

Pela reconquista das altas coberturas vacinais

For the return of high vaccination coverage

Para la recuperación de altas coberturas de vacunación

Akira Homma ¹
Maria de Lourdes de Sousa Maia ¹
Isabel Cristina Alencar de Azevedo ¹
Isabella Lira Figueiredo ¹
Luciano Bezerra Gomes ²
Clebson Veríssimo da Costa Pereira ¹
Eliana de Fátima Paulo ¹
Daniel Bruschi Cardoso ¹

doi: 10.1590/0102-311XPT240022

Resumo

O declínio global das coberturas vacinais levou a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, a definir a hesitação vacinal como uma das dez maiores ameaças mundiais à saúde pública. No Brasil, a queda da cobertura vacinal teve início em 2012, acentuando-se a partir de 2016, e sendo agravada pela pandemia de COVID-19. O alerta da baixa cobertura vacinal vem acompanhado pela reintrodução de doenças imunopreveníveis como o sarampo. O retorno de doenças até então eliminadas, como a poliomielite, pode agravar a crise sanitária ainda em curso. Mesmo sendo reconhecido como um dos mais efetivos programas de imunizações do mundo e dos esforços permanentes, o Programa Nacional de Imunizações enfrenta um cenário extremamente adverso no que tange às coberturas vacinais. Este artigo descreve o Projeto pela Reconquista das Altas Coberturas Vacinais (PRCV) e a estratégia de trabalhar na ponta do sistema, executada nos territórios, que vem sendo implementada desde 2021 e já começa a apresentar resultados promissores. O PRCV foi organizado em três eixos temáticos com atuação compartilhada e ações específicas, a saber: vacinação; sistemas de informação; comunicação e educação. Os resultados já alcançados permitem afirmar que é possível conseguir a reversão das baixas coberturas vacinais, a partir da articulação de ações estruturais e interinstitucionais, com o fortalecimento das políticas públicas e desenvolvimento de medidas de curto, médio e longo prazos. Os fatores mais potentes do PRCV são sua abordagem junto aos profissionais da ponta, o pacto social pela vacinação, e a estruturação de redes locais de apoio às imunizações.

Cobertura Vacinal; Vacinação; Imunização; Vacinas

Correspondência

A. Homma
Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, Fundação
Oswaldo Cruz.
Av. Brasil 4365, Rio de Janeiro, RJ 21045-900, Brasil.
akira@bio.fiocruz.br

¹ Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos, Fundação
Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.



Introdução

As vacinas e a vacinação salvam da morte e melhoram a qualidade de vida de milhões de pessoas todos os anos ¹. A erradicação da varíola do mundo, a eliminação de outras doenças e a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis são benefícios diretos dessa medida preventiva de excelente custo-efetividade.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973 ², reconhecido como um dos mais completos do mundo, conseguiu, por anos, elevadas coberturas vacinais pelo caráter universal e gratuito do Sistema Único de Saúde (SUS) ³. Porém, inúmeros problemas levaram à redução das taxas de cobertura vacinal ⁴. Em consequência, vem sendo criado um número enorme de crianças desprotegidas e susceptíveis a doenças imunopreveníveis passíveis de causar surtos e mortes.

