

Boletim de Imunização

Organização Pan-Americana da Saúde



Volume XLIV Número 3

Vacine e proteja sua família

Setembro 2022

Intercâmbio sobre estratégias de comunicação e geração de demanda para melhorar as taxas de vacinação contra a COVID-19 e a vacinação de rotina

Desde a introdução das vacinas contra a COVID-19 na Região das Américas em 2021, mais de 1,96 bilhão de doses foram administradas, e 69,4% da população da região está vacinada.¹ Contudo, apenas 17 dos 51 países e territórios atingiram a meta de 70% de cobertura vacinal estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A vacinação contra a COVID-19 nos diferentes países das Américas enfrenta muitos desafios complexos, entre eles a infodemia, com ampla circulação de mitos e desinformação (receios sobre a segurança e a eficácia das novas vacinas desenvolvidas em tempo recorde, rumores dos grupos antivacina, etc.), e a hesitação vacinal.

Por isso, graças a uma solicitação do Ministério da Saúde do Peru, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS organizaram duas sessões de intercâmbio entre países de língua espanhola da América Latina com o objetivo de apresentar estratégias bem-sucedidas de comunicação e geração de demanda. Essas estratégias foram implementadas para melhorar as taxas de cobertura e aceitação da vacina, tanto para a COVID-19 como para a imunização de rotina ao longo da vida.

Ambas as sessões contaram com a participação de ministérios da Saúde da América Latina de língua espanhola e de pontos focais de imunização e comunicação da OPAS, além de colegas de outras organizações da ONU e parceiros. Na primeira sessão de intercâmbio, realizada em junho de 2022, as experiências e lições aprendidas foram apresentadas por representantes dos ministérios da Saúde da Colômbia, da Guatemala, do Peru e do Uruguai, bem como do Departamento de Saúde do condado de Montgomery, no estado de Maryland, Estados Unidos da América. Cada país foi convidado a compartilhar sua experiência na área de trabalho em que havia obtido mais avanços em termos de cobertura vacinal.

Guatemala: grupos indígenas

Dr. Rodolfo Pineda, responsável pela Direção da Área de Saúde de Petén Sur Oriente, Guatemala, apresentou as atividades realizadas no país em nível local e com líderes comunitários maya, xinka e garífuna. O objetivo destas iniciativas é avançar a vacinação contra a COVID-19 nessas populações, com o apoio de diferentes parceiros e da Representação da OPAS na Guatemala, além da colaboração com o Dr. Luis Castellano, da Área de Saúde de Petén Sur Oriente.

Ver **COVID-19** na página 2

NESTA EDIÇÃO

- 1 Intercâmbio sobre estratégias de comunicação e geração de demanda para melhorar as taxas de vacinação contra a COVID-19 e a vacinação de rotina
- 2 Conversa com Daniel Salas, novo chefe da Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS
- 3 Vacinação contra a COVID-19 na Região das Américas: metas alcançadas e futuros desafios
- 4 O Programa Ampliado de Imunização de El Salvador se prepara para a campanha nacional de vacinação no âmbito da Semana de Vacinação nas Américas
- 5 IX Reunião Ad Hoc do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis

Conversa com Daniel Salas, novo chefe da Unidade de Imunização Integral da Família da OPAS

Em maio de 2022, Daniel Salas assumiu o cargo de chefe da Unidade de Imunização Integral da Família, parte do Departamento de Família, Promoção da Saúde e Curso de Vida da OPAS. Conversamos com ele para conhecê-lo um pouco melhor.

Dr. Salas, da Costa Rica, recebeu o diploma de Medicina da Universidade da Costa Rica em 2001. Também fez mestrado em Epidemiologia, com especialização em Epidemiologia Aplicada aos Sistemas de Saúde, na Universidade Nacional da Costa Rica (UNA). Posteriormente, recebeu o diploma de especialista em Gestão de Projetos do Instituto Tecnológico da Costa Rica.

Há quanto tempo você trabalha em saúde pública?

Vinte anos.

Exatamente vinte anos? Lembra-se de quando começou?

Sim, foi em fevereiro de 2002, então seriam 20 anos e 5 meses.

Bastante tempo.

Sim, faz muito tempo. Sempre fui um entusiasta da melhoria contínua, de estar sempre desafiando o *status quo*, ir um pouco mais além. Penso que parte do que se pretende fazer ou do que é preciso desenvolver para promover mudanças na saúde pública é nem sempre aceitar as coisas como estão. Sei que há produtos que estão muito bem feitos, que foram conquistados ao longo do tempo, e que é importante apoiá-los. Mas os tempos mudam, as necessidades mudam, e as organizações, as instituições e a oferta também precisam mudar. Creio muito nisso, e embora trabalhe em saúde pública há 20 anos, sinto como se estivesse apenas começando, no sentido de que vejo muitos desafios e estou empolgado em poder enfrentá-los e gerar as mudanças necessárias para fechar as lacunas na oferta de serviços e projetos de saúde. Essa oferta do que é preciso mudar.

O que o motivou a estudar medicina? Algum evento específico?

Foi uma combinação de duas situações. Nunca fui uma dessas crianças que dizia: “Quero ser doutor, vou ser médico quando crescer”, mas na escola

¹ Dados de 15 de julho de 2022. Ver Organização Pan-Americana da Saúde. Vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp.

Ver **SALAS** na página 8

COVID-19 continua da página 1

Lições aprendidas

- A experiência guatemalteca é um exemplo importante de como a participação da comunidade é fundamental para qualquer iniciativa de geração de demanda de vacinação.
- É essencial que os governos, por meio de seus respectivos serviços de saúde, colaborem com líderes comunitários que possam apoiar as mensagens de comunicação sobre os benefícios das vacinas.
- A comunicação deve ser clara, simples e adequada à linguagem e ao contexto cultural do público-alvo.

Uruguai: idosos

A professora Patricia Schroeder, diretora do Departamento de Comunicação do Ministério da Saúde Pública do Uruguai, apresentou as atividades realizadas para alcançar, informar e vacinar grupos de idosos.

