, muito mais transmissível do que a Alpha que, por sua vez, já era mais transmissível do que as primeiras versões do vírus.

Com a Delta a representar 98,9% das infeções no nosso país, onde ficamos na corrida pela imunidade de grupo? Ainda não é certo que conseguiremos lá chegar, acredita agora o vice-almirante, “mas se ela for atingida, é de certeza acima dos 85%” de população vacinada com as duas doses, o que deverá acontecer no final de setembro.

Será? Quando a variante Delta entrou em campo, “passámos da primeira divisão para a Champions”, começa por afirmar Filipe Froes, responsável do gabinete de crise para a Covid-19 da Ordem dos Médicos. Na variante inicial, o RO (número médio de contágios causados por cada pessoa infetada) situava-se nos 2,5 e bastaria ter 60% da população protegida com uma vacina mais de 85% eficaz para evitar cadeias de transmissão e

proteger todos, mesmo os não vacinados. “A Delta significou um acréscimo de transmissibilidade, de gravidade e de reinfeção, com um RO entre cinco e oito.” Mas se as vacinas da Pfizer e da Moderna têm uma eficácia próxima dos 88%, sublinha o pneumologista, “teríamos de vacinar 100% da população para chegar à imunidade de grupo, o que não vai acontecer, por ficarem de fora os menores de 12 anos e a eficácia da Astrazeneca ser inferior (66% a 70%)”.



Proteção As pessoas vacinadas têm 50% de hipóteses de escapar à infeção pela variante Delta e quase 90% de evitar a doença grave

Conclusão: a imunidade de grupo, que tem uma tradução matemática ($1 - RO \times 100$), “foi um conceito útil que se tornou impossível de atingir”. Pelas contas do pneumologista, com base nos dados do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC), “em 100 pessoas vacinadas há ainda 12,5% que podem infetar-se, embora o risco seja oito vezes menor”. A solução é “continuar a vacinar e aumentar a proteção individual e de grupo, mantendo a máscara em zonas de maior risco de transmissão”.

Vale a pena?

Manuel Carmo Gomes, professor da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, já esteve mais confiante de que atingiríamos a imunidade de grupo, mas ainda não descarta essa possibilidade. “A Delta tem um RO entre cinco e sete, o que não é incomum em doenças infecciosas. Acontece com a papeira, com a difteria e com o sarampo, cujo RO é para cima de 12. Ou seja, este vírus atingiu o RO que é típico dos vírus que já andam entre nós há muitos anos”, explica o epidemiologista.

Como as vacinas não são 100% eficazes, os cálculos de Carmo Gomes situam a imunidade de grupo com 90% de cobertura vacinal. “Em Portugal julgo que conseguiremos chegar aos 95%, mas essa percentagem obriga a ir a idades muito jovens, abaixo dos 12 anos. A questão é: vale a pena? Justifica-se para interromper a circulação do vírus? Neste caso tomamos sempre decisões com informação insuficiente”, acrescenta, defendendo que “não podemos equacionar o futuro dependendo da imunidade de grupo”.