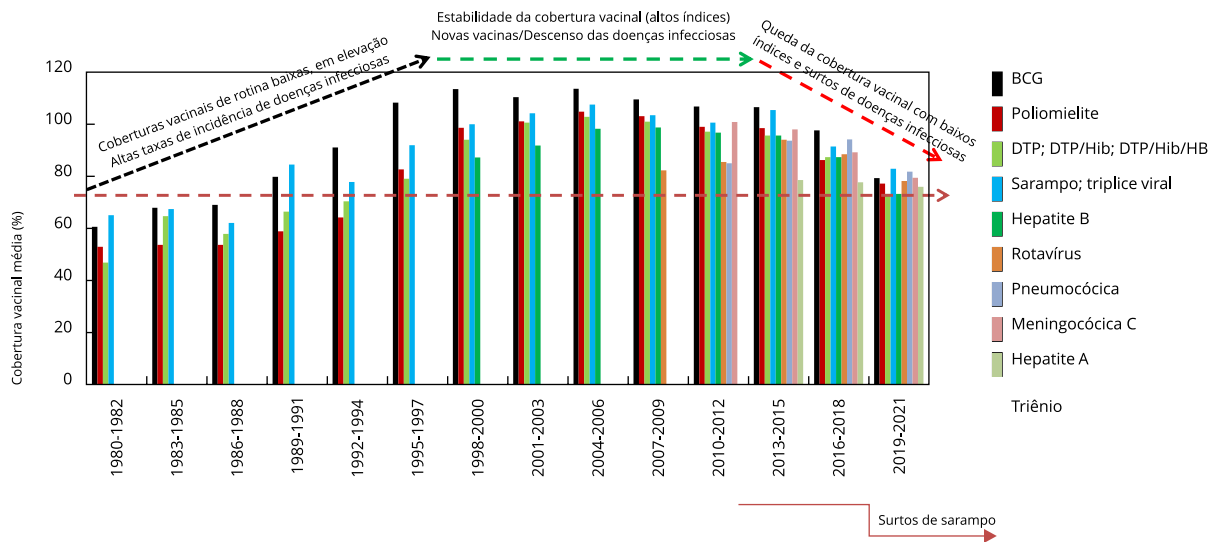
O declínio das coberturas vacinais é global, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, a definir a hesitação vacinal como uma das 10 maiores ameaças globais à saúde ⁵. No Brasil, a queda da cobertura vacinal teve início em 2012, acentuando-se a partir de 2016, e sendo agravada pela pandemia de COVID-19 (Figura 1).

Nenhuma das vacinas, nos últimos anos, alcançou cobertura vacinal adequada – Bacilo Calmette-Guérin (BCG) e rotavírus: 90%; demais: 95% (Tabela 1).

Campanhas pontuais foram realizadas sem reverter esse quadro. Frente a este grave problema, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio do seu Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos), propôs o *Projeto pela Reconquista das Altas Coberturas Vacinais* (PRCV), executado em conjunto com a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e o PNI. Este artigo descreve a estratégia diferenciada aplicada nos territórios, que vem sendo implementada desde o ano de 2021 e já começa a apresentar resultados promissores.

Figura 1

Coberturas vacinais médias por triênio por vacinas do calendário da criança. Brasil, 1980 a 2021.



BCG: Bacilo Calmette-Guérin; DTP: difteria, tétano e coqueluche; dTpa: tríplice bacteriana acelular; HB: hepatite B; Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b.

Fonte: acervo da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) para dados anteriores a 1997 e do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI – <http://sipni.datasus.gov.br>) para dados mais recentes.

Tabela 1

Panorama das coberturas vacinais nos menores de um ano e nos de um ano de idade, Brasil, 2012-2022.

