

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI - URCA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TICIANO MAGALHÃES DANTAS

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: melhorando a cobertura vacinal na primeira infância

CRATO/CE
2019

TICIANO MAGALHÃES DANTAS

SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: melhorando a cobertura vacinal na primeira infância

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação Saúde da Família, nucleadora Universidade Regional do Cariri, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Corina Amaral Viana

Coorientadora: Enfa. Mestra Fernanda Maria Silva

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri – URCA
Bibliotecária: Ana Paula Saraiva CRB 3/1000

Dantas, Ticiano Magalhães.

D192s Síntese de evidências para políticas de saúde: melhorando a cobertura vacinal na primeira infância/ Ticiano Magalhães Dantas. – Crato-CE, 2019
82p.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação Saúde da Família, da Universidade Regional do Cariri – URCA. Área de Concentração: Saúde da Família; Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde
Orientadora: Profa. Dra. Maria Corina Amaral Viana
Coorientadora: Enfa. Mestra Fernanda Maria Silva

1. Programas de Imunização, 2. Cobertura Vacinal, 3. Recusa Vacinal, 4. Política informada por evidências; I. Título.

CDD: 614

TICIANO MAGALHÃES DANTAS

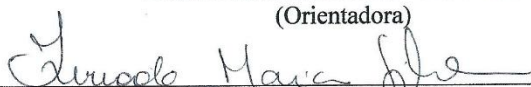
SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE: melhorando a cobertura vacinal na primeira infância

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação Saúde da Família, nucleadora Universidade Regional do Cariri, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



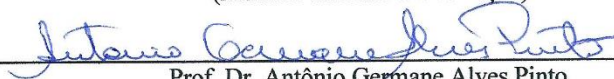
Profª. Dra. Maria Corina Amaral Viana
(Orientadora)



Profª. Ma. Fernanda Maria Silva
(Coorientadora)



Profª. Dra. Tereza Setsuko Toma
(Membro Externo à Instituição)



Prof. Dr. Antônio Germane Alves Pinto
(Membro Interno)



Profª. Dra. Gislene Farias de Oliveira
(Suplente)

Crato-CE, 03 de dezembro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Existem situações na vida em que é fundamental poder contar com o apoio e a ajuda de algumas pessoas.

Para a realização desta dissertação, pude contar com várias. E a essas pessoas prestarei, através de poucas palavras, os mais sinceros agradecimentos:

A Deus, pela sabedoria, força e paciência a mim dispensados no decorrer desta trajetória.

À minha querida esposa Lindaiane Bezerra Rodrigues Dantas, por todo o apoio, paciência e colaboração desde a seleção até conclusão do curso.

Aos meus pais Maria do Socorro Magalhães Dantas e José Valdeir Clemente Dantas, bem como a minha irmã Tatiany Magalhães Dantas pelo apoio incondicional.

À Universidade Regional do Cariri - URCA, pelo fomento a pós-graduação *stricto sensu*.

À professora Maria Corina Amaral Viana, orientadora deste trabalho, pelos seus conhecimentos, sua atenção e boa vontade, contribuindo de forma inestimável para o meu crescimento dentro da pesquisa.

À Enfermeira Fernanda Maria Silva, coorientadora deste trabalho, pela disponibilidade e apoio para a construção deste estudo.

Aos docentes do Programa de Mestrado em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF/Universidade Regional do Cariri - URCA, em especial a professora Maria de Fátima Antero Sousa Machado pela contribuição conferida a minha formação desde a graduação.

Às queridas secretárias do curso Aparecida e Manu pela presteza e atenção em todos os momentos.

A todos os queridos colegas e amigos do mestrado, pela prazerosa companhia durante todo o curso e pelos proveitosos e divertidos momentos que passamos durante toda essa caminhada acadêmica.

*“Eu sou de uma terra que o povo padece
Mas nunca esmorece, procura vencê,
Da terra adorada, que a bela cabôca
Com riso na bôca zomba no sofrê.
Não nego meu sangue, não nego meu nome,
Olho para a fome e pergunto: o que há?
Eu sou brasileiro fio do Nordeste,
Sou Cabra da Peste, sou do Ceará.”*

(PATATIVA DO ASSARÉ)