O ministério buscou diferentes formas de disponibilizar as vacinas nos centros e levá-las até os grupos em maior situação de vulnerabilidade para deixá-las mais acessíveis. Além disso, desenvolveu o Plano de Vacinação COVID-19 2021-2022², que incluiu eventos voltados para as pessoas idosas consideradas prioritárias. A vacinação foi realizada em etapas utilizando esse método de priorização. Baseada no sucesso de uma iniciativa anterior para a vacina contra gripe (influenza), em 2020, a vacinação contra a COVID-19 começou nas casas de repouso (400 em todo o país). Essa estratégia também serviu para atualizar o registro de casas de repouso onde as pessoas são vulneráveis devido à idade. Verificou-se a completude dos esquemas primário e de reforço. Além disso, o país implementou diferentes estratégias, como a campanha Pueblo a Pueblo [De vilarejo em vilarejo], que levou vacinadores para as regiões mais isoladas do país, ligações de lembrete das vacinações agendadas para maiores de 60 anos e uma campanha de comunicação nas redes de pagamento do país.

Os resultados foram excelentes, com 100% de cobertura vacinal da primeira dose em maiores de 75 anos e 97% em idosos de 65 a 74 anos. A cobertura da segunda dose foi de 99% para maiores de 75 anos e 96% para idosos de 65 a 74 anos. A primeira dose de reforço atingiu uma cobertura de 87% em idosos de 65 a 74 anos e 85% em maiores de 75 anos. O país continua a promover a segunda dose de reforço nessa população e, embora a cobertura seja menor, as mensagens sobre a disponibilidade de vacinas e os locais de vacinação continuam.

Lições aprendidas

- Pessoas que moram em casas de repouso estão entre os grupos em maior situação de vulnerabilidade, e é importante vaciná-las primeiro.
- Levar os vacinadores para locais isolados e vacinar em domicílio foi uma estratégia bem-sucedida para chegar a pessoas com dificuldades de mobilidade e acesso.
- A comunicação por meio de SMS e ligações diretas para maiores de 60 anos para agendar as doses de reforço foi uma estratégia eficaz para chegar a pessoas com menos acesso aos centros de

- A comunicação segmentada em canais e locais ideais colaborou para o sucesso da vacinação desse grupo prioritário no Uruguai.

Colômbia: populações migrantes

Hugo Alejandro Arévalo Dillon, assessor de comunicação e imprensa do gabinete do Ministério da Saúde da Colômbia, apresentou as atividades realizadas para atingir grupos de migrantes, com o objetivo de informá-los e vaciná-los.

No dia 11 de dezembro de 2021, o ministério emitiu o Decreto nº 1671, incluindo as pessoas que transitaram e transitam pelo país em regiões fronteiriças como população-alvo do seu Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, independentemente do status migratório³. O objetivo era proteger a população migrante e reduzir o risco de surtos nas regiões fronteiriças. Esse esforço se converteu em um marco da implementação do plano de vacinação, tendo em vista as baixas coberturas vacinais desse grupo populacional, e contou com uma estratégia de comunicação específica.

A Colômbia desenvolveu estratégias para diagnosticar e avaliar como chegar a uma pessoa migrante e concentrou seus esforços em tornar a vacinação mais acessível e facilitar o cumprimento dos esquemas de vacinação devido à alta mobilidade desse grupo populacional. O foco da estratégia de comunicação era chegar a esse grupo. Por meio de um diagnóstico inicial, determinou-se que os migrantes tinham acesso a farmácias e drogarias. O Ministério da Saúde utilizou esses pontos de acesso ao serviço de saúde para informá-los sobre seus direitos de acesso a serviços de saúde. Além disso, grandes centros de vacinação foram instalados diretamente nas fronteiras.

Em outubro de 2021, em colaboração com a agência de imigração do país, utilizaram-se os oito pontos formais para circulação de pessoas na fronteira entre a Colômbia e a República Bolivariana da Venezuela, onde circulam entre 7 mil e 70 mil pessoas todos os dias, dependendo da região. Por último, também foram desenvolvidas atividades nas fronteiras com o Brasil, o Equador e o Peru. Nesses locais, alto-falantes foram utilizados para informar as pessoas migrantes (seja qual fosse seu status migratório) sobre o direito de acesso à vacinação. Até a data do intercâmbio, o país havia aplicado 1.061.844 doses na população migrante: 642.494 aplicações da primeira dose e 419.350 da segunda dose.

Lições aprendidas

- Proteger as populações em situação de vulnerabilidade permitiu proteger melhor a população colombiana.
- A vacina de dose única da Janssen (que tinha um esquema completo de uma dose em 2020 e 2021) assegurou a vacinação completa dos grupos migrantes.
- Foi importante adotar novos mecanismos de flexibilização migratória que permitissem que as pessoas migrantes fossem vacinadas sem documentos.
- A estratégia de comunicação deve levar em consideração os locais onde as pessoas do grupo-alvo se reúnem.
- A criação de grandes centros nas fronteiras foi uma maneira eficaz de vacinar os grupos migrantes diretamente nos locais por onde passavam.

² Ministério da Saúde Pública do Uruguai. Plan de Vacunación COVID-19. Disponível em: <https://www.gub.uy/uruguaysevacuna>

³ Governo da Colômbia. Decreto 1671 del 2021 del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Disponível em: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=174057>

COVID-19 continua da página 2

Estados Unidos da América: população de língua espanhola

Mariana Serrani, gestora do programa *Por Nuestra Salud y Bienestar* [Por nossa saúde e bem-estar], uma iniciativa de saúde latina do governo do condado de Montgomery, estado de Maryland, Estados Unidos, apresentou as atividades realizadas para chegar à comunidade latina e informá-la sobre as vacinas contra a COVID-19.

A iniciativa de saúde ocorreu no condado de Montgomery, perto do Distrito de Columbia. O condado tem uma população de cerca de um milhão de pessoas, e 20% da população é latina. Até junho de 2020, 70% de todos os casos novos de COVID-19 do condado foram registrados em pessoas de origem latina. Para abordar esse problema, a iniciativa de saúde implementou um plano para reduzir os efeitos da COVID-19 na população latina, com quatro objetivos: 1) aumentar a conscientização sobre a COVID-19 e sua prevenção; 2) promover os serviços de testagem e vacinação contra a COVID-19; 3) oferecer serviços em domicílio; e 4) expandir o acesso a serviços sociais e de saúde.