| Imuno | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 * | 2021 * | 2022 * |
|--|--------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|
| BCG | 105,69 | 107,42 | 107,28 | 105,08 | 95,55 | 97,98 | 99,72 | 86,67 | 74,27 | 68,76 | 42,48 |
| Hepatite B em crianças até 30 dias | 0,00 | 0,00 | 88,54 | 90,93 | 81,75 | 85,88 | 88,40 | 78,57 | 63,96 | 61,71 | 41,51 |
| Rotavírus humano | 86,37 | 93,52 | 93,44 | 95,35 | 88,98 | 85,12 | 91,33 | 85,40 | 77,22 | 70,14 | 35,49 |
| Meningococo C | 96,18 | 99,70 | 96,36 | 98,19 | 91,68 | 87,44 | 88,49 | 87,41 | 78,50 | 70,54 | 35,96 |
| Penta (DTP/Hib/HB) | 24,89 | 95,89 | 94,85 | 96,30 | 89,27 | 84,24 | 88,49 | 70,76 | 77,15 | 69,49 | 34,68 |
| Pneumocócica | 88,39 | 93,57 | 93,45 | 94,23 | 95,00 | 92,15 | 95,25 | 89,07 | 81,27 | 73,11 | 36,92 |
| Poliomielite | 96,55 | 100,71 | 96,76 | 98,29 | 84,43 | 84,74 | 89,54 | 84,19 | 76,07 | 69,47 | 34,68 |
| Febre amarela | 49,31 | 51,50 | 46,86 | 46,31 | 44,59 | 47,37 | 59,50 | 62,41 | 57,21 | 57,37 | 31,15 |
| Pneumocócica (1ª reforço) | 0,00 | 93,11 | 87,95 | 88,35 | 84,10 | 76,31 | 81,99 | 83,47 | 71,35 | 65,02 | 29,73 |
| Meningococo (1ª reforço) | 0,00 | 92,35 | 88,55 | 87,85 | 93,86 | 78,56 | 80,22 | 85,78 | 75,83 | 67,52 | 35,37 |
| Tríplice viral D1 | 99,50 | 107,46 | 112,80 | 96,07 | 95,41 | 86,24 | 92,61 | 93,12 | 79,58 | 73,10 | 36,19 |
| Hepatite A | 0,00 | 0,00 | 60,13 | 97,07 | 71,58 | 78,94 | 82,69 | 85,02 | 75,04 | 66,52 | 32,80 |
| Poliomielite (1ª reforço) | 0,00 | 92,92 | 86,31 | 84,52 | 74,36 | 73,57 | 72,83 | 74,62 | 68,33 | 58,47 | 30,21 |
| Tríplice viral D2 | 0,00 | 68,87 | 92,88 | 79,94 | 76,71 | 72,94 | 73,27 | 81,55 | 62,83 | 51,39 | 24,23 |
| Tríplice bacteriana (DTP) (1ª reforço) | 0,00 | 90,96 | 86,36 | 85,78 | 64,28 | 72,40 | 73,27 | 57,08 | 76,13 | 62,60 | 30,68 |
| dTpa gestante | 0,00 | 2,80 | 9,34 | 44,97 | 33,81 | 42,40 | 60,23 | 63,23 | 46,32 | 43,01 | 24,18 |

BCG: Bacilo Calmette-Guérin; DTP: difteria, tétano e coqueluche; dTpa: tríplice bacteriana acelular; HB: hepatite B; Hib: *Haemophilus influenzae* tipo b.Fonte: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI - <http://sipni.datasus.gov.br>).

* Dados preliminares, atualizados em 14/Jun/2022.

A formulação do Projeto pela Reconquista das Altas Coberturas Vacinais e abrangência

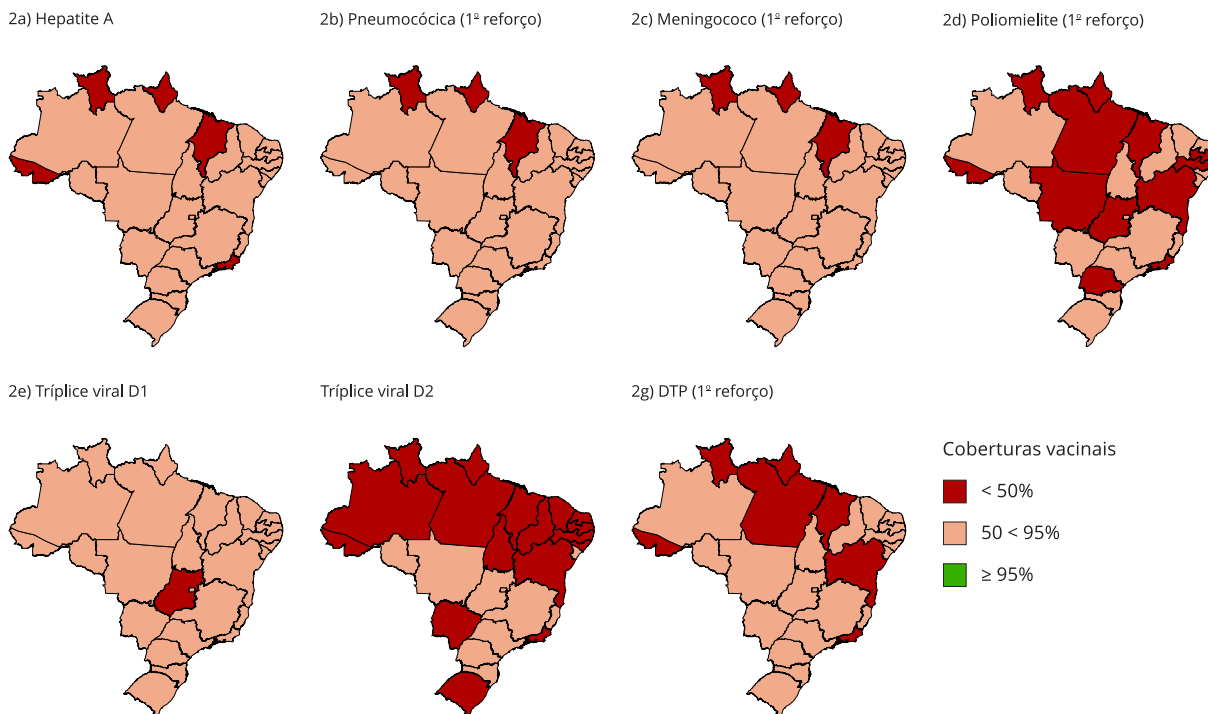
O PRCV preconiza obter, até 2025, elevação da cobertura vacinal com homogeneidade em todo o país, iniciando por 41 municípios (16 no Estado do Amapá, Região Norte; e 25 no Estado da Paraíba, Região Nordeste). Para tanto, fomenta a centralidade das atividades de imunizações na agenda política, buscando garantir seu financiamento por meio da elaboração de planos e projetos, em parceria com estados e municípios. Busca e analisa as causas das baixas coberturas vacinais, busca fortalecer o protagonismo local, fortalecendo a comunicação das coordenações de imunizações nos três níveis de governo, assim como o planejamento conjunto entre gestores de imunizações e atenção primária à saúde (APS), de forma que as vacinações sejam estruturadas e sustentáveis. Além disso, visa sensibilizar a população para a importância de vacinação e criar uma grande rede de solidariedade, com ampla participação social.

