



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E AMBIENTE
Departamento do Programa Nacional de Imunizações
Coordenação-Geral do Incorporação Científica e Imunizações
SRTVN Quadra 701 Conjunto C, S/N, na região Asa Norte, 6º andar – CEP: 70719-040
Brasília/DF, CEP: 70.304-000

ATA

Reunião da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações (CTAI)
08/07/2025 e 09/07/2025

Auditório do CONASS-Brasília-DF

PARTICIPANTES

Representantes do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI), da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), representantes de Sociedades Científicas e associações (Sociedade Brasileira de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Infectologia, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Imunizações, Associação Brasileira de Alergia e Imunologia, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Sociedade Brasileira de Médicos da Família e Comunidade, Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade) e especialistas convidados.

//

AGENDA 08/07/2025

Abertura e objetivos da reunião 9h00-9h15	Abertura e Boas-vindas - Eder Gatti Fernandes - Diretor do Departamento do Programa Nacional de Imunizações (DPNI) e Ana Catarina de Melo Araujo - Coordenadora - Coordenação Geral de Incorporação Científica e Imunização (CGICI) Eder Gatti deu as boas-vindas a todos os participantes, agradeceu a presença e, em seguida, passou a palavra de abertura à Dra. Mariângela Simão, Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). A secretária destacou a importância das recomendações elaboradas por especialistas, enfatizando o papel fundamental do enfrentamento à desinformação, da incorporação racional de tecnologias em saúde e da avaliação de custo-efetividade como base para a tomada de decisões. Ressaltou ainda a necessidade estratégica de o Brasil investir no desenvolvimento nacional de tecnologias e vacinas. Na sequência, Eder agradeceu aos técnicos e às coordenações do Departamento de Imunizações (DPNI), e passou a palavra para a Ana Catarina. A coordenadora apresentou brevemente o funcionamento da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações (CTAI), reforçou a importância do espaço técnico-científico e desejou uma excelente reunião a todos os presentes. Em seguida, Eder passou a palavra à Nereu Mansano, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde
--	--

	(CONASS), agradecendo o acolhimento institucional. Nereu deu as boas-vindas aos participantes e agradeceu a presença de todos na sede do conselho, reforçando o compromisso com o diálogo e a construção conjunta de políticas públicas em imunização.
1ª Pauta 9h15-10h00	Avanços e desafios do DPNI - 2023 a 2025 - Eder Gatti Fernandes - Diretor (DPNI)
	<p>Na exposição inicial, o Diretor apresentou os dados referentes à evolução das coberturas vacinais no período de 2022 a 2024 e destacou-se a tendência de melhora progressiva, embora as metas estabelecidas ainda não tenham sido plenamente alcançadas. Ressaltou-se, em especial, a cobertura da vacina tríplice viral, com ênfase no componente sarampo. Informou, ainda, que em 2023 o Brasil deixou de integrar a lista de países com crianças sem nenhuma dose de vacina (zero dose). As principais estratégias adotadas incluíram:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microplanejamento da Ação de Vacinação de Alta Qualidade (AVAQ) ao longo de 2024; • Oficinas de Microplanejamento (MEV), com continuidade prevista para 2025 em estados e municípios prioritários; • Intensificação da vacinação contra febre amarela; • Publicação de portarias com repasses financeiros extras para ações de vacinação nos anos de 2023, 2024 e 2025. <p>Enfatizou a importância da comunicação e registro técnico-científico das ações desenvolvidas.</p> <p>Sobre a vacinação nas escolas, relatou que 4.065 municípios executaram a estratégia, com apoio financeiro, materiais de comunicação e envolvimento direto dos Ministérios da Saúde e da Educação. Para 2025, foi apontada como prioridade o resgate vacinal de adolescentes não imunizados contra o HPV, com incentivo à elaboração de planos locais.</p> <p>O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), desenvolve o Programa Saúde na Escola (PSE) que é uma estratégia intersetorial que articula as Secretarias de Saúde e Educação com a Atenção Primária à Saúde (APS), visando promover saúde e prevenir doenças entre estudantes da educação básica pública. Por meio da participação conjunta de profissionais da saúde e da educação, são desenvolvidas ações como verificação da situação vacinal, alimentação saudável, atividade física, prevenção de violências e promoção da cultura de paz, além de iniciativas relacionadas ao ambiente escolar. A APS, coordenada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), é responsável pela execução das atividades nas escolas, funcionando como porta de entrada do SUS e garantindo atenção integral aos alunos. A adesão ao PSE ocorre a cada dois anos, mediante pactuação entre secretarias municipais, e o monitoramento das metas e ações é realizado por sistemas de informação em saúde, como o e-SUS APS.</p> <p>Quanto à Rede de Imunobiológicos para pessoas com situações especiais (RIE), detalhou a Portaria GM/MS nº 6623/2025, que institui a rede com o</p>

