

Imunização no Sistema Único de Saúde

José Cassio de Moraes¹, Clélia Maria Sarmiento de Souza Aranda², Eduardo Hage Carmo³, Lely Stella Guzman Barrera⁴, Juan José Cortez-Escalante⁴, Haydee Padilla⁴

¹ Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

² Centro de Vigilância Epidemiológica da Coordenadoria de Controle de Doenças/ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

³ Instituto Sul-americano de Governo em Saúde.

⁴ Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.

Introdução

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica com a publicação da Lei 6259 e regulamentação em 1976 pelo Decreto Federal 78231^{1, 2} sistema constituído por um órgão central (Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística da Saúde), órgãos regionais e microrregionais mantidos pelas Secretarias estaduais e municipais de saúde, com Unidades de Vigilância Epidemiológica localizadas em estabelecimentos de saúde em nível regional e referendado pelo nível central.

Estes mesmos instrumentos legais institucionalizaram o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973³, tornando desde então obrigatória a vacinação. Em 1977 foi definido, através de portaria ministerial⁴, o primeiro calen-

dário para crianças menores de um ano de vida, composto pelas vacinas BCG; Oral Poliomielite (VOP); Difteria, Tétano e Coqueluche (DTP), além da vacina contra sarampo.

Em 1990, dois anos após a promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual se define a saúde como direito de todos e dever do Estado, as ações e serviços de saúde passam a ser regulamentadas pelas leis orgânicas da saúde, formalizando o Sistema Único de Saúde (SUS), com diretrizes como universalização de acesso, integralidade e igualdade de assistência, direção única com descentralização, hierarquização e regionalização político administrativa e uso da epidemiologia para estabelecer prioridades.⁵

O SUS e os avanços do Programa Nacional de Imunizações

Desde os primeiros anos da criação do PNI as ações respectivas já vinham sendo desenvolvidas sob a forma de rede hierarquizada e regionalizada. Com as novas diretrizes estabelecidas pelo SUS, o Programa foi sendo gradativamente descentralizado. Atualmente, as ações do PNI são realizadas pelos 5.570 municípios brasileiros, os quais, além das vacinações obrigatórias da rotina, executam estratégias especiais como campanhas em postos fixos e móveis, vacinação em escolas, vacinação de bloqueio e investigação de eventos adversos e óbitos

temporalmente associados à vacinação. Aos estados cabem a coordenação e o apoio técnico necessários ao desenvolvimento das ações no seu território, além da aquisição dos insumos necessários como seringas, agulhas e impressos. O Ministério da Saúde é responsável pela definição das vacinações obrigatórias, aquisição dos imunobiológicos e normalização técnica⁶. A regulamentação das responsabilidades e a definição de diretrizes para execução e financiamento das ações de saúde, aprimoradas desde a criação do PNI, vêm contribuindo para

os avanços do programa, que representa atualmente uma das ações em saúde pública que atende integralmente os pressupostos do SUS, ao garantir acesso universal e igualitário.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷, que estabeleceu as unidades básicas de saúde (UBS) como porta de entrada, ao mesmo tempo coordenadora do cuidado e das ações e serviços disponibilizados na rede de saúde, aponta na estrutura das mesmas a sala de vacina como componente essencial. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), em ação desde 1994, também contribuiu para a consolidação e qualificação dessa política. Dessa forma, o acesso ao PNI é garantido pela existência de mais de 36 mil salas de vacina distribuídas no país⁶, disponibilizando todas as vacinas estabelecidas nos calendários oficiais, abrangendo um público formado por crianças, adolescentes, gestantes, adultos e idosos. A força de trabalho do SUS é um dos grandes pilares para o alcance dos resultados no sistema e, neste aspecto, merecem destaque especial os trabalhadores que compõem as equipes de vacinação, os quais são os responsáveis por universalizar o acesso aos imunobiológicos à população brasileira.

Outro avanço importante do PNI está associado à atualização e ajustes nos calendários oficiais pelo Ministério da Saúde, atribuição explicitada na lei de criação do PNI e reforçada nos dispositivos legais do SUS. Desde o primeiro calendário em 1975 até 2003, os benefícios estavam direcionados às crianças, embora outros grupos populacionais fossem contemplados para ações específicas como hepatite B na região Amazônica, difteria e tétano para gestantes e adultos, influenza para pessoas com 60 anos ou mais.

A partir de 2004 o calendário definiu vacinação por ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos. Em 2013 oficializaram-se os calendários para a população indígena e para as campanhas anuais. A atualização dos calendários contempla, além da ampliação das recomendações para outras faixas etárias, a utilização de produtos combinados e o agendamento do menor número de visitas à unidade de saúde, o que facilitaria completar os esquemas e propiciar a proteção adequada.