Essa estratégia diferenciada passa pelo pacto social pela vacinação, mobilizando as instâncias federal, estadual e municipal da saúde, educação e outras pastas, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), e diversos setores da sociedade civil, e objetiva: (a) elaboração de Planos Municipais Pela Reconquista das Altas Coberturas Vacinais (PMRCV); (b) formação de redes locais de apoio; (c) integração dos dados e sistemas de informação; (d) ações de educação e comunicação; (e) culminando na proposição de uma metodologia de disseminação nacional.

O PRCV fez análise dos níveis de coberturas vacinais nos diferentes estados brasileiros para compreender a distribuição regional do problema, e analisar a situação em cada estado da Federação (Figura 2).

Figura 2

Cobertura vacinal por tipo de vacina em crianças de um ano de idade. Brasil, 2021.



DTP: difteria, tétano e coqueluche.

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Dados preliminares, atualizados em 27/Mai/2021 e sujeitos a alterações.

Constatada a gravidade da situação nas regiões Norte e Nordeste, definiram-se o Amapá e Paraíba como áreas de abrangência inicial do PRCV. Além do Amapá ser o estado com mais casos de sarampo no país, Bio-Manguinhos já realizava pesquisas clínicas nesses estados, o que facilitou a articulação das relações institucionais necessárias à implementação do projeto nesses estados. Decidiu-se por trabalhar com todos os 16 municípios do Amapá, mas apenas com parte da Paraíba. Em negociação com gestores locais, focou-se nos 25 municípios que compõem a 1ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, contemplando 11% dos municípios e 37% da população do estado.

Ações realizadas pelo Projeto pela Reconquista das Altas Coberturas Vacinais

Os primeiros contatos e reuniões em ambos os estados foram com as Secretarias Estaduais de Saúde e suas coordenações estaduais de imunizações, os Cosems, Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde, Comissões Intergestores Bipartite e, no caso da Paraíba, Comissão Intergestores Regional.

Antes do trabalho de campo, foram realizadas reuniões virtuais com coordenadores estaduais e municipais dos 41 municípios dos dois estados, e foi solicitado que eles preenchessem formulários online para diagnóstico preliminar. Partindo destas informações e das premissas metodológicas, foram realizados, em novembro de 2021, encontros de sensibilização, mobilização e articulação do projeto nos dois estados. Nesse período, o PRCV realizou visitas técnicas a salas de vacinas, para complementação do diagnóstico situacional, em seis municípios do Amapá e em dez da Paraíba. Além

disso, realizaram-se reuniões com diferentes atores, especialmente gestores da saúde e lideranças da sociedade civil.