	<p>objetivo de ampliar o acesso à vacinação especial, integrando os CRIES como referência técnica sem substituí-los.</p> <p>Foi manifestada preocupação com a manutenção da certificação do Brasil como país livre do sarampo, diante da circulação do vírus em países vizinhos. Ações como a varredura vacinal no município de Oiapoque (AP), integrada com vacinação contra febre amarela, e intervenções no estado do Rio de Janeiro foram destacadas.</p> <p>Sobre a preparação para a COP 30 em 2025, o PNI está organizando ações de vacinação voltadas a trabalhadores e serviços de saúde que receberão delegações internacionais. Destacou ainda a atuação rápida diante da crise de febre amarela no arquipélago do Marajó.</p> <p>Em relação à cobertura vacinal, observou-se aumento das coberturas para a primeira dose após as ações do MEV, mas há desafios na aplicação da segunda dose até os dois anos de idade, com tendência de retardo acumulado até os cinco anos.</p> <p>Abordou a necessidade de diversificação de fornecedores estratégicos, sendo o fornecimento da vacina varicela apontado como desafio crítico. Foi apresentada a reestruturação da rede de frio, com a distribuição de câmaras refrigeradas aos entes federativos.</p> <p>No campo da farmacovigilância, foi mencionado o acordo de cooperação técnica com a ANVISA, com o PNI assumindo a responsabilidade de informar à OMS sinais de segurança. Investimentos foram feitos na detecção de eventos adversos (ESAVI), cujos dados anonimizados estão disponíveis no OpenDataSUS. Também foram publicadas diversas diretrizes técnicas.</p> <p>Em relação ao sistema de informação, reconheceu a persistência de dificuldades, mas com avanços importantes no estímulo à integração de sistemas locais com a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e maior participação do setor privado. Foi reiterado o compromisso contínuo com a qualificação dos dados.</p>
--	---

Discussão

Foi sugerida a criação de uma área específica no site do Ministério da Saúde para reunir dados, notas técnicas e publicações do PNI;

Foi proposto a estratificação para incorporação de vacinas segundo critérios de prioridade (baixa, média e alta);

Foram solicitadas informações sobre os resultados e desafios da vacinação contra dengue;

Pontuou-se o papel do MS no suporte aos sistemas próprios de informação dos municípios;

Foram sugeridas melhorias no acesso aos dados de cobertura vacinal, como possibilidade de *download* completo e interface de consulta facilitada;

Foram solicitadas informações metodológicas sobre a vacinação nas escolas;

Foi sugerida a ampliação da vacinação contra dengue no ambiente escolar;

	<p>Foi apontada a ausência de campanha de seguimento para sarampo; Reforçou-se a necessidade de ampliar a vacinação contra HPV, especialmente no ensino médio e universidades.</p> <p>Encaminhamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprimorar a forma de acesso às informações no site do Ministério da Saúde (dados, notas técnicas e publicações); • Tornar os dados de cobertura vacinal mais acessíveis, especialmente para profissionais e gestores; • Reforçar as capacitações práticas para profissionais da ponta, ampliando o alcance do ImunizaSUS; • Acelerar a integração dos sistemas próprios com a RNDS; • Garantir a continuidade das ações de vacinação nas escolas públicas e privadas; • Manter estratégias de seguimento para sarampo e HPV, mesmo com restrição de insumos; • Priorizar o resgate vacinal de adolescentes, com foco na eliminação do câncer de colo de útero; • Monitorar criticamente a disponibilidade de vacinas estratégicas, como varicela e tríplice viral; • Apoiar os estados e municípios na implementação da RIE e na articulação dos CRIEs com a rede local de saúde. <p>Estabelecer critérios de priorização para a incorporação e/ou expansão de vacinas no âmbito do PNI</p>
2ª Pauta 10h00-11h30	<p>Transição da vacina pneumocócica conjugada 10 valente (PCV10) para vacinas que contemplem sorotipos circulantes e predominantes - Marco Aurélio Sáfadi</p> <p>Marco Aurélio Sáfadi apresentou dados sobre a evolução da doença pneumocócica invasiva (DPI) no Brasil entre 2007 e 2024, com destaque para a predominância dos sorotipos 19A, 3 e 6C em 2024. Ressaltou a associação do sorotipo 19A à resistência antimicrobiana e o desafio persistente do controle do sorotipo 3, mesmo com vacinas de maior valência.</p> <p>Foram discutidas evidências internacionais, como a publicação de Ladhani et al. ; incluindo dados do Reino Unido, e estudo publicado no The Lancet Infectious Diseases, que apontam aumento de sorotipos não contemplados pelas vacinas atuais. Foi discutida a proteção cruzada entre os sorotipos 6A e 6B, sendo que o 6A pode conferir proteção parcial contra o 6C. Também foram apresentados dados de imunogenicidade das vacinas PCV13, PCV14, PCV15 e PCV20, com comparações entre esquemas vacinais (2+1 vs. 3+1) e avaliação de eficácia, baseada em estudos de imunogenicidade e critérios de não-inferioridade, sem estudos diretos de eficácia clínica. No caso da PCV13, os sorotipos 6B e 9V não atingiram os critérios de não-inferioridade.</p> <p>Foi destacado que a PCV20 apresenta cobertura sorotípica mais ampla, mas com possível maior impacto orçamentário. Já a PCV14, embora tecnicamente promissora, carece de evidências em mundo real e ainda não</p>