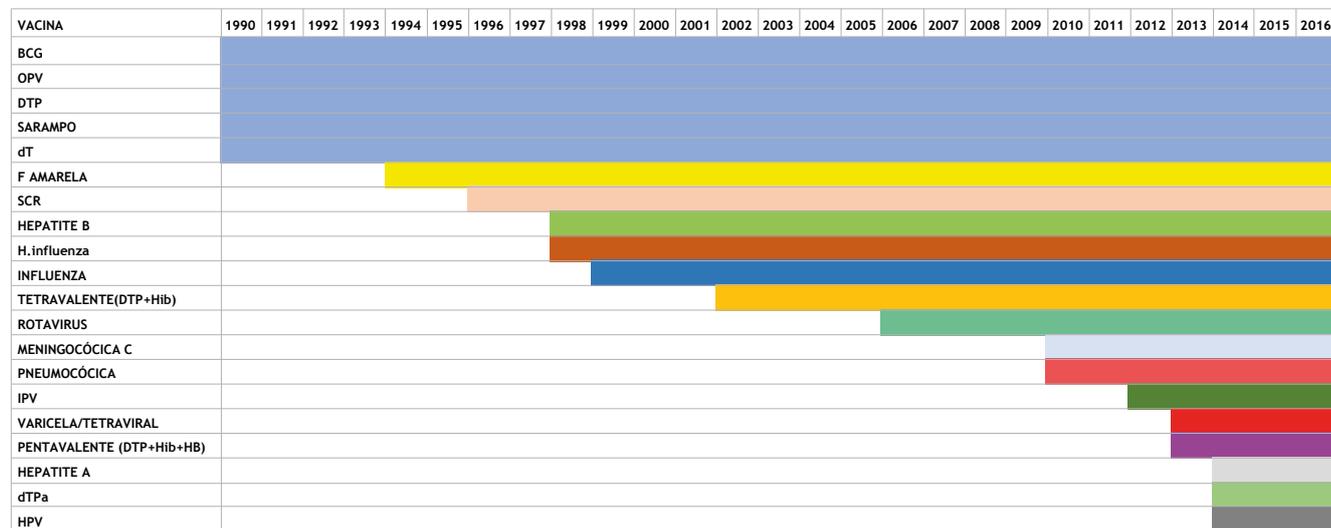
Hoje o PNI inclui 45 imunobiológicos (28 vacinas, 13 soros hiperimunes, 4 imunoglobulinas), com acréscimos gradativos, sobretudo nos últimos 10 anos, para vacinação de rotina e atendimento a grupos em condições especiais (Figura 1). Entre as mais recentes vacinas introduzidas podem ser citadas: rotavírus (2006), meningococo C (2010), pneumococo (2010), poliovírus – inativada (2012), HPV (2014), hepatite A (2014) e varicela (2014)⁸.

Destaque-se, também no âmbito do PNI, que hoje em todo o país existe uma ampla rede de referência para profilaxia e terapêutica com soros hiperimunes, para os casos de acidentes com animais peçonhentos (aranhas, escorpiões e cobras), ferimentos provocados por animais suspeitos de raiva, ferimentos perfuro cortantes, bem como na difteria e no botulismo.

O setor privado também oferece imunobiológicos, mas deve seguir as recomendações estabelecidas nos calendários oficiais, aspecto importante para não acarretar desigualdades nos esquemas básicos adotados e manter homogeneidade de coberturas vacinais. Atualmente cerca de 5% das vacinações são realizadas em

FIGURA 1

Calendário Nacional de Vacinação – vacinas por ano de introdução, Brasil, 1990-2016



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

tal setor, enquanto o restante é atendido gratuitamente no serviço público⁶.

O suprimento regular de imunobiológicos constitui um dos pilares da sustentabilidade do programa e uma das principais garantias para a prevenção e tratamento de doenças imunopreveníveis. Todas as vacinas recomendadas nos calendários oficiais, além de imunobiológicos especiais de alto custo financeiro, destinados a grupos em situação de maior risco, são adquiridas pelo Ministério da Saúde por diferentes mecanismos. Um deles é mediante contratos com laboratórios oficiais (Biomanguinhos – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ- MS, Instituto Butantan – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Fundação Ezequiel Dias – FUNED – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais), entre outros, inseridos na política de insumos estratégicos do SUS. Produtos não fornecidos por estes laboratórios podem ser adquiridos por meio do Fundo Rotatório da Organização Pan-Americana da

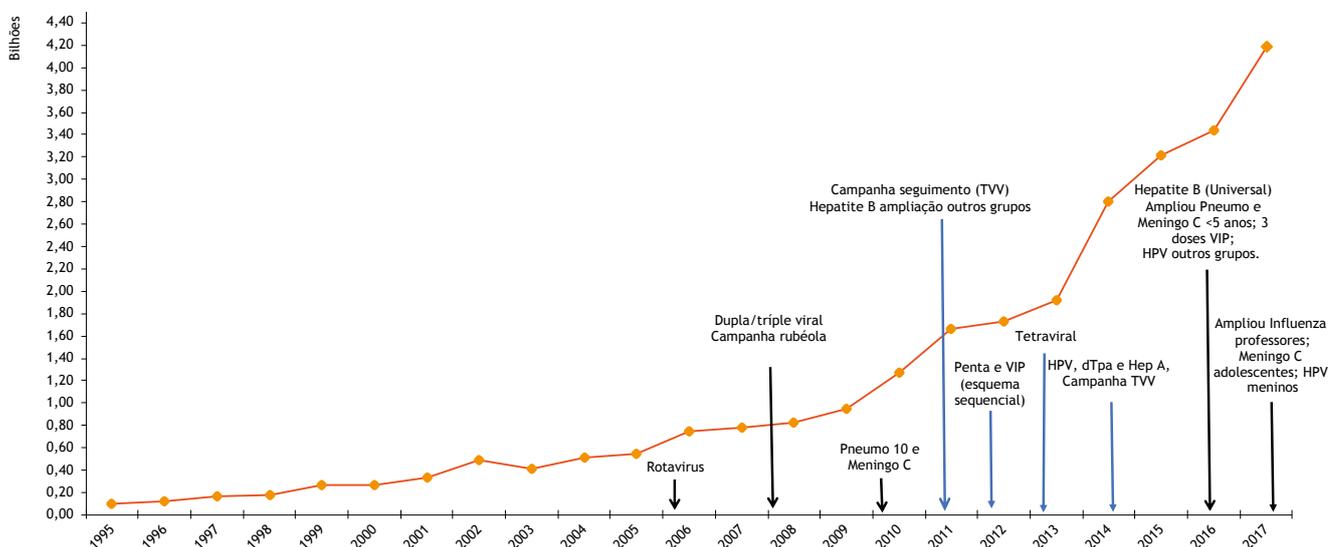
Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) ou diretamente de laboratórios produtores privados.

A autossuficiência é aspecto importante desta política, visando evitar desabastecimento e comprometimento das coberturas vacinais. O investimento na aquisição dos produtos é marcadamente crescente: 95 milhões em 1995 para 4 bilhões em 2017 (Figura 2), ampliando volume de doses ou acrescentando novas vacinas, sempre obedecendo critérios bem estabelecidos pelo PNI⁸. Desde 2012, a aquisição de imunobiológicos é obrigação constitucional, não sendo objeto de limitação de empenho e garantida pela Lei 12919 de 24/12/2013⁹.