Entre dezembro de 2021 e janeiro de 2022, ocorreram oficinas presenciais envolvendo trabalhadores das salas de vacina e coordenadores municipais de imunizações e da atenção primária nas instalações das respectivas universidades federais. Realizadas em parceria com coordenações estaduais de imunizações e as referidas universidades, buscaram sensibilizar os participantes para identificar causas das baixas coberturas vacinais e propor ações/metapas para superação dos problemas em cada município. Em seguida, iniciou-se a elaboração dos PMRCVs, que buscam complementar os Planos Municipais de Saúde no estabelecimento de ações para qualificação da vacinação.

Foram estruturados com os seguintes elementos: análise da situação de saúde e da cobertura vacinal no município; definição dos objetivos e diretrizes do PMRCV; ações propostas; mobilização institucional e social para viabilização das ações; monitoramento e avaliação dos efeitos do plano. Sua sistematização ocorreu em oficinas realizadas em setembro de 2022, com atores que haviam participado dos primeiros encontros, agregando entidades da sociedade civil, mobilizadas previamente, para composição das redes locais de apoio, que tomou centralidade no estabelecimento de uma ampla rede de colaboração institucional com organizações públicas, não governamentais e privadas, nacionais e internacionais. Participam as instituições de ensino, Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde, representações do Programa Saúde na Escola, Rotary International, Lions Clube, Central Única das Favelas (Cufa), Pastoral da Criança, lideranças religiosas de diferentes matrizes, Conselhos Profissionais, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), dirigentes de Secretarias de Educação, entre outras.

Iniciativas dos três eixos

O PRCV foi organizado em três eixos temáticos com atuação compartilhada e ações específicas, a saber: Eixo 1 – vacinação; Eixo 2 – sistemas de informação; Eixo 3 – comunicação e educação.

O Eixo 1 – vacinação

É realizado com assessores locais que apoiam permanentemente os municípios na qualificação da vacinação em cada estado. Em parceria com o grupo Mulheres do Brasil e financiamento da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), elaborou o *Caderno de Capacitação de Monitores em Programa de Imunizações*, tendo realizado em julho de 2022 uma edição no Amapá de curso de 40 horas para duas turmas de profissionais das Imunizações, da Atenção Primária, de sala de vacina, e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Considerando a qualidade do material, a USAID solicitou autorização para utilizar o Caderno em outros países.

O Eixo 2 – sistemas de informação

Busca qualificar os dados sobre vacinação em todo o país. A equipe, em conjunto com o PNI, Departamento de Informática do SUS (DATASUS), Secretarias Estaduais de Saúde e DSEI, realizou reuniões e visitas técnicas, para entendimento das principais dificuldades relacionadas a esses sistemas. Soluções de informática estão sendo desenvolvidas para integrar diferentes sistemas e solucionar a perda de dados de registros das imunizações nos bancos de dados oficiais, a partir do mapeamento dos sistemas vinculados à imunização, seus fluxos e problemas mais comuns.

O Eixo 3 – comunicação e educação

Tem implementado a estratégia da mobilização de redes. Coordena 11 redes de apoio aos PMRCV, considerando que os 41 municípios estão distribuídos em cinco redes de apoio locais no estado do Amapá e seis redes na Paraíba; e articula outros potenciais parceiros do projeto, como as unidades da Fiocruz e as instituições de ciência e tecnologia, museus e redes de comunicadores. Promove ações de popularização de conceitos de saúde coletiva voltados para a valorização da comunicação, sendo o

hotsite (<https://prcv.org.br>) estabelecido como canal de contato inicial com as partes interessadas do projeto, e o portal do PRCV, ainda em construção, o principal canal de integração e troca de conteúdos sobre vacinas e vacinações para diferentes públicos. Além disso, faz articulação das ações de comunicação voltadas para grandes públicos.

Resultados alcançados

As diversas reuniões proporcionaram o envolvimento das coordenações estaduais de imunizações e das Secretarias Estaduais de Saúde no projeto; a sensibilização dos coordenadores municipais de imunizações e das Secretarias Municipais de Saúde para participarem, junto com seus profissionais nas atividades; e a aproximação com instituições públicas de ensino e pesquisa.