No âmbito desses quatro objetivos, a campanha de comunicação desempenhou um papel essencial de duas maneiras: 1) informando a comunidade sobre os serviços disponíveis e 2) compartilhando mensagens informativas e de prevenção da doença. Como porta-voz da campanha, a iniciativa criou um personagem relevante do ponto de vista cultural: Abuelina, uma senhora salvadorenha. A família de Abuelina chamou a atenção da comunidade latina e capturou sua imaginação com mensagens breves e simples que culminavam com informações específicas sobre onde obter testes e quando e onde se vacinar, por exemplo. As mensagens eram acessíveis e estavam disponíveis em todas as plataformas de comunicação administradas pela iniciativa. Outro elemento que acompanhou a campanha de comunicação sobre Abuelina e sua família foi a utilização de pessoas reais da comunidade, como líderes religiosos, pessoal médico, agentes comunitários de saúde e promotores da saúde.

A campanha de comunicação da Abuelina atingiu mais de 8 milhões de pessoas na região metropolitana dos estados de Maryland e Virgínia e no Distrito de Columbia. Cerca de 90% da população latina tomaram a primeira dose e 75% a 80% tomaram a dose de reforço. O *Por Nuestra Salud y Bienestar* realizou mais de 123 mil testes de COVID-19 e administrou mais de 47 mil doses de vacina e de reforço contra a COVID-19. Abuelina recebeu três prêmios Emmy⁴ pela campanha e pelos anúncios de utilidade pública.

Lições aprendidas

- O porta-voz das mensagens de vacinação é um elemento fundamental da estratégia de comunicação para que ela seja pertinente do ponto de vista cultural.
- O envolvimento antecipado e oportuno de líderes religiosos e influenciadores da comunidade é uma estratégia eficaz para ganhar a confiança das comunidades.
- É importante adaptar as mensagens de vacinação para cada público e criar campanhas que motivem os diferentes grupos de uma maneira específica.
- Os eventos comunitários são mais bem-sucedidos quando são realizados em um ambiente descontraído e levam em consideração o principal idioma e os horários das pessoas do grupo-alvo.

- Estudos qualitativos e grupos focais ajudam a entender as opiniões de grupos específicos para que se possa, assim, criar campanhas de comunicação eficazes.

Peru: populações residentes em regiões fronteiriças

Ana Cecilia Bardales Caballero, diretora geral do Escritório Geral de Comunicação do Ministério da Saúde do Peru, apresentou as atividades realizadas para chegar às comunidades em regiões de difícil acesso.

O país começou a implementação da estratégia de vacinação com um grande enfoque em espaços de vacinação em locais centrais da cidade. O ministério utilizou todos os seus canais e ferramentas de comunicação para divulgar informações sobre as vacinas, como horários, locais e recomendações das autoridades sanitárias. Para eles, era muito importante saber não só por que meio chegar às pessoas, mas também como. Por esse motivo surgiu a estratégia *Vamos a tu Encuentro. Vacúnate Ya* [Vamos ao seu encontro, vacine-se agora], que tinha como objetivo divulgar informações sobre a vacina em centros comerciais, centros desportivos, supermercados, bairros, etc.

Em março de 2022, o Ministério da Saúde e a Direção de Imunização lançaram a campanha *El Barrio de Vacunación contra la COVID-19. Es tu Oportunidad* [O bairro de vacinação contra a COVID-19. Esta é sua chance]. O objetivo era fechar as lacunas de vacinação em adultos e promover a vacinação de crianças de 5 a 11 anos. A estratégia de comunicação começou pela organização da comunidade: apoio de governos locais, organizações não governamentais, organizações nacionais, organizações internacionais, líderes distritais e empresas privadas de diferentes áreas, incluindo telecomunicações. Esses parceiros apoiaram o trabalho de aproximação junto à comunidade. A campanha incluiu anúncios sobre a chegada de vacinas em coletivas de imprensa, complementados por materiais multimídia e entrevistas nos meios de comunicação. Isso ajudou a manter as pessoas informadas sobre os horários, locais e grupos populacionais prioritários.

Uma importante estratégia posta em prática para aumentar o acesso à vacina em áreas remotas foi a vacinação móvel, com ônibus equipados com os materiais necessários para vacinar a população. Também foram utilizados mototáxis para chegar a lugares elevados e de difícil acesso. Esses meios também contavam com materiais de comunicação, como panfletos e megafones, para divulgar mensagens de vacinação.

Lições aprendidas

- Levar a vacinação para comunidades remotas e de difícil acesso é um dos passos mais importantes para melhorar a cobertura vacinal.
- Acompanhar essas iniciativas com mensagens importantes de acesso e educação sobre os benefícios das vacinas contribui para que mais pessoas se vacinem.
- As alianças com parceiros estratégicos da comunidade ajudam os ministérios da Saúde a reunir recursos que podem ser escassos em tempos de emergência. ■

⁴ Os prêmios Emmy são concedidos pela Academia Nacional de Artes e Ciências da Televisão dos Estados Unidos da América e premiam as realizações mais importantes da televisão. Ver Britannica, The Editors of Encyclopaedia. Emmy Award. Chicago: Encyclopaedia Britannica; 2020. Disponível em: <https://www.britannica.com/art/Emmy-Award>.

Vacinação contra a COVID-19 na Região das Américas: metas alcançadas e futuros desafios

No dia 31 de dezembro de 2020, aprovou-se a inclusão da primeira vacina contra a COVID-19 na lista da OMS para uso emergencial, um ano após a notificação oficial de um novo vírus denominado SARS-CoV-2. Até 30 de junho de 2022, haviam sido administradas mais de 12,1 bilhões de doses de vacinas no mundo todo, e a cobertura da última dose do esquema primário era de 61%. Na Região das Américas, na mesma data, havia sido administrado um total de 1,91 bilhão de doses, e 68,6% da população havia completado o esquema primário de vacinação. A falta de acesso e de acompanhamento e a resistência à vacinação fizeram com que fossem observados resultados heterogêneos nos países da região. As Américas são a segunda região com o maior número de casos de COVID-19, com cerca de 176 milhões de pessoas infectadas, e o maior número de mortes, cerca de 2,8 milhões.⁵ No entanto, esse cenário seria pior sem o efeito que as vacinas tiveram.