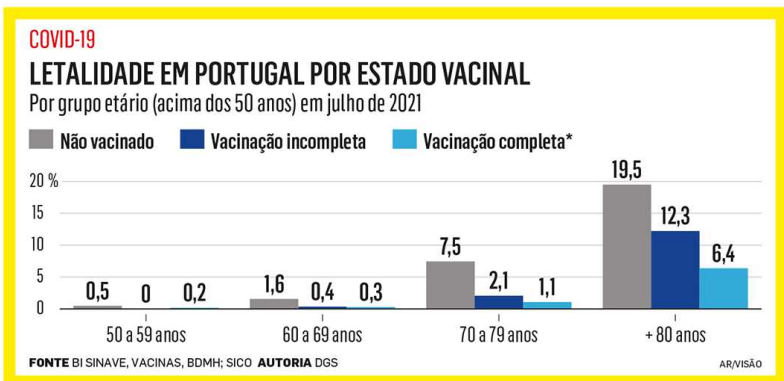
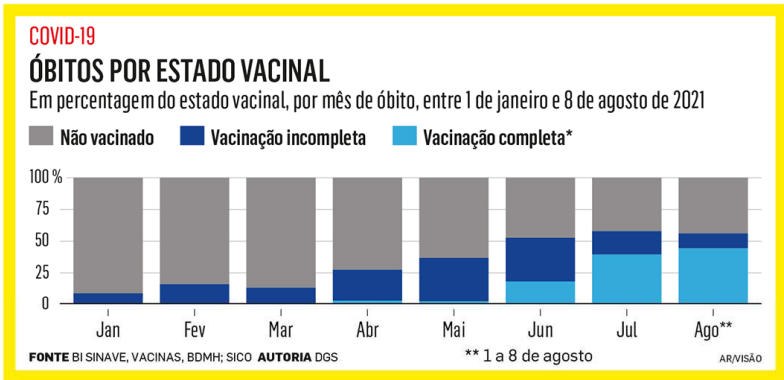
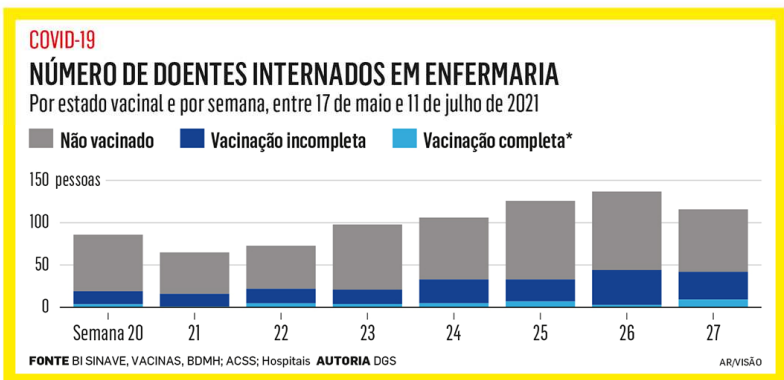
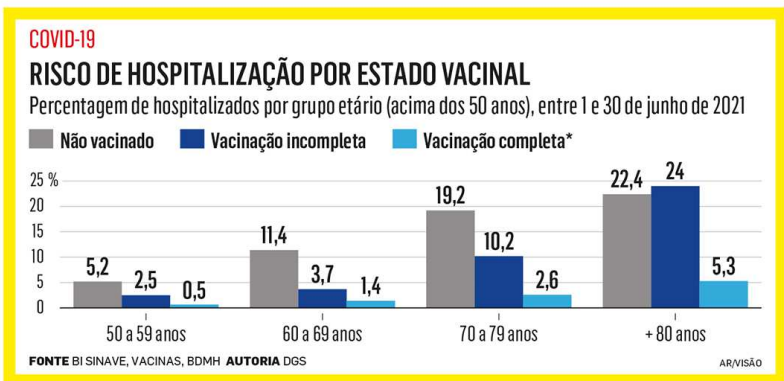
Ainda não é certo que conseguiremos lá chegar, diz Gouveia e Melo, “mas se a imunidade for atingida, é de certeza acima dos 85%” de população vacinada

A Delta é, de facto, um “*game changer*”. “Em julho percebemos que não podíamos continuar a usar a incidência (número de novos casos) e a transmissibilidade para fundamentar decisões e criámos, com o Instituto Superior Técnico, o Indicador de Avaliação da Pandemia, com cinco dimensões (incidência, transmissibilidade, óbitos e internamentos em enfermaria e UCI)”, esclarece Filipe Froes. Objetivo: “Monitorizar o impacto da pandemia e avaliar o efeito das medidas sem ter apenas em conta a cobertura vacinal; mesmo que fosse de 100%, uma nova variante pode levar a uma situação descontrolada.” O especialista fundamenta: “O intervalo do indicador vai do zero aos 180 e contempla as zonas de intervenção de alarme (80), crítica (100) e de rutura (120). Para tirar a máscara, o indicador teria de ser abaixo dos 40 (ronda os 80) e sem vacinas estaríamos em 123, ou seja, em confinamento.”

Pedro Simas, virologista e diretor de investigação biomédica da Universidade Católica Portuguesa, defende que “com 70% da população vacinada, Portugal está numa altura excelente para tirar a máscara na rua e aliviar medidas de proteção com prudência.” Isso significa, por exemplo, que “alguém vacinado que testa positivo e não apresenta sinais clínicos não precisa de ter isolamento profilático”. O especialista admite que “não vamos conseguir eliminar a circulação do vírus na comunidade”, como no caso do sarampo, que não envolve as vias respiratórias, “apenas criar uma barreira indireta”. Daí a manutenção da prudência no alívio das medidas e, eventualmente, “equacionar a terceira dose para grupos de risco como a população dos lares”.

Manuel Santos Rosa, imunologista e docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, admite que “houve um erro estratégico a nível mundial na avaliação da perigosidade e da permanência do SARS-CoV-2”.

Lembrando que “a imunidade de grupo pressupõe um número significativo de pessoas imunizadas que bloqueiam a transmissão do agente infeccioso e impedem que as não vacinadas entrem em contacto com ele”, apoia-se em estudos da Universidade de Massachusetts e do Reino Unido e explica porque é que o princípio não se aplica ao novo coronavírus: “A vacina não impede que se transporte carga viral nem a replicação; o foco deve passar da imunidade de grupo para o impedir a transmissão e as mutações.”