<p>possui pré-qualificação da OMS. A PCV15 destacou-se pela melhor imunogenicidade em geral, especialmente para o sorotipo 3.</p> <p>Foram apresentadas estimativas de cobertura vacinal para lactentes com menos de 1 ano e adultos, com vacinas de maior valência oferecendo cobertura estimada de aproximadamente 75% dos casos.</p>	<h3>Discussão</h3> <p>Dr. Eder Gatti contextualizou o processo de tomada de decisão do PNI, ressaltando a necessidade de garantir o abastecimento, a viabilidade técnica e a sustentabilidade da produção nacional. Informou que a vacina PCV14, desenvolvida pela empresa Biologicals (Índia), venceu chamamento público conduzido por Bio-Manguinhos. Destacou que há estoque suficiente de PCV10 até 2026 e que esquemas mistos podem ser adotados durante a transição.</p> <p>Foi proposta a reflexão sobre a viabilidade da intercambialidade entre vacinas e sobre quais vacinas são mais adequadas para crianças e adultos no Brasil.</p> <p>Na sequência, diversos especialistas manifestaram-se:</p> <p>Foi destacado o desejo de substituição da PCV10 por parte da comunidade pediátrica, com menção à viabilidade da intercambialidade entre vacinas disponíveis.</p> <p>Houve questionamento sobre o esquema vacinal mais apropriado ao cenário brasileiro.</p> <p>A intercambialidade entre as vacinas PCV13, PCV14, PCV15 e PCV20 foi defendida, sendo apontado o esquema 2+1 com reforço de maior valência como alternativa preferencial.</p> <p>Expressou-se preocupação com a escassez de dados clínicos da PCV14, especialmente em populações vulneráveis, sugerindo cautela em sua adoção inicial em programas públicos.</p> <p>Foi proposto o uso de esquema com PCV10 nas doses primárias e reforço com vacina de maior valência.</p> <p>Sugeriu-se que, na possibilidade de ausência futura da PCV13, a PCV20 seja considerada a opção mais adequada do ponto de vista técnico.</p> <p>Registrou-se apoio à introdução das vacinas de maior valência e eficácia, com ênfase na sua importância para pessoas imunocomprometidas.</p> <p>Defendeu-se a consideração de todas as vacinas disponíveis (PCV13, PCV14, PCV15 e PCV20), destacando a importância da soberania tecnológica e a viabilidade de transferência do processo de conjugação da vacina.</p>
---	---