No campo da vacinação, destaca-se o apoio do PRCV no Amapá e na Paraíba para a execução e monitoramento da Campanha Nacional de Vacinação contra a poliomielite, entre agosto e setembro de 2022. Em 2021, a cobertura vacinal da poliomielite (VIP) em crianças menores que um ano de idade no Brasil foi 69,9%, tendo o Amapá ficado em último lugar, com 44,2%, e a Paraíba na 18ª posição entre as 27 unidades da federativas, com 68,4%. Em 2020, quando a cobertura do país foi de 76,2%, o Amapá também ocupava o último lugar, com 42%, e a Paraíba, a 16ª posição, com 72,7%⁶. Em dezembro de 2022, após a campanha de vacinação, a cobertura vacinal contra poliomielite em crianças menores de cinco anos de idade no Brasil atingiu 72,57%; e apenas dois estados superaram a meta de 95%: a Paraíba como primeiro colocado, e o Amapá em segundo lugar⁷.

Em relação à Paraíba, vale indicar que: (1) os 25 municípios paraibanos do projeto alcançaram a meta; (2) a Secretaria Estadual de Saúde, em julho de 2022, assumiu em evento público que disseminaria para todo o estado o método do PRCV; (3) por fim, a Coordenação Estadual de Imunizações da Paraíba tem sido uma das organizações condutoras do PRCV e já iniciou a disseminação do método em todo o estado. O trabalho resultou em uma alta taxa de homogeneidade de 91,03%, ou seja, apenas 20 dos 223 municípios do Estado da Paraíba não alcançaram cobertura vacinal adequada da pólio, demonstrando alta eficiência da estratégia do PRCV.

Considerações finais

Os resultados já alcançados pelo PRCV permitem afirmar que é possível conseguir a reversão das baixas coberturas vacinais, a partir da articulação de ações estruturais e interinstitucionais, com o fortalecimento das políticas públicas e desenvolvimento de medidas de curto, médio e longo prazos⁸. Não serão mobilizações pontuais ou campanhas de comunicação que se limitem a disseminar matérias e propagandas na mídia que conseguirão superar os desafios postos. Para que o trabalho tenha continuidade, com alcance das metas de todas as vacinas, é necessário que o PNI e APS, juntamente com estados e municípios, e apoio das redes locais, fortaleçam os profissionais de saúde que atuam no território e discutam estratégias que mantenham as ações estruturantes para a reconquista das altas coberturas vacinais.

O fator mais potente do PRCV é sua abordagem junto aos profissionais da ponta, não segmentando pautas e atores. A ação integrada e compartilhada de trabalhadores de saúde, gestores de diferentes esferas, instituições formadoras, das instâncias de controle social do SUS e da sociedade civil como um todo é que pode tirar o país da rota que leva ao desastre anunciado e fazer com que, de modo sustentável, as altas coberturas vacinais sejam reconquistadas.

Colaboradores

A. Homma contribuiu com a concepção do texto, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. M. L. S. Maia contribuiu com a concepção do texto, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. I. C. A. Azevedo contribuiu com a concepção do texto, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. I. L. Figueiredo contribuiu com a concepção do texto, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. L. B. Gomes contribuiu com a concepção do texto, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. C. V. C. Pereira contribuiu com a concepção do texto, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. E. F. Paulo contribuiu com a concepção do texto, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final. D. B. Cardoso contribuiu com a concepção do texto, produção dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica; e aprovou a versão final

Informações adicionais

ORCID: Akira Homma (0000-0002-4641-8491); Maria de Lourdes de Sousa Maia (0000-0003-4223-9151); Isabel Cristina Alencar de Azevedo (0000-0001-7376-2725); Isabella Lira Figueiredo (0000-0002-0077-5119); Luciano Bezerra Gomes (0000-0002-1957-0842); Clebson Veríssimo da Costa Pereira (0000-0003-4408-2645); Eliana de Fátima Paulo (0000-0003-2539-6761); Daniel Bruschi Cardoso (0000-0002-7498-3068).

Agradecimentos

À Fundação Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde pelo financiamento.