O processo de vacinação contra a COVID-19 representou um grande esforço por parte dos países, dos órgãos internacionais e, em particular, de todos os profissionais de saúde envolvidos nessa imensa tarefa. As recomendações do Grupo Estratégico Assessor de Especialistas sobre Imunização (SAGE, na sigla em inglês) da OMS e do Grupo Técnico Assessor (GTA) sobre Doenças Imunopreveníveis da OPAS têm sido fundamentais para orientar a tomada de decisões técnicas sobre como aproveitar ao máximo as vacinas disponíveis. Os governos da região assumiram o compromisso de distribuir as vacinas para todos os habitantes dos seus territórios. Para isso, foi fundamental o empenho de seus presidentes, ministros, universidades, autoridades reguladoras, programas de imunização e grupos consultivos nacionais. Outros aspectos relacionados ao delineamento e à execução da estratégia de vacinação e ao desenvolvimento e implementação das tecnologias de informação que acompanham e apoiam o processo permitiram completar os esquemas de vacinação contra a COVID-19 e evitar milhões de mortes na região.

Contudo, para diversos países e territórios da Região das Américas continua sendo um desafio atingir as metas de cobertura estabelecidas pela OPAS,⁶ entendendo-se que, para atingi-las, toda a população precisa estar protegida. Foi necessário reforçar todo o programa de imunização e introduzir ou fortalecer as ferramentas tecnológicas inovadoras que apoiaram os programas de vacinação para planejar, desenvolver e prestar contas sobre a estratégia de vacinação.

Desde maio de 2021, os países relataram mensalmente as estratégias de vacinação contra a COVID-19 por meio do formulário eletrônico de notificação conjunta (eJRF, na sigla em inglês), uma ferramenta para coleta de dados de imunização. Um número considerável de países e territórios informou dados relacionados à aquisição, à cobertura de grupos prioritários de risco, aos sistemas de informação, aos sistemas de cadeias de frio e de suprimentos, à gestão de resíduos e às avaliações realizadas. Isso permitiu conhecer de forma aprofundada e oportuna as estratégias, intervenções e inovações desenvolvidas pelos países e territórios da região, bem como gerar recomendações

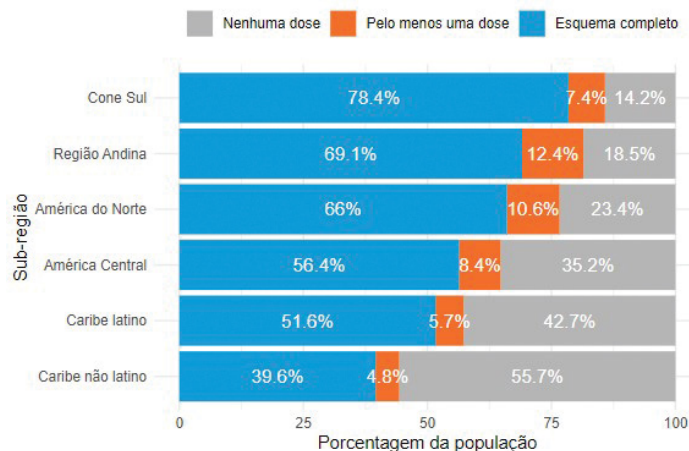
técnicas e perfis específicos⁷ e estabelecer prioridades de cooperação da OPAS. As informações recolhidas por meio do eJRF, juntamente com as informações publicadas pelos países e territórios em sites oficiais, permitem criar o Painel Regional de Vacinação contra a COVID-19 na Região das Américas,⁸ que entre novembro de 2021 e agosto de 2022 havia recebido mais de 150 mil visitas. O painel contém informações regionais, sub-regionais e por país e território, e é atualizado semanalmente. Além disso, essa ferramenta foi implementada por alguns países e territórios que disponibilizaram seus relatórios de cobertura para o público em geral, incluindo também informações epidemiológicas.

Cobertura vacinal contra a COVID-19 na Região das Américas

A vacinação contra a COVID-19 começou lentamente em dezembro de 2020 devido à falta de acesso à vacina, para em seguida sofrer uma aceleração constante ao longo de 2021 à medida que os países e territórios ganhavam acesso à vacina e a introduziam. O ano de 2022 começou com uma desaceleração, que atingiu um platô em abril, quando as doses de reforço começavam a ser administradas. A resistência à vacinação em determinados grupos populacionais, associada à priorização das doses de reforço adicionais, pode ter afetado as atividades de acompanhamento e conclusão do esquema primário.

A porcentagem de pessoas não vacinadas na região chega a 21,6%, o que representa cerca de 223 milhões de pessoas que não receberam nenhuma dose. Pode-se constatar, assim, que há deficiências no acesso aos serviços de vacinação. Por outro lado, em nível regional, 6,6% da população tem o esquema primário incompleto, o que pode sugerir problemas de acompanhamento. A **Figura 1** mostra as grandes diferenças em nível sub-regional. Nesse sentido, observa-se que os países e territórios da América Central e Caribe têm mais problemas de acesso à vacinação. Por outro lado, mais de 470 milhões de doses adicionais de reforço foram administradas na região, e alguns países iniciaram inclusive a aplicação de uma segunda dose de reforço (**Figura 2**).

Figura 1. Situação de vacinação contra a COVID-19 nas sub-regiões da Organização Pan-Americana da Saúde



⁵ Organização Mundial da Saúde. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Genebra: OMS; 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.