Em 2006 foi instituído o Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (INOVACINA) com a finalidade de criar condições para alcançar a autossuficiência nacional na produção das vacinas incluídas no PNI. Ações como investimento na infraestrutura, no estabelecimento de boas

FIGURA 2

Investimentos do Programa Nacional de Imunizações para aquisição de imunobiológicos, Brasil, 1995-2017



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS *atualizado 04/05/2017. 2017 sujeito a alteração. Perspectiva de investimento, considerando que ainda não finalizou a compra dos imunobiológicos pelos fornecedores.

práticas de produção, no aperfeiçoamento no sistema sanitário de regulação, no custeio de pesquisas, bem como na construção de uma rede para ensaios clínicos de vacinas, encontram-se previstos e regulamentados no SUS⁸.

Destaque-se também o rígido controle de qualidade que é realizado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), aplicado a todos os produtos disponibilizados. As análises de qualidade são consonantes com a legislação sanitária brasileira e os padrões internacionais.

A articulação inter e intrainstitucional, conforme recomendado explicitamente nos dispositivos normativos do SUS, está contemplada na estrutura de funcionamento do PNI. As decisões técnico-operacionais têm a partici-

pação dos coordenadores das 27 secretarias de estado da saúde (SES) em duas reuniões anuais, algumas vezes com a participação dos coordenadores dos municípios das capitais. Desde 1991, um Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI), constituído por especialistas de epidemiologia, imunizações e representações de sociedades científicas, além do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS)¹⁰, aprecia a oportunidade de novas inclusões, alterações programáticas e inovações. Tal modelo de gestão permite que as decisões e consensos relacionados às recomendações e ações programáticas do PNI sejam incorporadas com elevado grau de aceitação pelos diferentes níveis federativos da gestão pública e pela sociedade científica.

O esforço para o alcance de elevadas coberturas vacinais nos diferentes grupos populacionais tem sido sem dúvida bem sucedido, consolidado que foi nas quatro décadas de existência do PNI. Isso se traduz pela divulgação de conhecimentos referentes à eficácia das vacinas na promoção e proteção da saúde e das recomendações das equipes e dos profissionais de saúde, resultando na grande adesão da população ao calendário estabelecido. Merece menção, também, a prática de pactuação de metas e indicadores, de acordo com os dispositivos do SUS, entre os diferentes entes federativos, refletindo, sem dúvida compromissos assumidos para execução das ações prioritárias no campo em foco.

Duas iniciativas também merecem destaque: o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS)¹¹ e a Pactuação Interfederativa de Indicadores para as prioridades nacionais de saúde – SISPACTO¹². A primeira, induz ao aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde no SUS, mediante adesão voluntária dos municípios e estados, promovendo repasse anual de recursos financeiros adicionais para aqueles que atingirem metas estabelecidas, em especial o alcance de cobertura vacinal preconizada pelo PNI, relativa a todas as vacinas do calendário básico para as crianças menores de um ano.

Já o SISPACTO consiste em sistema de informação para o registro de metas dos indicadores propostos anualmente por municípios e estados para as prioridades nacionais de saúde. As prioridades originam-se de diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e validadas pelo Conselho Nacional de Saúde

(CNS), instância máxima de deliberação do SUS, composta por representantes dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores de saúde. As metas são pactuadas entre as instâncias do SUS e devem constar dos processos de planejamento governamentais. Um dos indicadores do SISPACTO trata do alcance de cobertura ideal preconizada para vacinas selecionadas pelo PNI, sendo constituída atualmente por pentavalente, poliomielite, pneumocócica e tríplice viral. Análises periódicas sobre as coberturas, bem como as avaliações dos impactos produzidos, são incentivadas pelo PNI, para que os diferentes níveis de gestão adotem oportunamente medidas de controle e redirecionamento de ações.

A comunicação social é outro fator importante relacionado ao alcance de coberturas adequadas na imunização. Inicialmente amadorística, passa agora pela introdução de estratégias adequadas ao uso extensivo das redes sociais. Os investimentos do PNI em comunicação têm priorizado as campanhas de massa, que vêm consolidando a credibilidade, junto à população brasileira, dos chamamentos anuais para vacinações, a despeito de eventuais críticas de que seja necessário apenas informar sobre os benefícios da vacinação de rotina. O personagem “Zé Gotinha”, por exemplo, originário do Programa de Erradicação da Poliomielite da década de 80, permanece no imaginário da população como ícone da vacinação até os dias de hoje. Com a ampliação dos grupos populacionais incluídos no programa, a imagem do personagem se ampliou para “Família Gotinha”.

Pesquisa de opinião dos brasileiros sobre saúde indicou que, nos domicílios em que residiam

crianças até seis anos de idade, mais de 85% considerava fácil o acesso às vacinas e 92% utilizaram serviços públicos. O grau de satisfação foi considerado alto e muito alto em 71% de todos os entrevistados¹³.

A enorme dimensão do PNI, pós implantação do SUS, pode ser demonstrada através de alguns fatos, mostrados no quadro a seguir^{14, 15, 16}