* Vacinação completa refere-se ao esquema vacinal completo há mais de 14 dias

O imunologista acrescenta que o alívio precoce das medidas de proteção básicas (higienização, distanciamento, máscara) nos sairá caro. “Este vírus inferioriza-nos e agarra cada oportunidade que lhe dermos para criar mais ondas virais.” É olhar para a Nova Zelândia, “basta um caso ou dois e isolam tudo porque o foco estratégico é a não transmissão”. Na ausência de uma vacina capaz de bloquear a capacidade de mutação, “a aposta está nas terapias antivirais com ensaios promissores”.

Terceira dose?

A Pfizer quer ver aprovada a terceira dose da vacina para conter a variante Delta, apoiando-se num estudo preliminar em que a imunização adicional aumentou os níveis de anticorpos de cinco para dez vezes mais, face à segunda toma. Porém, a comunidade científica mantém-se na expectativa, por questionar se esse aumento se traduz num incremento da proteção, que é elevada com duas doses. Uma posição defendida, de resto, pela Organização Mundial da Saúde, que aposta na globalização da cobertura vacinal, e subscrita por Hélder Mota Filipe, ex-presidente do Infarmed e consultor na Agência Europeia do Medicamento: até haver evidência científica, a administração da terceira dose está fora de jogo.

“Discutível” é a expressão usada por Manuel Santos Rosa a este respeito. “Haverá claramente quem não imunizou e possa beneficiar de um reforço, mas não sabemos se a taxa de anticorpos, um indicador pouco fiável, significa perda de imunidade”, remata.

A escassez de vacinas em países menos desenvolvidos propicia o aparecimento de mutações, uma vez que a carga viral é grande

“As nossas células T são muito robustas, sendo pouco provável que uma variante do vírus iluda a proteção das vacinas, que continuam a garantir a imunidade”, afirma Miguel Prudêncio, investigador do Instituto de Medicina Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. O bioquímico prossegue: “Se a replicação e a mutação do vírus resultar em novas variantes, mais prevalentes ou infecciosas, e a proteção conferida decair abaixo do aceitável, pode ser necessária nova imunização.” A decisão depende dos dados científicos apurados entretanto e das autoridades médicas, e será circunscrita a casos específicos, como pessoas com sistemas imunitários mais débeis ou imunodeprimidas.

“Quem se referiu copiosamente à imunidade de grupo (muitas vezes sem saber o que é o sistema imune ou tendo desse sistema uma imagem semelhante à PSP ou GNR do nosso corpo), está agora talvez perplexo.” A afirmação é de António Sousa Uva, docente e presidente do conselho pedagógico da Escola Nacional de Saúde Pública, no artigo de opinião publicado no site de informação em saúde Healthnews, no passado dia 18 de agosto, baseando-se nos números da vacinação a nível mundial (Our World in Data) para sublinhar que “apenas um por cento está vacinado em países menos abonados e, em alguns deles, dez vezes menos do que isso, como é o exemplo da Tanzânia”, pelo que “talvez não seja má ideia um olhar mais global, também, sobre a vacinação”.

Para Manuel Carmo Gomes, há, neste momento, “uma carga viral muito grande no planeta, por isso é que temos tantas mutações”. A escassez de vacinas em países

menos desenvolvidos é um assunto que nos diz respeito, caso fosse necessário mais um argumento. Ainda assim, o epidemiologista acredita que um só país pode chegar à imunidade de grupo, tal como aconteceu em Portugal e na Finlândia com a eliminação do sarampo. E deixa uma nota final otimista: “Com coberturas vacinais acima de 97% [no caso de outras doenças], se há país que consegue é o nosso!”

3 respostas essenciais sobre a vacinação

Numa altura de grande desinformação, os cientistas respondem às muitas dúvidas sobre as vacinas contra a Covid-19



Foto: Marcos Borga

A vacina Covid-19 é experimental e somos todos cobaias?

Hélder Mota Filipe, ex-presidente do Infarmed, começa por esclarecer que “qualquer medicamento que entre no mercado foi aprovado seguindo todos os passos para tal; no caso da Covid-19, criaram-se condições para que esses passos fossem mais rápidos e feitos em paralelo”. Dizer-se que é experimental não passa de um grande equívoco, que pode ter que ver com a designação de “autorização de introdução no mercado condicionada”. Ou seja, “para [as vacinas] serem aprovadas, a indústria teve de respeitar a condição de prolongar os estudos por dois anos e fornecer os dados à Agência Europeia do Medicamento”. Este tipo de autorização aplica-se a fármacos desenvolvidos para o cancro e outras doenças, “mas isso não quer dizer que seja experimental”.