	<p>Foi ressaltado o esforço de instituições nacionais na redução da dependência tecnológica por meio da negociação de transferência de tecnologia com fabricantes internacionais.</p> <p>Sugeriu-se diálogo direto com os fabricantes para garantir a continuidade da produção das vacinas de maior valência.</p> <p>Propôs-se a substituição da vacina pneumocócica 23-valente por vacinas conjugadas de maior valência para populações imunocomprometidas.</p> <p>Encaminhamentos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendar a transição da vacina PCV10 para vacinas pneumocócicas de maior valência, considerando a intercambialidade entre as vacinas pneumocócicas disponíveis no país; 2. Adotar esquemas mistos durante a transição, utilizando as doses remanescentes da PCV10 associadas a vacinas de maior valência; 3. Manter o esquema vacinal 2+1, priorizando a utilização de vacina de maior valência já na primeira dose, assegurando que o reforço seja sempre administrado com vacina de maior valência; 4. Considerar a intercambialidade entre vacinas conjugadas PCV13, PCV14, PCV15 e PCV20; 5. Monitorar continuamente os dados de vigilância sorotípica, reforçando a importância de uma rede sentinelha estruturada para DPI; 6. Apoiar a nacionalização da produção vacinal por meio de transferência tecnológica e desenvolvimento de plataformas vacinais no país
3ª Pauta 11h30-13h15	<p>Ampliação do uso da dTpa para populações especiais</p> <p>Epidemiologia da coqueluche – quem adoece, quem hospitaliza? - Elizabeth David dos Santos - Consultora Técnica- Coordenação Geral de Vigilância em Doenças Imunopreveníveis (CGVDI) Abordou os dados epidemiológicos da coqueluche no Brasil.</p> <p>Apresentou os dados epidemiológicos, série histórica de 1990 a 2025, implantação do teste Rt PCR, ampliando o diagnóstico. O maior número de casos, hospitalização e óbitos se concentra em crianças menores de 01 ano. Dos 29 óbitos ocorridos em 2024, 11 crianças não estavam vacinadas, apesar de já estarem em idade para se vacinar e 19 mães dessas crianças não tinham recebido a vacina na gestação. Ressaltou-se a importância de fortalecer a vacinação de gestantes com a dTpa, ampliando alcance e adesão, em integração com a APS.</p> <p>A Coqueluche e grupos especiais: Asma e DPOC - Rosemeri Maurici da Silva - Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e Coordenadora de DC de Imunizações da SBPT</p>

	<p>Apresentou dados que indicam que a asma afeta cerca de 8% da população, enquanto a DPOC acomete aproximadamente 12%, sendo ambas condições associadas a elevada mortalidade, perda funcional e incapacidade significativa. Destacou que, embora pouco discutida, a coqueluche em adultos pode agravar doenças respiratórias pré-existentes, especialmente em indivíduos acima de 60 anos. Ressaltou que pessoas com doenças respiratórias crônicas representam um grupo que pode se beneficiar substancialmente da vacinação com dTpa.</p> <p>Discussão</p> <p>Foi discutida a possível ampliação do uso da vacina tríplice bacteriana do tipo adulto (dTpa) para grupos especiais. Ressaltou-se a importância da proteção indireta ao lactente, principal alvo da imunização, e a necessidade de incluir contactantes próximos, como parceiros(as) de gestantes e pessoas imunocomprometidas. Dados da literatura indicam maior risco de coqueluche grave em indivíduos com comorbidades como insuficiência renal crônica, doenças cardiovasculares, pneumopatias crônicas, diabetes e idosos.</p> <p>Embora a maioria dos casos graves no Brasil ocorra em lactentes, discutiu-se a limitação dos dados de vigilância e o impacto da ampliação do diagnóstico através do PCR em adolescentes e populações com maior acesso a serviços de saúde. Foram levantadas considerações sobre a pertinência da estratégia de cocooning e sua viabilidade em programas públicos, bem como a inclusão de pacientes com asma grave e DPOC como grupo prioritário para vacinação. Também foi destacada a baixa cobertura vacinal entre gestantes e a necessidade de reforçar ações nesse grupo. Observou-se a experiência de outros países na substituição da vacina pentavalente pela hexavalente acelular como resposta ao aumento de casos nas Américas.</p> <p>Encaminhamentos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer a estratégia de vacinação de gestantes com a vacina dTpa, ampliando o alcance e a adesão. 2. Avaliar a inclusão da vacina dTpa no calendário vacinal de pessoas com asma grave e DPOC. 3. Estabelecer critérios técnicos e operacionais para vacinação de pacientes com asma grave (Step 4 e 5) e DPOC Gold E. 4. Inserir o tema na lista de prioridades de discussão do DPNI.
4ª Pauta 1430-16h00	<p>Vacina HPV9 – atualização sobre o uso da vacina nos programas públicos de vacinação - Renato Kfouri</p> <p>Discussão – Vacinação contra o HPV</p> <p>Foram discutidos os avanços, desafios e perspectivas relacionados à vacinação contra o HPV, com ênfase na transição da vacina quadrivalente para a nonavalente (HPV9).</p> <p>Ressaltou-se os ganhos de proteção da vacina HPV9 frente a outros tipos de câncer associados ao HPV, como o de orofaringe e câncer anal,</p>

especialmente em populações de maior risco, como homens que fazem sexo com homens. Também foi mencionada a importância da comunicação com os grupos prioritários, considerando as atuais barreiras de acesso à vacina.