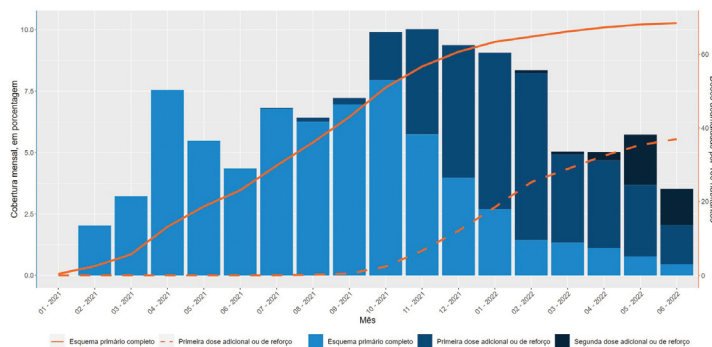
⁶ Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendação da OPAS em relação à Meta global da OMS para a cobertura vacinal contra a COVID-19. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/24-6-2022-recomendacao-da-opas-em-relacao-meta-global-da-oms-para-cobertura-vacinal-contra>

⁷ Organização Pan-Americana da Saúde. Perfis de país de vacinação contra a COVID-19. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion/datos-estadisticas-inmunizacion/perfiles-pais-vacunacion-covid-19>.

⁸ Organização Pan-Americana da Saúde. Vacunación contra la COVID-19 en la Región de las Américas. Washington, DC: OPAS; 2022. Disponível em: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion-es.asp.

COVID-19 continua da página 4

Figura 2. Alcance da vacinação contra a COVID-19 na Região das Américas



Dos 51 países e territórios da Região das Américas, 41 haviam atingido a meta de vacinação de 40% estabelecida pela OMS para 31 de dezembro de 2021, e 17 haviam atingido a meta de 70% estabelecida para 30 de junho de 2022. Dos 10 países e territórios que continuam abaixo do limiar de 40%, a maioria encontra-se no Caribe, com exceção da Guatemala. O Haiti é o único país da região com cobertura vacinal inferior a 10% (Figura 3). Esses resultados podem ser explicados por diversos fatores, como a falta de acesso tanto às vacinas quanto aos serviços de vacinação, por um lado, e, por outro, a falta de disponibilidade de dados de qualidade, entre outros fatores.

A hesitação à vacinação contra a COVID-19 no Caribe foi amplamente documentada. Um estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em seis países do Caribe⁹ revelou que os não vacinados são em sua maioria jovens (idades entre 18 e 30 anos) e tendem a não ter trabalho formal. Por não terem emprego, não precisam cumprir as exigências institucionais impostas para encorajar a vacinação. O argumento mais frequente para não se vacinar é a falta de confiança nas vacinas devido ao seu desenvolvimento acelerado, incerteza quanto a seus componentes e possíveis efeitos secundários de longo prazo. Como motivos para não vacinar a população infantil,

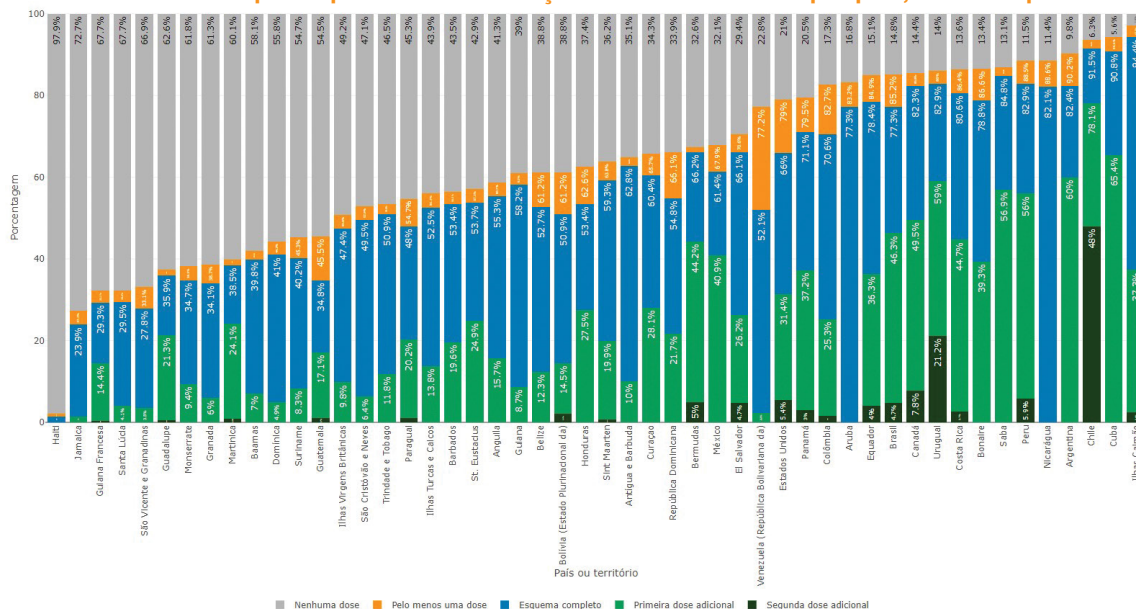
os pais e responsáveis indicam que elas não têm idade suficiente para receber a vacina (17%), seguido de “essa é uma escolha e eu decido não fazer” (9%).

Além disso, a OPAS realizou um estudo¹⁰ com mais de 1000 profissionais de saúde de 14 países do Caribe sobre a vacinação de rotina e a vacinação contra a COVID-19, que constatou que 23% dos profissionais de saúde do Caribe não tinham a intenção de se vacinar o mais rápido possível. A pesquisa determinou que enfermeiros (34%), profissionais afins da área da saúde (38%) e trabalhadores mais jovens (85% do quartil de idade de 51 a 87 anos) eram mais propensos a questionamentos em comparação a seus pares. Com essas informações, a OPAS desenvolveu uma declaração de política regional e uma comunicação específica para abordar as preocupações desses membros visíveis e influentes da sociedade caribenha.