E prossegue, referindo-se à farmacovigilância: “Os medicamentos e vacinas que estão no mercado são sujeitos a supervisão e monitorização para identificar efeitos adversos que não o tenham sido antes, nos ensaios.” Foi o caso dos fenómenos tromboembólicos (da Astrazeneca), numa fase inicial, “raríssimos” e, mais recentemente, das miocardites, “que

parecem ser pouco graves e sem problemas a longo prazo”. O docente lembra que “isto faz parte da vida de qualquer medicamento, estas vacinas é que têm um holofote especial e até estão a demonstrar uma melhor performance do que eu esperaria, seguras e eficazes na prevenção da doença grave e da morte”.

“Somos tão cobaias da vacina como do paracetamol, pois tudo o que está no mercado é alvo de monitorização”, diz o investigador Miguel Prudêncio, do Instituto de Medicina Molecular. Assim se justifica que “as bulas vão mudando à medida que se vai sabendo mais sobre reações raras, efeitos inesperados ou sinais que suscitam preocupação”.

A Covid-19 é transmitida com a mesma facilidade em pessoas vacinadas e em pessoas não vacinadas?

Vamos distinguir aqui as percentagens de eficácia das vacinas que estamos habituados a ler nas notícias. Elas referem-se ao facto de prevenirem a evolução para doença grave, a hospitalização e conseqüentemente as mortes. Um estudo recente da agência de saúde pública britânica mostra que as duas doses da Astrazeneca, por exemplo, têm uma eficácia de 80,9% contra a doença sintomática no caso da variante Delta (tinha 86,8% de eficácia em relação à variante Alpha); a prevenir o risco de hospitalização, a Astrazeneca é 92% eficaz com a Delta.

O mesmo estudo analisou a Pfizer e garante que as suas duas doses são 87,5% eficazes a prevenir doença sintomática e 96% eficazes contra o risco de hospitalização (variante Delta considerada). Portanto, as vacinas são altamente eficazes a prevenir a doença grave, mas um outro estudo do Imperial College London mostra que as vacinas são bem menos eficazes a prevenir a infeção.

“Com a variante Alpha, as vacinas protegem contra a infeção numa eficácia entre 80 e 90 por cento. Com a variante Delta, essa percentagem desce para os 60/65 por cento no caso das duas doses completas”, explica Manuel Carmo Gomes, professor de Epidemiologia da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa.

Carmo Gomes não tem dúvidas: “As pessoas vacinadas estão mais protegidas contra a infeção, mesmo com a variante Delta.” Na verdade, os totalmente vacinados têm 60% ou 65% de hipóteses de não apanhar o vírus. Algo que os não vacinados não têm.

O risco de adolescentes terem complicações com a vacina é maior do que o risco da Covid-19?

“O risco de um adolescente ter complicações com a vacina é bastante baixo. Já o risco de ter miocardite com a doença Covid-19 é bem mais alto do que ter com a vacina”, esclarece o epidemiologista Manuel Carmo Gomes. O docente da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa explica: “Quando se faz o balanço entre o benefício e o risco, o benefício é claramente maior, ao nível de hospitalizações evitadas, sem dúvida nenhuma.”

“Do ponto de vista científico, são necessários muitos dados para ter uma noção exata do valor destes acontecimentos (miocardites e pericardites), muito raros”, assume o bioquímico Miguel Castanho. O problema é que os testes da Pfizer, divulgados em maio, foram feitos com uma amostra pequena (mil vacinados e mil no grupo placebo). “A



ocorrência da doença é tão rara que dificulta a comparação entre os dois grupos.” Idealmente, “deveríamos esperar até ter mais dados e vacinar depois”. A alternativa seria vacinar todos os adultos e ter uma incidência baixa. “Se todos os adultos fizessem o que devem, não seria preciso colocar o ónus nos mais novos”, adianta Miguel Castanho.

Não podemos esquecer-nos de que há vantagens em alargar o número de pessoas protegidas e que as crianças são um reservatório para multiplicação de novas variantes, mas estes argumentos não são fortes. Na prática, “a inoculação dos 12 aos 15 anos contribui entre 3% e 4% para a proteção comunitária, o que é muito pouco”. Além disso, “as variantes surgiram em países com baixa cobertura vacinal por razões económicas”. Em Portugal, “esperando-se mais de 90% de vacinados acima dos 16 anos, a probabilidade de aparecerem novas variantes é residual para todos”.