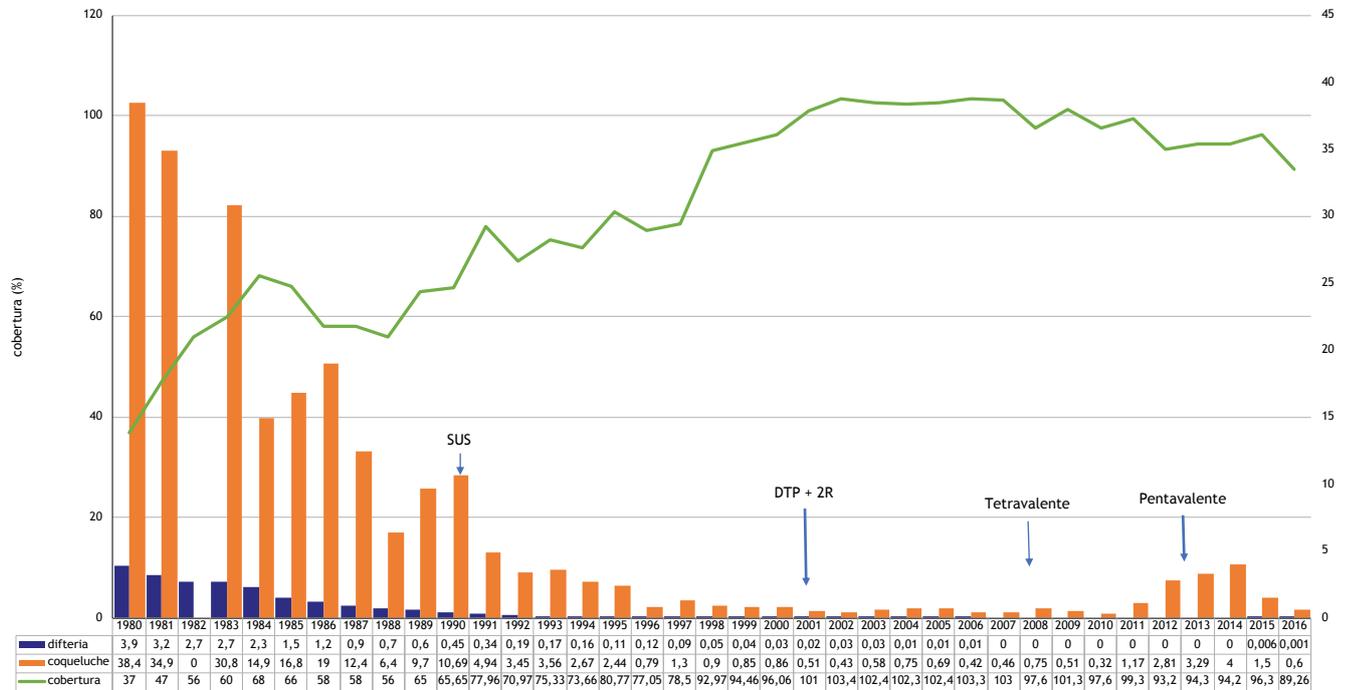
- 36 mil salas de vacina atuantes no país;
- 42 centros de imunobiológicos referenciados para as situações especiais; anualmente cerca de 100 milhões de doses de vacinas aplicadas de rotina para todas as faixas etárias;
- Cerca de 50 milhões de doses de vacina influenza administradas anualmente nas campanhas para crianças menores de 5 anos, adultos com 60 anos e mais de idade, gestantes e puérperas, profissionais de saúde, pessoas com comorbidades, privados de liberdade e população indígena;
- Na campanha de vacinação realizada durante a pandemia de influenza h1n1, em 2010, administradas 89 milhões de doses da vacina específica para a população de crianças menores de 5 anos, adultos entre 20 e 39 anos e acima de 60 anos, pessoas com comorbidades de todas as faixas etárias, profissionais de saúde e população indígena;
- Na campanha de vacinação para rubéola, em 2008, mais de 60 milhões de doses na população de homens e mulheres entre 20 e 39 anos, atingindo 94% de cobertura, além de 7,5 milhões de doses para adolescentes entre 12 e 19 anos em alguns estados;
- Introdução da vacinação para papiloma vírus humano – hpv em 2014, para meninas entre 11 e 14 anos de idade, com administração de 7,8 milhões de doses atingindo 53% de cobertura para segunda dose;
- Campanhas de seguimento para sarampo realizadas periodicamente com administração de mais de 25 milhões de doses nos anos de 2011 e 2014;
- Mais de 105 milhões de terceiras doses de vacina hepatite B administradas entre 1994 e 2015;
- Campanha de vacinação contra a febre amarela realizada em 2017, alcançando mais de 17 milhões de pessoas residentes nas localidades com epizootias ou riscos de introdução da doença; realizada devido a circulação do vírus da febre amarela, a partir do final de 2016, em áreas anteriormente sem recomendação da vacina e exigiu a adoção de estratégias diferenciadas, inclusive com a utilização de dose fracionada em municípios da região sudeste, pela primeira vez no país.
- Mais de 113. 913 doses de vacinas de todos os biológicos do esquema nacional Brasileiro, entre março e setembro de 2018 para atender a população migrante venezuelana na sala de vacinação de fronteira no município de Pacaraima no estado de Roraima.

Assim se lograram importantes conquistas na redução das doenças imunopreveníveis no Brasil. A partir do início da década de 90 e até meados da atual década o PNI passou a registrar altas coberturas vacinais, em todas as unidades federativas e para todas as vacinas que fazem parte do calendário oficial de imunização, gerando um importante impacto no comportamento epidemiológico das referidas condições.

O aumento da cobertura vacinal com os componentes diftérico, tetânico e coqueluche por meio do uso das vacinas tríplice bacteriana, tetravalente ou pentavalente provocou uma importante redução da incidência de tais doenças. Como se vê na Figura 3. A introdução da vacina conjugada contra o *H. influenzae* tipo B no final da década de 90 teve um reflexo imediato na ocorrência das meningites ocasionadas por tal agente (Figura 4). A manutenção da