Considerando-se a falta de abastecimento de vacinas na etapa inicial, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde da região e a resistência à vacinação, os países e territórios fizeram um esforço louvável para atingir os objetivos propostos. A vacinação contra a COVID-19 tem tido um papel fundamental no controle da pandemia, o que trouxe um grande desafio para os programas de imunização dos países em nível mundial. Na região, observam-se resultados heterogêneos entre sub-regiões e países, por isso as boas práticas e as lições aprendidas devem ser documentadas e divulgadas. A OPAS continuará fazendo todo o possível para prestar assistência técnica a fim de desenvolver estratégias que permitam atingir as metas de cobertura, integrar a vacinação contra a COVID-19 aos esquemas de rotina e fortalecer as equipes de saúde para proteger a saúde da população. ■

Contribuição de: Catalina Abarca, Dan Álvarez, Pamela Burgos, Ignacio Castro, Marcela Contreras e Martha Velandia, Unidade de Imunização Integral da Família, Organização Pan-Americana da Saúde.

Figura 3. Cobertura do esquema primário de vacinação contra a COVID-19 por país, semana epidemiológica 26



⁹ Fundo das Nações Unidas para a Infância. COVID-19 Vaccine Hesitancy Survey Report 2021. Bridgetown: UNICEF; 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/easterncaribbean/media/3001/file/COVID%20vaccine%20hesitancy%20exe%20summary.pdf>.
¹⁰ Organização Pan-Americana da Saúde. Preocupaciones, actitudes y prácticas previstas de los trabajadores de salud con respecto a la vacunación contra la COVID-19 en el Caribe. Washington, DC: OPAS; 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/551100/OPSCPCOVID-19210001_spa.pdf.

O Programa Ampliado de Imunização de El Salvador se prepara para a campanha nacional de vacinação no âmbito da Semana de Vacinação nas Américas

No âmbito da Semana de Vacinação nas Américas, a OPAS, com o apoio da Embaixada do Canadá e do UNICEF, organizou uma série de oficinas com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde a realizar campanhas de vacinação eficazes e de alta qualidade, com a participação dos Escritórios Regionais de Saúde do Ministério da Saúde.

Como atividade inicial, 120 profissionais das cinco regiões de saúde receberam capacitação para vacinação de seguimento contra o sarampo, ao lado da equipe da sede da OPAS em Washington, DC. A expectativa era que todos os municípios elaborassem um plano de microplanejamento da vacinação, o que foi feito com excelentes propostas de atividades para a estratégia recomendada.

Posteriormente, 40 profissionais receberam capacitação para atuar como tutores e facilitadores, com o objetivo de fortalecer seus conhecimentos específicos para também atuarem nas regiões como formadores em tópicos como: ciclo de vida das vacinas, como são desenvolvidas e sua segurança; funcionamento do sistema imune ao receber as vacinas; princípios básicos das vacinas e suas particularidades; vacinação segura; vigilância de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização; monitoramento das coberturas vacinais; cuidados da cadeia de frio durante a campanha de vacinação; e características das vacinas a serem utilizadas na campanha (sarampo/caxumba/rubéola, vacina oral contra a poliomielite, vacina contra gripe e vacina contra a COVID-19) e de outras vacinas. Finalizaram-se diretrizes técnicas para a campanha a ser implementada a partir de 11 de julho de 2022.

A metodologia utilizada enfatizava a prática diária do pessoal de vacinação, utilizando material didático que incluía um estudo de caso para apoiar o desenvolvimento da capacitação, implementação, acompanhamento e avaliação das ações de imunização, além de aulas práticas, discussões de casos, dramatizações e simulações realistas. Os



O Programa Ampliado de Imunização de El Salvador se prepara para a campanha nacional de vacinação. © Samia Samad/OPAS

enfermeiros contratados nos municípios para a campanha (369) foram avaliados. Cada vacinador deveria obter uma pontuação de pelo menos 70% para ser aprovado. Nos casos em que o resultado fosse inferior ao esperado, o profissional deveria realizar um estágio de um dia na área de vacinação para depois ser reexaminado. O método utilizado permitiu compartilhar experiências, adquirir conhecimentos e ouvir opiniões, além de contar com um grupo de facilitadores capacitados na metodologia para apoiar futuras capacitações.

A partir do dia 23 de junho de 2022, os facilitadores iniciaram a revisão das capacitações nas cinco regiões de saúde, utilizando a metodologia proposta e alcançando todo o público-alvo que estava sendo preparado para a implementação da campanha. As características geográficas

e territoriais, bem como os contextos culturais, são alguns dos desafios que requerem que as equipes técnicas utilizem diferentes estratégias para que a atividade seja realizada de uma maneira eficaz.

As autoridades sanitárias agradecem e congratulam o pessoal de enfermagem que se deslocou para todos os cantos do país levando vacinas e serviços para as pessoas que não têm acesso a um centro de saúde.

■ **Contribuição de:** Samia Samad, especialista em imunização da OPAS; Nora Villatoro, coordenadora de imunização do Ministério da Saúde de El Salvador; Sara Lemus, enfermeira do Programa Ampliado de Imunização do Ministério da Saúde de El Salvador; Ana Yamilet, epidemiologista do Programa Ampliado de Imunização do Ministério da Saúde de El Salvador.

IX Reunião *Ad Hoc* do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis¹¹

O GTA ordenou as seguintes recomendações conforme o grau de urgência:

1. O GTA exprime grande preocupação com relação ao acentuado declínio na cobertura vacinal de DTP3, polio3 e SCR2 nas Américas e seu desapontamento em ver que as conquistas obtidas ao longo de 40 anos estão em risco de colapso. O GTA recomenda fortemente que os países concentrem seus compromissos políticos, técnicos e financeiros em interromper a diminuição da cobertura vacinal até dezembro de 2023. Os países devem aumentar a cobertura vacinal para todos os antígenos do programa regional de imunização, a fim de atingir o limiar de cobertura de 95%. Esses objetivos precisam ser priorizados frente aos recursos financeiros e humanos finitos existentes para resolver as necessidades essenciais de saúde e enfrentar ameaças emergentes à saúde.
2. O GTA encoraja fortemente a OPAS a enfrentar esta crise, tanto em nível técnico quanto político. A menos que o discurso político provoque ações urgentes apoiadas pelos recursos necessários, é provável que muitas crianças morram devido a diversas doenças imunopreveníveis. O primeiro passo é interromper a tendência continuada de declínio da cobertura vacinal. O próximo objetivo será atingir os níveis de cobertura que os programas tiveram tanto sucesso em obter uma década atrás.
3. Além das consultas em andamento com os ministérios da Saúde, a OPAS precisa colaborar com chefes de governo e ministérios das Finanças, além de organizações regionais e mundiais, como a Organização dos Estados Americanos, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e o Banco Mundial, entre outros parceiros. A OPAS deve obter compromissos inequívocos de fortalecimento do programa regional de imunização e trabalhar com essas entidades para estabelecer metas e marcos claros de monitoramento do progresso. Além disso, a OPAS deve colaborar com uma ampla gama de organizações doadoras e parceiros para criar uma coalizão de apoio aos programas nacionais de imunização em todos os níveis. Esses esforços devem ser um claro chamado à ação para que os governos e todos os interessados diretos nas Américas apoiem planos de ação e orçamentos plurianuais para implementar as recomendações da Resolução CE168.R15 (Revigoração da imunização como um bem público para a saúde universal). A Secretaria regional da OPAS deve receber recursos para expandir sua presença em campo para prevenir doenças imunopreveníveis em países prioritários.
4. O GTA está profundamente preocupado com o acúmulo de diversas coortes grandes de crianças subvacinadas em toda a região. Em 2021, havia 2,7 milhões de crianças nas Américas com menos de 1 ano de idade não vacinadas ou subvacinadas, o que as deixa suscetíveis a muitas doenças imunopreveníveis (particularmente poliomielite, sarampo, coqueluche, difteria, rotavírus e doenças pneumocócicas). Os países precisam avaliar suas taxas de cobertura vacinal nos níveis nacional e subnacional para identificar e vacinar crianças suscetíveis. Em locais onde as taxas de cobertura de DTP3, polio3 ou SCR2 caíam abaixo de 80%, os países devem reforçar a prestação de serviços de imunização de rotina e implementar operações de vacinação de recuperação (catch-up) com múltiplos antígenos — intensificação periódica das atividades de imunização de rotina, estratégias locais inovadoras (como equipes móveis de vacinação, atividades de apoio, eventos nos quais diversos serviços de saúde sejam oferecidos ao público em um único local) — para fechar a lacuna de imunidade.
5. Devido ao perigoso declínio na imunidade da população à poliomielite e ao sarampo, o GTA insta fortemente os países, quando for o caso, a realizarem campanhas de seguimento de vacinação com múltiplos antígenos, com a assistência técnica da OPAS. A vacinação deve ser oferecida durante essas campanhas para os grupos prioritários em alto risco de hospitalização e morte por COVID-19.
6. Dado o risco de importações e de PVDVc, o GTA recomenda fortemente que os países que ainda não introduziram a segunda dose da vacina inativada contra a poliomielite (VIP) em seu calendário nacional de imunização façam isso imediatamente para reduzir o número de crianças suscetíveis ao poliovírus tipo 2 (PV2). Além disso, os países devem oferecer imediatamente as doses de recuperação de VIP1 e VIP2 para todas as crianças elegíveis.
7. O GTA reafirma sua recomendação anterior de que os países não suspendam o uso da vacina oral contra poliomielite bivalente (VOPb) no momento para utilizar um esquema que inclua apenas VIP. Países que tenham sido classificados como de “muito alto risco”, “alto risco” ou “médio risco” para poliomielite pela Comissão Regional para a Certificação da Erradicação da Poliomielite na Região das Américas (RCC, na sigla em inglês) em pelo menos um dos últimos três anos consecutivos não devem parar de utilizar a VOPb. Vale ressaltar que muitos países da região se encontram atualmente nessa categoria.
8. Tendo em vista as crescentes lacunas de imunidade relatadas em todos os países e territórios das Américas, o GTA insta os países a ampliarem a faixa etária para suas operações de vigilância, de forma a incluir adolescentes e adultos que apresentem sinais e sintomas de alguma doença imunoprevenível. Por exemplo, deve-se investigar cuidadosamente a possibilidade de poliomielite em casos de paralisia flácida aguda, mesmo que a pessoa tenha mais de 15 anos de idade.
9. De acordo com as diretrizes da OMS, os países precisam reduzir ainda mais o número de pessoas nas Américas que não receberam a série primária da vacinação contra a COVID-19. Os países devem concentrar seus recursos para que os grupos prioritários de alto risco, como idosos, profissionais de saúde e pessoas imunocomprometidas, atinjam 100% de cobertura tanto da série primária quanto das doses de reforço, de forma a minimizar as internações hospitalares e mortes por COVID-19. Os países precisam atingir pelo menos 70% de cobertura vacinal com a série primária na população em geral. Ao mesmo tempo, o GTA recomenda que as autoridades governamentais reinstituam medidas sociais e de saúde pública (isto é, uso de máscara em espaços fechados ou lotados, higiene das mãos, distanciamento social) para minimizar a propagação do vírus SARS-CoV-2 na população, de acordo com a situação epidemiológica.
10. O GTA recomenda que os países continuem a sensibilizar os médicos e outros profissionais de saúde e a fortalecer a capacidade de vigilância e diagnóstico para identificar e limitar a propagação do surto multinacional de varíola símia. O GTA elogia a OPAS pelo desenvolvimento de diretrizes e materiais de capacitação para profissionais de saúde para facilitar a detecção de casos suspeitos de varíola símia e recomenda que a Organização expanda esses esforços para chegar a estabelecimentos públicos e privados de saúde e organizações não governamentais que atendam os principais meios de comunicação e a população em geral.
11. Devido ao estoque extremamente limitado de vacinas contra a varíola símia, os atuais esforços de alocação devem levar em consideração a distribuição geográfica dos casos confirmados e a probabilidade de propagação do vírus. O GTA recomenda que o Fundo Rotativo para Acesso a Vacinas da OPAS continue a trabalhar com os fabricantes de vacinas para mapear a expansão da capacidade mundial de produção de vacinas e promover a inclusão da distribuição equitativa de doses de vacina no algoritmo de alocação. ■

¹¹ Organização Pan-Americana da Saúde. IX Reunião *Ad Hoc* do Grupo Técnico Assessor (GTA) da OPAS sobre Doenças Imunopreveníveis: Relatório final. OPAS: Washington, DC; 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56633>.