Destacou-se ainda que, apesar dos desafios relacionados ao custo e à logística, o Brasil deve manter em pauta a transição para a vacina nonavalente. A dose única foi considerada uma estratégia acertada, mesmo diante das limitações dos estudos de modelagem, sendo recomendada a intensificação de ações para recuperar as coberturas vacinais e alcançar as metas de eliminação do câncer de colo do útero. Foi informado que o Instituto Butantan já manifestou interesse em discutir a transferência de tecnologia com o produtor da vacina HPV9.

A ampliação do acesso foi debatida, incluindo a possibilidade de incluir novos grupos na estratégia de vacinação. A vacinação de usuários de PrEP foi mencionada como forma de contemplar populações-chave, sendo ressaltado que o uso da vacina como estratégia de prevenção secundária deveria ser avaliado via Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT).

Comentado por um participante que o Instituto Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC/OMS), com apoio do Ministério da Saúde, realizou modelagem indicando que a introdução da vacina HPV9 pode reduzir significativamente o tempo necessário para a eliminação do câncer do colo do útero. Destacou-se que a ampliação da proteção vacinal é desejável e pode beneficiar ambos os sexos, reforçando a equidade de gênero.

Foi questionado se há estudos em andamento no país sobre a efetividade do esquema de dose única da vacina HPV, sendo informado que, até o momento, o DPNI não conduz tais pesquisas. Mas está prevista a realização da terceira fase do Estudo POP Brasil, apoiado pelo DATHI e DPNI, com recursos do PROADI.

Encaminhamentos:

1. Recomendar a transição da vacina HPV quadrivalente para a nonavalente (HPV9), em momento oportuno e conforme viabilidade técnica e orçamentária;
2. Incrementar as ações de comunicação voltadas aos grupos prioritários, com foco na ampliação do acesso à vacinação contra o HPV;
3. Intensificar as ações de recuperação das coberturas vacinais contra o HPV;
4. Fortalecer a estratégia nacional de vacinação contra o HPV com vistas à eliminação do câncer do colo do útero e outros canceres relacionados ao vírus HPV como problema de saúde pública.
5. Alinhar as ações à Caderneta Digital do Adolescente, recentemente divulgada pelo Ministério da Saúde, como ferramenta estratégica para ampliar a aproximação e a adesão do público de 9 a 14 anos às ações de saúde a eles destinadas.

<p>5ª Pauta 16h30-17h30</p>	<p>Estratégia piloto de vacinação contra Chikungunya - Ana Catarina de Melo Araujo - Coordenadora (CGICI) e Jadher Pércio - Coordenador - Coordenação Geral de Farmacovigilância (CGFAM)</p> <p>Foram apresentados os dados epidemiológicos da chikungunya, bem como informações sobre a vacina licenciada (Valneva), baseada em vírus vivo atenuado. Destacou que, em estudos prévios, foi identificado um sinal de segurança relacionado à descompensação de comorbidades em idosos, razão pela qual autoridades regulatórias como FDA e EMA contraindicam seu uso em pessoas com 65 anos ou mais. Além disso, os estudos realizados até o momento ocorreram exclusivamente em países não endêmicos, o que reforça a necessidade de avaliação da vacina em cenários como o brasileiro.</p> <p>O Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Butantan, implantará estudo de fase IV em 10 municípios de quatro estados, com vacinação da população de 18 a 59 anos. A estratégia será conduzida como ação programática, sem necessidade de termo de consentimento para a aplicação da vacina. Este será exigido apenas nos casos com coleta de material biológico para avaliação laboratorial.</p> <p>Durante os debates, foram levantadas preocupações com a dificuldade de diagnóstico diferencial entre arboviroses (dengue, zika e chikungunya), o que representa um desafio tanto para a vigilância quanto para os estudos de efetividade. Reforçou-se a necessidade de testes diagnósticos rápidos e sensíveis, critérios clínicos bem estabelecidos, exclusão adequada de grupos vulneráveis (como imunocomprometidos) e aprimoramento das fichas de notificação.</p> <p>Também foi destacada a necessidade de avaliação rigorosa de eventos adversos, incluindo desenvolvimento de testes moleculares para identificação do vírus vacinal. Ainda que a morbimortalidade seja mais acentuada nos extremos de idade, o estudo deverá contribuir para ampliar o conhecimento sobre segurança e efetividade da vacina em adultos jovens e de meia-idade, além de embasar decisões futuras de incorporação no Programa Nacional de Imunizações (PNI).</p> <p>Pontos Críticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior carga de morbimortalidade da chikungunya nos extremos de idade. • Potenciais efeitos adversos graves relatados internacionalmente. • Necessidade de exclusão criteriosa de grupos como imunocomprometidos. • Persistência de desafios no diagnóstico diferencial entre arboviroses. • Necessidade educação permanente dos profissionais da atenção básica no país no que diz respeito ao diagnóstico diferencial entre arboviroses (dengue, zika e chikungunya). <p>Governança e Próximos Passos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudo de fase IV validado na instância tripartite (MS – CONASS – CONASEMS).
--	---

2. Estratégia operacionalizada como ação programática com apoio do Instituto Butantan.
3. PNI poderá convocar a CTAI para discutir a expansão da vacinação após aprovação da vacina nacional.
4. MS reafirmou seu compromisso com o estudo de efetividade e com o fortalecimento da produção nacional de vacinas.
5. Desenvolvimento de ficha integrada de notificação para arboviroses com base em identificação sindrômica.