FIGURA 3

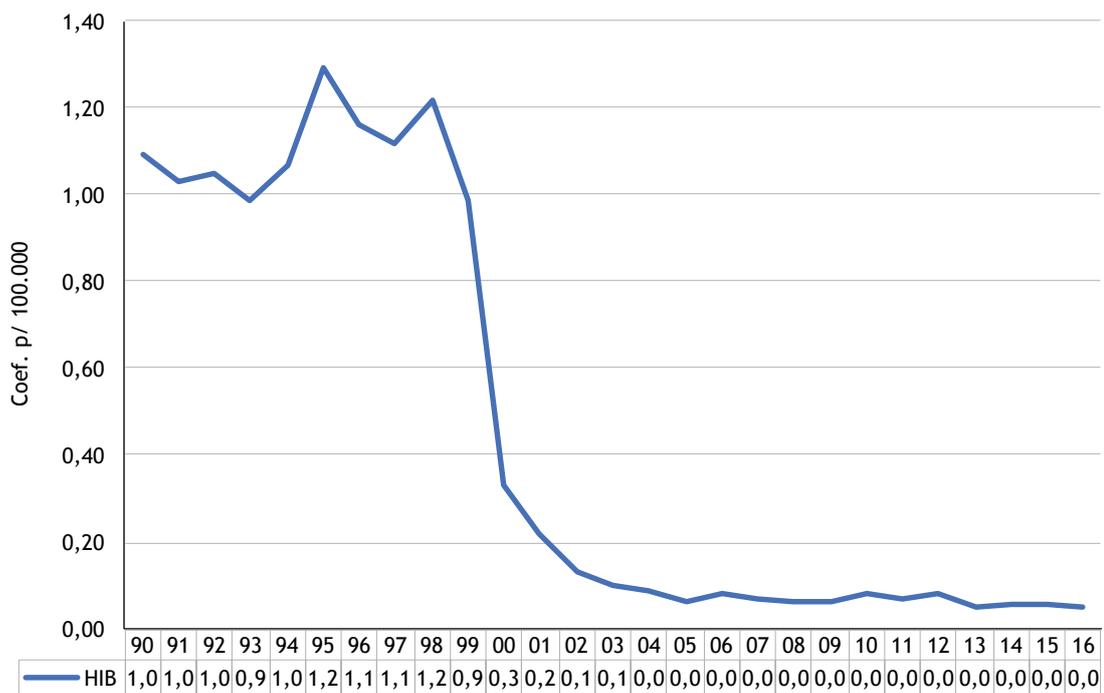
Coqueluche e difteria em coeficiente de incidência por 100 mil hab. e cobertura vacinal para menores de um ano, Brasil, 1980-2016



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

FIGURA 4

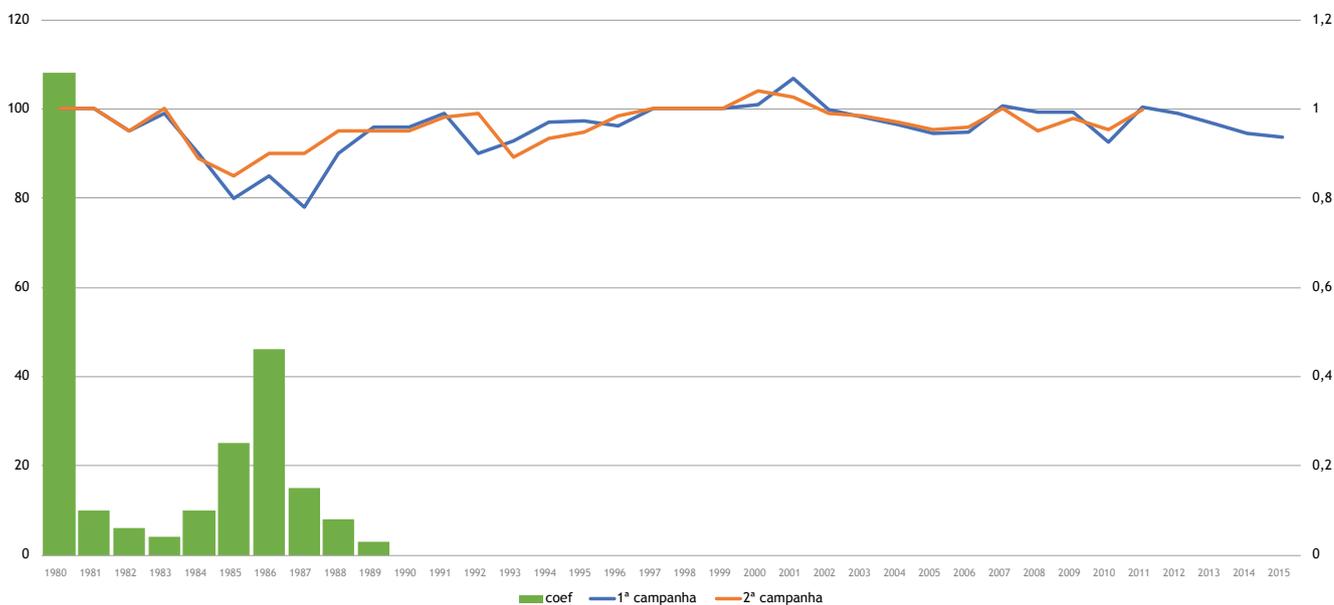
Meningite por H. influenzae tipo B segundo ano. Brasil, 1990-2016