Referências

1. World Health Organization. Immunization agenda 2030: a global strategy to leave no one behind. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030> (acessado em 08/Dez/2022).
2. Brasil. Lei nº 6.925, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1975; 31 out.
3. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Souza Noronha KVM, et al. Brazil's Unified Health System: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* 2019; 394:345-56.
4. Fernandes J, Lanzarino NM, Homma A, Lemos ERS. Vacinas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021. (Coleção Temas em Saúde).
5. World Health Organization. The thirteenth general programme of work, 2019-2023. Geneva: World Health Organization; 2019.
6. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Informe técnico campanha nacional de vacinação contra a poliomielite e multivacinação para atualização da caderneta de vacinação da criança e do adolescente. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
7. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação contra Poliomielite. https://infoms.saude.gov.br/extensions/Poliomielite_2022/Poliomielite_2022.html (acessado em 08/Dez/2022).
8. Homma A, Possas C, Noronha JCN, Gadelha P, organizadores. Vacinas e vacinação no Brasil: horizontes para os próximos 20 anos. Rio de Janeiro: Edições Livres; 2022.

Abstract

The global decline in vaccine coverage led the World Health Organization (WHO) in 2019 to define vaccine hesitation as one of the world's top ten threats to public health. In Brazil, the drop in vaccination coverage began in 2012, increasing from 2016, and was aggravated by the COVID-19 pandemic. The warning of low vaccination coverage is accompanied by the reintroduction of immunopreventable diseases such as measles. The return of diseases so far eradicated, such as polio, can aggravate the ongoing health crisis. Despite the Brazilian National Immunization Program being recognized as one of the most effective worldwide and its continuous efforts, it is facing an extremely challenging scenario regarding immunization coverage. This article describes the Project for the Regaining of the High Vaccination Coverage (PRCV) and the strategy of working at the frontline, conducted in the local level, which has been implemented since 2021 and is already starting to show promising results. The PRCV was organized in three thematic axes with shared and specific actions, including: vaccination; information systems; communication and education. The outcomes achieved allow us to affirm that it is possible to reverse the low vaccination coverage, based on the articulation of structural and interinstitutional actions, with the strengthening of public policies and development of short-, medium-, and long-term measures. The most powerful factors of the PRCV are its approach to frontline professionals, the social pact for vaccination, and the establishment of local support networks for vaccinations.

Vaccination Coverage; Vaccination;
Immunization; Vaccines

Resumen

La disminución global de las coberturas de vacunación llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019, a definir la vacilación de la vacunación como una de las diez mayores amenazas para la salud pública en el mundo. En Brasil, la caída de la cobertura de vacunación comenzó en 2012, se acentuó a partir de 2016 y se vio agravada por la pandemia de COVID-19. La alerta de baja cobertura vacunal va acompañada de la reintroducción de enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión. El regreso de enfermedades hasta ahora eliminadas, como la poliomielitis, puede agravar la crisis sanitaria aún en curso. A pesar de ser reconocido como uno de los programas de inmunización más efectivos del mundo y de los esfuerzos permanentes, el Programa Nacional de Inmunización enfrenta un escenario extremadamente adverso en lo que se refiere a las coberturas vacunales. Este artículo describe el Proyecto por la Reconquista de las Altas Coberturas Vacunales (PRCV) y la estrategia de trabajo al final del sistema, ejecutada en los territorios, que se implementa desde 2021 y ya comienza a mostrar resultados prometedores. El PRCV fue organizado en tres ejes temáticos con actuación compartida y acciones específicas, a saber: vacunación; sistemas de Información; comunicación y educación. Los resultados ya alcanzados permiten afirmar que es posible lograr la reversión de las bajas coberturas vacunales, a partir de la articulación de acciones estructurales e interinstitucionales, con el fortalecimiento de las políticas públicas y desarrollo de medidas de corto, mediano y largo plazo. Los factores más potentes del PRCV son su abordaje junto a los profesionales de la punta, el pacto social por la vacunación, y la estructuración de redes locales de apoyo a las inmunizaciones.

Cobertura da Vacunación; Vacunación;
Imunização; Vacunas

Recebido em 19/Dez/2022
Versão final reapresentada em 03/Fev/2023
Aprovado em 14/Fev/2023