Hesitação vacinal - Jadher Pércio - Coordenador - Coordenação Geral de Farmacovigilância (CGFAM)

Discussão – Hesitação vacinal, acesso e estratégias de comunicação

Destacou-se a importância de estratégias inovadoras e baseadas em evidências para ampliar a confiança da população nas vacinas. Foram apresentados os estudos *ImunizaSUS*, realizado em parceria com o Conasems, e o *Inquérito de Coberturas Vacinais*, coordenado por Cássio e colaboradores, que têm fundamentado as ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) nesse campo.

Foram apontadas lacunas na atuação em redes sociais e a necessidade de qualificação da comunicação digital do PNI para responder dúvidas e ampliar o alcance das informações confiáveis. Também foi ressaltado que a hesitação vacinal não deve ser confundida com baixa cobertura vacinal, sendo o acesso aos serviços de saúde um fator determinante, sobretudo para trabalhadores que enfrentam dificuldades em se ausentar do trabalho para se vacinar ou acompanhar seus filhos.

Experiências locais, como a de Campina Grande (PB), foram citadas como exemplos positivos de estratégias para ampliar o acesso. A importância da formação acadêmica em vacinologia foi ressaltada como ação estruturante, sugerindo-se a inclusão de conteúdos sobre imunizações nas grades curriculares dos cursos da área da saúde.

Foi destacado o papel de lideranças religiosas e sociais no enfrentamento à hesitação vacinal, com recomendação de maior articulação com a sociedade civil, atenção primária e meios de comunicação. Também foram mencionadas ações de cooperação técnica e a relevância de estratégias que considerem a diversidade cultural da população brasileira.

Outras propostas incluíram a adoção de uma carteira digital de vacinação como ferramenta para melhorar o acompanhamento vacinal, a condução de projetos voltados a reações psicogênicas pós-vacinação, e a necessidade de se revisar a terminologia utilizada, considerando que o termo "hesitação vacinal" pode não ser amplamente compreendido pela população.

Comentado por participante que o DPNI com apoio financeiro da OPAS, está realizando uma parceria com o Instituto de Psiquiatria da USP, para realização de um curso on line para capacitar as equipes de saúde no diagnóstico precoce e tratamento das Reações psicogênicas pós-vacinal. Será composto por aulas, materiais técnicos , e educativo.

	Encaminhamentos <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer a comunicação digital do PNI, com presença ativa e responsável nas redes sociais. 2. Ampliar estratégias de acesso à vacinação, incluindo horários flexíveis e ações extramuros. 3. Incluir conteúdos específicos sobre imunização na formação de profissionais de saúde. 4. Promover ações de comunicação inclusivas, culturalmente sensíveis e voltadas à diversidade brasileira. 5. Estimular o envolvimento de lideranças comunitárias, religiosas e da sociedade civil organizada nas campanhas de vacinação. 6. Avançar na implementação de uma carteira digital de vacinação. 7. Considerar a substituição do termo “hesitação vacinal” por nomenclatura mais compreensível para a população. 8. Manter o tema da comunicação em saúde como pauta permanente de discussão da CTAI.
6º Pauta 17h30-18h30	Panorama das Recomendações e Implementações: CTAI 2024-2025 - Ana Catarina de Melo Araujo - Coordenadora (CGICI) Foi realizada apresentação das principais ações conduzidas pela Câmara Técnica de Assessoramento em Imunizações (CTAI) entre 2024 e junho de 2025, com destaque para os avanços obtidos em recomendações técnicas, organização de reuniões periódicas, elaboração de documentos técnicos e apoio sistemático à tomada de decisão no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Os participantes reconheceram o papel estratégico da CTAI na consolidação de decisões baseadas em evidências e destacaram a importância de seu fortalecimento institucional. Sugeriu-se a elaboração de um regimento interno que regulamente seu funcionamento, além da adoção de práticas alinhadas aos princípios das Grupos Técnicos Nacionais de Assessoramento em Imunizações (NITAGs), com foco em independência, transparência, multidisciplinaridade e rigor técnico. Também foi reconhecida a contribuição do Brasil no apoio à estruturação de NITAGs em outros países da região das Américas, fortalecendo a cooperação internacional e o protagonismo do país na agenda global de imunizações.
	AGENDA - 09/07/2025
7ª Pauta 09h00-10:00	Reforço da vacina poliomielite inativada (VIP) – uma ou duas doses? - Lily Yin Weckx - CRIE – Unifesp Abordou a necessidade de uma ou duas doses de reforço para a vacina inativada contra poliomielite (VIP). Foram apresentados dados do histórico de vacinação contra pólio, começando com o esquema de pólio oral em 1973 e a introdução da VIP em 2012.