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

FIGURA 5

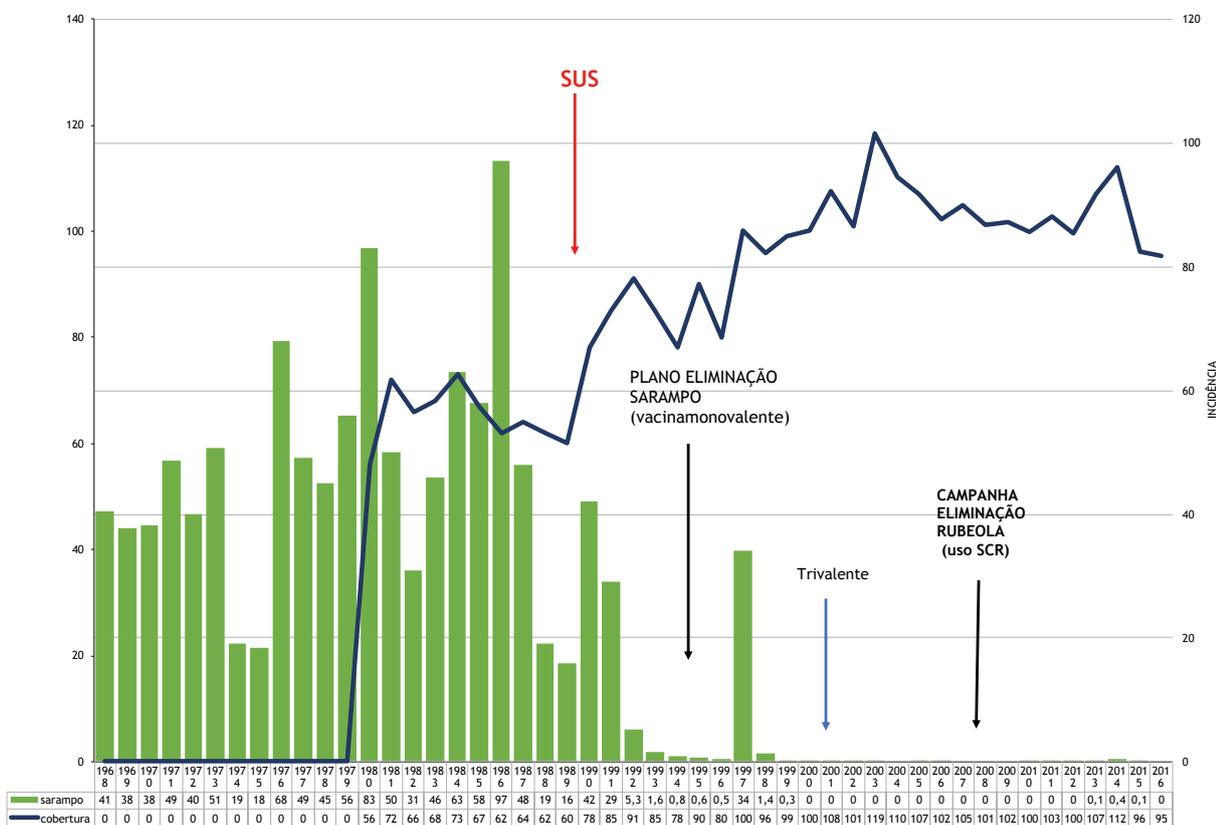
Poliomielite em coeficiente de incidência por 100.000 habitantes e cobertura vacinal de campanha com vacina oral poliomielite. Brasil, 1980-2015



Fonte: CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

FIGURA 6

Sarampo em coeficiente de incidência por 100 mil hab. e cobertura vacinal, Brasil, 1968-2016



Fonte: Própria. Dado CGPNI/DEVIT/SVS/MS.

eliminação da transmissão do vírus selvagem da poliomielite alcançada em 1989 também foi um dos marcos do PNI. Ela se deu por meio da vacinação de rotina e das campanhas nacionais de vacinação (Figura 5). A estratégia para eliminação do sarampo adotada na América Latina foi também exitosa no Brasil, com a interrupção da circulação autóctone do vírus em 2016 (Figura 6).

A introdução mais recente de novos imunobiológicos, como a vacina contra o Rotavirus, a vacina conjugada contra meningococo C e a vacina pneumocócica conjugada 10-valente, também já evidenciou impacto na redução da incidência das doenças graves provocadas por esses agentes etiológicos^{17, 18, 19}.

Velhos e novos desafios para o PNI

Um dos pontos críticos do Programa, que tem trazido grande preocupação, é a queda recente nos índices de cobertura vacinal. Se comparada a cobertura vacinal de 2012 com a de 2017 observa-se queda importante da mesma, como por exemplo: BCG de 106% para 93%, Rotavirus de 86% para 77%, meningococo C de 96% para 80%, poliomielite de 97% para 78% e tríplice viral de 100% para 85%²⁰.

Essa redução nas coberturas, que se expressa mais fortemente a partir de 2016, pode estar associada a fatores variados, por exemplo, a possível acomodação da população dado o sucesso do Programa, pois nem as pessoas nem os profissionais de saúde já não convivem com as mazelas das doenças imunopreveníveis, deixando de valorizar a vacinação precoce e rotineira como instrumento importante de proteção. Além disso, pode estar ocorrendo certa priorização das situações agudas pelo modelo de atenção à saúde um tanto “descolado” da Atenção Básica, por não privilegiar a continuidade do cuidado e reduzir o tempo de atendimento ao cidadão, negando uma abordagem

educativa quanto a medidas de prevenção e promoção de saúde.

A falta de informações qualificadas sobre segurança e benefícios das vacinas pode ser também um fator no fenômeno acima, favorecendo a que notícias e informações de conteúdos superficiais, imprecisos ou falaciosos, induzam temor relativo aos efeitos colaterais das vacinas ou mesmo a crença de que as pessoas não são realmente susceptíveis às doenças imunopreveníveis.

A deficiência de oferta e de operacionalização da vacinação em ambientes extramuros, como por exemplo, escolas, universidades, locais de trabalho, pode ser outro fator negativo. Da mesma forma, a coexistência de sistemas de informação distintos: um que registra doses aplicadas e outro que registra crianças vacinadas. Assim, isso pode estar sendo agravado pela mudança do sistema de informação do PNI, desenvolvido para registrar nominalmente cada pessoa imunizada e oferecer maiores recursos para monitoramento das coberturas vacinais,

mas que ainda sofre moroso processo de implementação em aproximadamente um quarto do total de municípios do país.

As questões gerenciais também são significativas. A despeito de financiamento específico para aquisição de equipamentos de informática, ainda existem dificuldades logísticas, organização de serviços, recurso humano capacitado e acesso à rede de interligação de computadores²⁰ ou internet ineficiente; havendo também sérios problemas no abastecimento de vacinas, pois desde 2016 o PNI tem sido afetado por uma série de descontinuidade ou atraso no recebimento pelos laboratórios produtores dos imunobiológicos, o que tem contribuído não somente para a redução das coberturas vacinais e diminuição da proteção imunológica individual, afetando também a própria credibilidade do Programa.