O *Boletim de Imunização* é publicado quatro vezes ao ano, em inglês, espanhol, francês e português, pela Unidade de Imunização Integral da Família da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OMS). A finalidade deste boletim é facilitar o intercâmbio de ideias e informações com respeito aos programas de imunização na Região e além.

As referências a produtos comerciais e a publicação de artigos assinados no boletim não constituem endosso pela OPAS/OMS, nem representam necessariamente a política da Organização.

ISSN 1814-6260

Volume XLIV Número 3 • Setembro 2022

Temos o prazer de comentar que com o apoio da Unidade de Gestão do Conhecimento de OPAS, todos os *Boletins de Imunização* de 1979 até o presente, existem no Repositório Institucional (IRIS), que pode ser encontrado aqui:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/33674>

Editores: Octavia Silva e Martha Velandia

OPAS/FPL/IM/22-0051

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2022**

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Unidade de Imunização Integral da Família

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<https://www.paho.org/pt/topicos/immunizacao>



SALAS continua da página 1

fui me apaixonando muito por todas as coisas relacionadas às ciências naturais. Adorava biologia, como funciona o organismo, e tudo de anatomia. Também tinha uma vocação social, vocação de servir, de ajudar as pessoas. E então, de repente, juntei essas duas áreas de interesse e me dei conta de que a medicina era uma excelente alternativa e fui por esse caminho. Não tinha tanta certeza, mas à medida que chegava o momento de ir para a universidade, as coisas foram se esclarecendo.

Outra área de que sempre gostei muito é a parte de tecnologia. Então, gostava muito de engenharia de sistemas, por exemplo. Mas, no final, a medicina conquistou meu coração, no sentido de que eu podia ajudar as pessoas e podia me desenvolver em uma área que me chamava muito a atenção – as ciências naturais e aplicadas.

Como descreveria sua experiência como Ministro da Saúde da Costa Rica?

Nunca fui uma pessoa que dizia: “Desejo chegar a ministro”. No entanto, quando esse pensamento me vinha à mente, pensava que, se a oportunidade aparecesse e eu aceitasse, teria que ser com um presidente que apoiasse verdadeiramente a base técnica, a ciência e a razão na hora de tomar decisões. Foi o que eu disse na época ao presidente que me chamou, e senti que havia essa química e que existia a intenção de dar respaldo ao que realmente beneficia a saúde e o bem-estar do povo. Assim sendo, aceitei, complementado pelo fato de sentir que já tinha os conhecimentos e a experiência adquiridos na área da saúde pública, na qual desempenhei funções em muitas áreas, e isso me motivou a aceitar o desafio. Foi um desafio muito grande e que aceitei, claro, sem saber que a pandemia [de COVID-19] estava para chegar, o que foi uma situação muito mais complexa que a enfrentada normalmente por um Ministro da Saúde.



Daniel Salas. © OPAS

Você foi ministro por quanto tempo?

De novembro de 2018 a 30 de abril de 2022. Quase quatro anos.

Sim. Então, aceitou o cargo e depois veio a pandemia, que foi algo totalmente inesperado.

Sim, a agenda de trabalho seguia em outra linha. Não se imagina que uma pandemia dessa magnitude possa acontecer, embora eu também tivesse trabalhado em outras ocasiões na preparação para a pandemia de influenza. E a gente sabe que algo assim pode ocorrer. Temos mais consciência disso. Felizmente, quando eu era ministro, veio a pandemia e tínhamos uma equipe de trabalho muito competente e consolidada. Junte-se a isso minha contribuição pelo fato de já ter conhecimentos de epidemiologia, gestão de surtos, administração, e tudo isso me ajudou na minha gestão como ministro. Toda a negociação que precisou acontecer em meio à pandemia, trabalhar com outros setores, com empresas privadas, com organizações não governamentais, isso foi algo positivo e um grande aprendizado em meio à pandemia. Algo que acho que ajudou na gestão é que sempre tentei ser um

orador muito direto, muito calmo e muito sereno; e também transmitir segurança à equipe de trabalho, à população e a outros atores sociais. Gosto de tentar falar usando linguagem bem simples para a população. É preciso saber com quem estamos falando. E esse às vezes é um erro que nós, profissionais de saúde, cometemos muito, de parecer que estamos nos dirigindo a outros profissionais de saúde, quando estamos falando para públicos-alvo diferentes ou para toda a população. Então, precisamos aprender e tentar nos colocar no nível de linguagem e compreensão do público-alvo. Isso é algo que também aprendi quando fui diretor de marketing social em saúde do ministério. Creio que desde antes disso já estava claro para mim, mas se reforçou ainda mais quando ocupei esse cargo. É preciso entender a quem se dirige o argumento e como adaptar o discurso, como apresentá-lo de uma maneira mais clara, e isso foi fundamental durante a pandemia de COVID-19.

Concordo. Você teve a chance de refletir sobre a sua carreira até este momento? Quais foram as lições aprendidas?

Acho que o mais importante em termos das lições aprendidas sobre o tópico de gestão é que é preciso ouvir. Aprender a ouvir mais de um ponto de vista. Não falar tanto. Ouvir e buscar o consenso sempre que possível. Nem sempre se chega a um bom consenso, mas acredito muito em ouvir, saber analisar, aplicar sempre o método científico, a lógica, mas, acima de tudo, o bom senso. Na gestão pública, é preciso aplicar muito o bom senso e ser prático. Também não se deve demorar muito para tomar decisões, o tempo é muito importante. Não podemos ficar fazendo análises constantes, precisamos ser executivos e agir para que as coisas aconteçam. É preciso ter equilíbrio, porque também não se pode ser 100% executivo quando não se ouve, não se analisa, mas não é possível ficar sentado analisando o tempo todo sem conseguir tomar decisões em tempo hábil. ■