	<p>A maioria dos países que utilizam apenas a VIP, inclui uma dose de reforço aos 04 anos de idade e que 90% desses países possuem uma segunda dose de reforço.</p> <p>Com a queda da cobertura vacinal contra pólio, no Brasil, o país foi classificado como de risco para doença.</p> <p>A principal questão levantada foi se o esquema ideal incluiria quatro ou cinco doses.</p> <p>Encaminhamentos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendar a administração de uma dose de reforço da vacina inativada poliomielite (VIP) entre 4 e 6 anos de idade. 2. Estabelecer o esquema vacinal contra poliomielite com três doses no esquema primário (aos 2, 4 e 6 meses de idade) e duas doses de reforço (aos 15 meses e entre 4 e 6 anos de idade). 3. Promover comunicação efetiva com os profissionais de saúde sobre a atualização do calendário vacinal, destacando a inclusão da dose de reforço entre 4 e 6 anos de idade
8ª Pauta 10h00-11h00	<p>Vacinas hexavalentes: desafios e oportunidades - Maria Ângela Rocha - Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)</p> <p>Apresentou as vacinas hexavalentes, destacando as diferenças entre as vacinas de células inteiras e as acelulares, os benefícios das vacinas combinadas, como a redução do número de picadas, melhor adesão ao esquema vacinal, a redução de insumos entre outros pontos.</p> <p>Discussão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguns participantes pontuaram que as vacinas de células inteiras, embora mais reatogênicas, oferecem maior imunogenicidade e uma proteção mais duradoura. • Preocupação de que a vacina acelular não elimine a condição de portador, o que inviabilizaria estratégias de proteção indireta. • Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que países que já utilizam vacinas de células inteiras não devem mudar para vacinas acelulares • Custo elevado da vacina acelular <p>Encaminhamentos :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recomendar a transição da vacina pentavalente celular para vacina hexavalente de células inteiras 2. Intensificar o monitoramento de eventos adversos a partir da inclusão de uma nova vacina hexavalente
9ª Pauta 11:00-12h00	<p>Vacina Herpes Zoster Recombinante – recomendação para idosos e imunocomprometidos - Rosana Richtmann - Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)</p> <p>Foi contextualizado o crescente interesse nacional e internacional na vacina herpes zoster recombinante. A OMS recomenda sua aplicação a partir dos 50 anos, com prioridade para pessoas com comorbidades e imunocomprometidos. Informou-se que a negociação via fundo rotatório da OPAS ainda está em andamento.</p>

	<p>Considerou-se a importância da proteção da população idosa, com sugestão de análise estratificada por faixas etárias, especialmente acima dos 60 e 80 anos.</p> <p>Foi mencionada a possibilidade de administrar a vacina herpes zoster recombinante após três anos em pessoas previamente vacinadas com a Zostavax.</p> <p>Houve consenso de que, no momento, a vacina não deve ser tratada como prioridade para o calendário vacinal de rotina. No entanto, foi considerada de alta prioridade para alguns grupos, especialmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas transplantadas de células-tronco hematopoiéticas (TCTH); • Pessoas vivendo com HIV/AIDS; • Pacientes oncológicos; • Pessoas em uso de imunossupressores e/ou imunobiológicos. <p>Foi sugerido iniciar a vacinação por esses grupos e, futuramente, avaliar expansão escalonada para idosos. Destacou-se a necessidade de decisões baseadas em critérios técnicos e custo-efetividade, diante de recursos limitados. Indicou-se ainda a realização de estudos de modelagem para avaliar o impacto da vacinação em idosos mais velhos.</p> <p>Reforçou-se que a vacina deve permanecer em monitoramento técnico, mas que, frente a outras prioridades, sua incorporação ao SUS deve ser avaliada com cautela e foco em grupos de risco.</p> <p>Encaminhamento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A saúde dos idosos é prioridade, e os participantes da reunião destacaram a importância de valorizar esse público e ampliar o calendário vacinal. Contudo, o grupo considerou que, neste momento, vacinas já disponíveis no programa — como a pneumocócica — devem ser priorizadas para inclusão no calendário de rotina dos idosos. 2. A vacina herpes zoster recombinante pode ser considerada para os grupos especiais, incluindo imunocomprometidos.
12h00-13h00	<p>Encaminhamentos finais</p> <p>1. Transição da vacina pneumocócica conjugada 10-valente (PCV10) para vacinas que contemplem sorotipos circulantes e predominantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a substituição da vacina pneumocócica conjugada 10-valente (PCV10) por vacinas de maior valência, considerando a intercambialidade entre as vacinas pneumocócicas atualmente disponíveis no país. • Adotar esquemas mistos entre PCV10 e vacinas de maior valência até o esgotamento dos estoques da PCV10.