Uma razão de índole epidemiológica propriamente dita também deve ser considerada. Assim, a homogeneidade das coberturas vacinais deve ser assegurada, pois para se obter ou manter o impacto epidemiológico é necessário que todas as localidades alcancem homogeneidade entre os esquemas além de coberturas vacinais ideais para todo o conjunto de vacinas do calendário. Entretanto, tal falta de homogeneidade na cobertura vacinal ainda é significativa e é evidenciada pelos baixos percentuais que muitos municípios apresentavam em 2017²¹. Situação semelhante no primeiro semestre de 2018 segundo dados preliminares apresentados pelo PNI, para dar um exemplo, com a primeira dose da vacina tríplice viral (SCR) aos 12 meses de idade, apenas 39%²² do total dos municípios tinham cobertura igual ou superior a 95 % desejado.

Dessa forma, como consequência das baixas coberturas, desde final de 2017 o país vem apresentando uma epidemia de sarampo, inicialmente introduzida no estado de Roraima por pessoas infectadas procedentes de Venezuela. A partir desta introdução em fevereiro de 2018 e encontrando uma importante proporção de pessoas susceptíveis, tal doença se disseminou nos estados de Roraima e Amazonas e alcançou estados de todas as regiões do país, com mais de 2.564 casos confirmados em dez Unidades Federadas, sendo 14 óbitos confirmados por sarampo em três UF principalmente sob a idade de cinco anos²³. Mas a verdade é que baixos percentuais de coberturas vacinais em municípios já vinham sendo observados desde 2009, em especial nos estados da região Norte e Nordeste, o que gerou as condições favoráveis para a ocorrência da presente epidemia de sarampo. Anteriormente, os surtos que ocorreram nos estados de Pernambuco e Ceará, entre 2013 e 2015, já evidenciavam que, além do risco de introdução do vírus por meio de fluxo de pessoas infectadas procedentes de outros países, a circulação do vírus no território nacional encontra um ambiente favorável sempre que as coberturas vacinais estejam baixas e que exista acúmulo de susceptíveis.

Outros desafios importantes que o PNI tem enfrentado devem ser destacados.

- A necessidade de melhoria na gestão do Programa é fundamental, afetando segmentos como: rede de frio, que deve ser melhor estruturada para acondicionar adequadamente o volume de produtos, evitando perdas de vacinas; adequação da estrutura física para atenção ao cliente,

obedecendo a legislação; qualidade operacional que possibilite o aumento de salas de vacina, para gerenciar de forma adequada o aumento do número de imunobiológicos e a inclusão de novos grupos populacionais, além da gestão adequada de talento humano, considerado um dos maiores valores do PNI, permitindo enfrentar a alta rotatividade dos profissionais de saúde e propiciar uma constante atualização e motivação nas ações do Programa. Neste particular, cabe mencionar a importância da participação dos agentes comunitários de saúde e dos demais profissionais das equipes de saúde da família, detentores de maior capilaridade para identificar pessoas susceptíveis – em especial as crianças – e para desencadear medidas necessárias para alcançar os níveis adequados de cobertura vacinal.

- Uma das principais ameaças à sustentabilidade do PNI é o crônico subfinanciamento

do SUS, que tende a se agravar como consequência da Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016, na qual se estabelece o congelamento dos gastos públicos por 20 anos²⁴. Este problema deve agravar mais ainda a sobrecarga no custeio das ações das esferas estadual e, principalmente municipal, inclusive no que se refere ao PNI, para o qual se estima que 62% do custo total seja de responsabilidade municipal. O subfinanciamento do SUS, tendo em vista a recente Portaria Ministerial no. 3992 de 28 dezembro de 2017²⁵, que alterou as formas de financiamento para as ações do SUS, reduzido para dois blocos (custeio e investimento), pode implicar em mais outra redução de gastos específicos com vigilância em saúde e atenção básica, priorizando outras áreas com maior poder de pressão e apelo popular e midiático, como as ações assistenciais especializadas e curativas.

O PNI como instrumento de equidade

É necessário mais que nunca resgatar e manter os resultados positivos alcançados pelo PNI, identificando as suas fragilidades e ameaças. Deve-se ter presente que o sucesso do programa favoreceu a redução das desigualdades sociais uma vez que permitiu o acesso de toda a população a uma enorme gama de imunobiológicos, além do mais ofertados por um programa público. Tal fato tem resultado na redução de doenças que impactaram diretamente a vida de milhões de brasileiros, em particular os mais vulneráveis. Contribuiu, por exemplo, para a redução da mortalidade em menores de cinco anos, devido à proteção contra uma série de doenças

que incidiam e matavam mais neste grupo etário, especialmente entre as crianças mais pobres.

Portanto, a manutenção e a ampliação dos avanços alcançados pelo PNI constituem importante estratégia para se alcançar os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável²⁶. Isso se faz necessário não somente porque o impacto das ações de imunização do Programa contribui para atingir metas específicas de tal compromisso internacional, mas em especial, porque na sua trajetória o PNI sempre buscou – e certamente continuará buscando – não deixar ninguém para trás.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Bernadino Vitoy, Renato Tasca, Enrique Vazquez.

Julio Suárez e Lucimar Rodrigues Coser Cannon foram os revisores deste capítulo, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil

Referências

1. Brasil. Lei nº 6259, 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 31 out 1975.
2. Brasil. Decreto 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que 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 13 ago 1976.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças. Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde. Divisão Nacional de Educação Sanitária. Programa Nacional de Imunizações. Brasília, 1973.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 85, de 4 de abril de 1977. Aprova modelo da Caderneta de Vacinações. Diário Oficial da União 3 jun 1977.
5. Brasil. Lei nº 8080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 set 1990.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
8. Domingues CMAS, Woycicki JR, Rezende KS, Henriques CMP. Programa Nacional de Imunização: a política de introdução de novas vacinas. Revista Eletrônica Gestão & Saúde 2015; 6 (4): 3250-74.
9. Brasil. Lei nº 12708, de 17 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração e execução da lei orçamentaria de 2013 e dá outras providências. Diário Oficial da União 17 ago 2012.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 232 de 25 de novembro de 2011. Constitui o Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI) com a finalidade de assessorar a Secretaria de Vigilância em Saúde sobre os aspectos técnicos e científicos, referentes às ações do Programa Nacional de Imunizações. Diário Oficial da União 28 nov 2011; Seção II, pag 37.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 5. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Título VI, Capítulo VI, anexo CXVIII, CXIX, C e CI. Diário Oficial da União. 03 out. 2017; Supl, pag 360.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Comissão Intergetores Tripartite. Resolução nº 8 de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União 12 dez 2016; Seção I, pag 95.
13. Brasil. A saúde na opinião dos brasileiros / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília : CONASS, 2003.
14. Brasil. Saúde Brasil 2012 Uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
15. Brasil. Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papiloma vírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) – vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada) Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em portalms.saude.gov.br/images/pdf/2018/.../Informe-Técnico-HPV-MENINGITE.pdf. Acessado em 18/08/2018