	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o esquema vacinal 2+1, priorizando a utilização de vacina de maior valência já na primeira dose, assegurando que o reforço seja sempre administrado com vacinas de maior valência. <p>2. Ampliação do uso da vacina dTpa para populações especiais – asma e DPOC</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a estratégia de vacinação de gestantes com a vacina dTpa, ampliando o alcance e a adesão ao esquema vacinal. • Avaliar a inclusão da vacina dTpa no calendário vacinal de pessoas com asma grave e DPOC, considerando o risco aumentado de complicações por coqueluche nesses grupos. • Estabelecer critérios técnicos e operacionais para a vacinação de pacientes com asma grave (etapas 4 e 5) e DPOC classificado como GOLD E, visando garantir equidade e efetividade na oferta da vacina. • Incluir o tema na lista de prioridades de discussão no âmbito do Departamento de Imunizações (DPNI). <p>3. Vacina HPV9 – atualização sobre o uso nos programas públicos de vacinação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a transição da vacina HPV quadrivalente para a vacina nonavalente (HPV9), em momento oportuno e mediante viabilidade programática. • Ampliar as ações de comunicação e informação sobre o acesso à vacina HPV, especialmente voltadas a grupos prioritários já definidos. • Reforçar as estratégias de recuperação das coberturas vacinais contra o HPV. • Intensificar as ações de vacinação contra o HPV no país, com foco na meta de eliminação do câncer do colo do útero e outros canceres relacionados ao vírus HPV. • Alinhar as ações à Caderneta Digital do Adolescente, recentemente divulgada pelo Ministério da Saúde, como ferramenta estratégica para ampliar a aproximação e a adesão do público de 9 a 14 anos às ações de saúde a eles destinadas. <p>4. Reforço da vacina poliomielite inativada (VIP) – definição de esquema com uma ou duas doses de reforço</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a administração de uma dose de reforço da vacina inativada poliomielite (VIP) entre 4 e 6 anos de idade. • Estabelecer o esquema vacinal contra poliomielite com três doses no esquema primário (aos 2, 4 e 6 meses de idade) e duas doses de reforço (aos 15 meses e entre 4 e 6 anos de idade). • Promover ações de comunicação direcionadas aos profissionais de saúde, reforçando a atualização do calendário vacinal e a inclusão da nova dose de reforço entre 4 e 6 anos.
--	---

	<p>5. Vacinas hexavalentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar a transição da vacina pentavalente de célula inteira para a vacina hexavalente contendo componentes de célula inteira, considerando os ganhos programáticos e de cobertura vacinal. • Intensificar o monitoramento de eventos adversos associados à introdução da nova vacina hexavalente, com especial atenção à vigilância de segurança vacinal no período inicial de implantação. <p>6. Vacina herpes zoster recombinante – recomendação para idosos e imunocomprometidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a saúde da população idosa como uma prioridade no âmbito das ações de imunização, com ênfase na ampliação progressiva do calendário vacinal. • Considerar que, no momento, outras vacinas do Programa Nacional de Imunizações (como as pneumocócicas conjugadas) devem ser priorizadas na inclusão no calendário rotineiro para idosos. • Recomendar que a vacina herpes zoster recombinante seja considerada para grupos especiais, em particular pessoas imunocomprometidas, conforme viabilidade e diretrizes clínicas específicas. <p>Encerramento</p> <p>A reunião foi concluída com a leitura dos principais encaminhamentos discutidos ao longo do encontro. O diretor Eder Gatti e a coordenadora Ana Catarina agradeceram a participação ativa de todos os membros, destacando a qualidade técnica dos debates e o compromisso coletivo com o fortalecimento das ações de imunização no país.</p> <p>A reunião foi encerrada no dia 09/07/2025 às 13h00.</p>
--	---