16. 16. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42849-vacina-de-febre-amarela-sera-ampliada-para-todo-o-brasil>. Acessado 18/07/2018
17. 17. Do Carmo GMI, Yen C, Cortes J, Siqueira AA, Oliveira WK, Cortez-Escalante JJ, Lopman B, et al. Decline in Diarrhea Mortality and Admissions after Routine Childhood Rotavirus Immunization in Brazil: A Time-Series Analysis. *PLoS Medicine* 2011; 8: e1001024.
18. 18. Domingues CMAS, Verani JR, Montenegro Renoier EI, de Cunto, Brandileone MC, et al. Effectiveness of ten-valent pneumococcal conjugate vaccine against invasive pneumococcal disease in Brazil: a matched case-control study. *Lancet Respir Med* 2014; 2:464-71.
19. 19. Moraes C, Moraes JC, Silva GDM, Duarte EC. Evaluation of the impact of serogroup C meningococcal disease vaccination program in Brazil and its regions: a population-based study, 2001-2013. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2017 Abr; 112(4): 237-246.
20. 20. Consensus. Revista do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. A queda da Imunização no Brasil. Ano VII, nº 25, pag 20-29 [acesso em 18 fev. 2018]. Disponível em www.conass.org.br/consensus.
21. 21. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde (TABNET): Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def18>. Acessado em: 17/07/2018
22. 22. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo/situacao-epidemiologica-dados>. Dados de janeiro a julho de 2018 preliminares. Acessado em: 10/09/2018.
23. 23. Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/sarampo/situacao-epidemiologica-dados>. Acessado em: 05/11/2018.
24. 24. Revista CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Entrevista Mauro Junqueira. Outubro-novembro-dezembro/2016, nº 67, pag 05-10 [acesso em 18 fev. 2018]. Disponível em www.conasems.org.br.
25. 25. Soares A. O (Novo) Paradigma de Financiamento do SUS: as incertezas na garantia do financiamento para as ações de atenção primária à saúde e para as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. *Boletim Epidemiológico Paulista BEPA* 2018; 15 (170): 11-12.
26. 26. Organização das Nações Unidas. Disponível em <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>. Acessado em 17/07/2018.

O Relatório “30 anos de SUS. Que SUS para 2030?” foi idealizado e elaborado coletivamente por autores e colaboradores da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e de instituições parceiras. Fizeram parte da coordenação da elaboração do documento: Joaquín Molina, Renato Tasca, Júlio Suarez, Janine Giuberti Coutinho, Adriano Massuda.

Esta foi uma publicação revisada e aprovada pelo *Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil*, que visa garantir a qualidade e o alinhamento estratégico dos documentos publicados. Em cada um dos capítulos estão indicados os respectivos autores, colaboradores, revisores, seguindo os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil. A revisão final foi realizada por Flávio Goulart, Lucimar Rodrigues Coser Cannon, Janine Giuberti Coutinho e Vanessa Pinheiro Borges.

Projeto gráfico e diagramação

All Type Assessoria Editorial EIRELI

Grupo de elaboração:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil

Ana Paula Cavalcante de Oliveira
Antônio Neves Ribas
Bernadino Vitoy
Carlos Frederico Campelo de Albuquerque
Carlos Rosales
Dévora Kestel
Diogo Alves
Enrique Vazquez
Felipe Carvalho
Fernando Antônio Gomes Leles
Gabriel Vivas
Giovanini Coelho
Giovani Ravasi
Haydee Padilla
Iasmine Lorena Silva Ventura
Juan Cortez-Escalante

Kátia de Pinho Campos
Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha
Lucimar Rodrigues Coser Cannon
Lely Gusman
Maria Alice Barbosa Fortunato
Maria Dolores Perez-Rosales
Mónica Padilla
Pamela Bermudez
Romina Oliveira
Rogério da Silva Lima
Rosane de Mendonça Gomes
Tomás Pippo
Tatiana Coimbra Selmann
Vanessa Pinheiro Borges
Victor Pavarino
Wellington Mendes Carvalho

Colaboradores externos:

Adele Benzaken
André S. Szklo
Alexandre Grangeiro
Artur Kalichman
Carine Bianca Ferreira Nied
Catharina Soares
Claudia Buchweitz
Cláudio Maierovitch
Cláudio Dutra Crespo
Clélia Aranda
Daniel Duba Silveira Elia
Davide Rasella
David Rios
Dario Barreira
Deborah Carvalho Malta
Dirceu Greco
Ednir Assis
Eduardo Hage
Elisandrea Sguario Kemper
Erno Harzheim
Fabio Mesquita
Francisco Pedrosa
Gerson Fernando Mendes Pereira
Humberto Fonseca
Isabela Cardoso Pinto

Ivo Brito
José Cassio de Moraes
Jorge Adrian Beloqui
Laise Andrade
Márcia Teixeira
Maria Clara Gianna
Marina Shinzato Camelo
Marciana Feliciano
Marco Antônio Vitória
Marco Andreazzi
Mônica Duraes
Naomar de Almeida Filho
Pedro Chequer
Renilson Rehem
Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem
Tânia Celeste Nunes
Silvania Sales
Thadeu Santos
Liliana Santos
Thomas Hone
Vinicius Oliveira
Sandra Fortes
Silvania Sales
Wanderson de Oliveira

Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil:

Joaquín Molina
Lucimar Rodrigues Coser Cannon

Carlos Rosales Echevarria
Janine Giuberti Coutinho