RESUMO

A prática da imunização vem, ao longo do tempo, incorporando-se ao conjunto de ações da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo ofertada nos serviços de saúde, como uma das principais ferramentas de prevenção e promoção da saúde dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse contexto, aponta-se então para o questionamento referente à efetividade das políticas, programas e serviços propostos e do seu grau de implementação: Quais as evidências científicas sobre intervenções para a melhoria da cobertura vacinal na primeira infância dentro APS/ESF que possam amparar a formulação e implementação de políticas públicas voltadas a esse problema. O estudo teve como objetivo identificar as intervenções efetivas e estratégias para implementação para melhorar a cobertura vacinal na primeira infância. Trata-se de um estudo secundário, uma revisão rápida de abordagem qualitativa, cujo produto é uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde. A coleta de dados foi realizada de acordo com a metodologia das ferramentas *SUPPORT (Supporting Policy Relevant Reviews and Trials)*. Em abril de 2018, foi realizada a definição do problema de política através de buscas sistemáticas na literatura sobre o tema, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Outras referências também foram buscadas nos sites de instituições consideradas experts no assunto. Relatórios extraídos no site do SIPNI também foram utilizados. Na busca de evidências para as opções, realizada em setembro de 2019, foram revistadas as bases de dados *HSE (Health Systems Evidence)*, *Cochrane Library*, *BVS* e *PubMed*. Os critérios para a busca pelas evidências das opções foram: (1) revisões sistemáticas, (2) disponibilidade de textos completos com livre acesso ou pago (3) textos nas línguas inglês, português ou espanhol. A busca deu-se na *PubMed*, *HSE* e *Cochrane Library* com os seguintes termos *MeSH* e operadores *booleanos*: Immunization Programs AND Vaccination Coverage OR Vaccination refusal e na BVS com os DeCS: Programas de imunização AND Política informada por evidências AND Cobertura Vacinal. Após a busca dos dados utilizou-se o *software Rayyan* para auxiliar na seleção dos estudos. Foram elencadas quatro opções para a abordagem do problema: i) Oferecer programas de educação em saúde voltados para os pais, abordando aspectos socioculturais relacionados a imunização; ii) Fortalecer a comunicação entre os profissionais de saúde e pais sobre imunização na Atenção Primária à Saúde; iii) Promover o uso de tecnologias da informação e comunicação para o envio de lembretes relacionados à vacinação; iv) Realizar flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação e utilizar outras abordagens de aproximação. Para que essas opções sejam implementadas, faz-se necessários que o controle social seja fortalecido nos serviços de saúde, proporcionando uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde e usuários. Além disso, é fundamental que novas tecnologias de comunicação sejam incorporadas de forma efetiva ao Sistema Único de Saúde (SUS), para que população tenha acesso de forma mais rápida e democrática aos serviços ofertados. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é um dos maiores do mundo e deve ser priorizado na agenda dos tomadores de decisão.

Palavras-chave: Programas de Imunização; Cobertura Vacinal; Recusa Vacinal e Política informada por evidências.

ABSTRACT

The practice of immunization has, over time, incorporated the set of actions of Primary Health Care (PHC), being offered in health services, as one of the main prevention and health promotion tools within the Family Health Strategy (FHS). In this context, the reference questionnaire regarding the effectiveness of the proposed policies, programs and services and their degree of implementation: What are the clinical examinations on the improvement of vaccination coverage in early childhood within the PHC / FHS that uses to define and implement public policies focused on this problem. The study aimed to identify as effective and strategic to implement the improvement of vaccination coverage in early childhood. This is a secondary study, a quick review of a qualitative approach, the product of which is a synthesis of evidence for health policies. Data collection was carried out according to the methodology of the SUPPORT tools (Supporting Policy Relevant Reviews and Trials). In April 2018, the policy problem was defined through systematic searches in the literature on the topic, in the Virtual Health Library (VHL). Other references were also searched on the websites of institutions specialized in the subject. Reports extracted from the SIPNI website were also used. In the search for options for the options, carried out in September 2019, HSE (Health Systems Evidence), Cochrane Library, VHL and PubMed databases were searched. The requirements for a search for the options described were: (1) systematic reviews, (2) availability of full texts with free or paid access (3) texts in English, Portuguese or Spanish. The search took place in PubMed, HSE and Cochrane Library with the following terms MeSH and Boolean operators: Immunization programs AND vaccination coverage OR Refusal of vaccination and in the VHL with DeCS: Immunization programs AND Information policy by the public OR Vaccine coverage. After a data search, use Rayyan software to assist in selecting studies. Four options for addressing the problem were listed: i) Offer health education programs aimed at parents, addressing socio-cultural aspects related to immunization; ii) Strengthen communication between health professionals and parents about immunization in Primary Health Care; iii) Promote the use of information and communication technologies to send reminders related to vaccination; iv) Perform flexibility and extension in the opening hours and days of vaccination sites and use other approach approaches. For these options to be implemented, make social control stronger in health services, use better communication between health professionals and users. In addition, it is essential that new communication technologies are incorporated into the Unified Health System (UHS) effectively, so that the population has access to the fastest and most democratic way to the services offered. The National Immunization Program (NIP) is one of the largest in the world and should be selected on the agenda of decision makers.

Keywords: Immunization programs; Vaccination Coverage; Vaccination Refusal and Policy informed by evidence.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Expressões de busca utilizadas nas bases de dados.....	40
Quadro 2. Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas.....	41
Quadro 3. Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas.....	43
Quadro 4. Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas.....	45
Quadro 5. Achados relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas.....	47
Quadro 6. Considerações sobre a implementação da opção 1.....	49
Quadro 7. Considerações sobre a implementação da opção 2.....	50
Quadro 8. Considerações sobre a implementação da opção 3.....	51
Quadro 9. Considerações sobre a implementação da opção 4.....	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS- Agentes Comunitários de Saúde
APS- Atenção Primária à Saúde
AMSTAR- *Assessment of Multiple Systematic Reviews*
BCG- Bacilo de Calmette-Guérin
BIREME- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
BVS- Biblioteca Virtual em Saúde
CGPNI- Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DECIT- Departamento de Ciência e Tecnologia
DeCS- Descritores em Ciências da Saúde
dT- Vacina contra Difteria e Tétano
DTP- Vacina contra Difteria, Tétano e Coqueluche
DTPa- Vacina contra Difteria, Tétano e Coqueluche acelular
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente
EVIPNet- *Evidence-Informed Policy Network*
EPS- Educação Popular em Saúde
ESF- Estratégia Saúde da Família
EVIPNet- Rede para Políticas Informadas por Evidências
HPV- Papiloma Vírus Humano
HSE- *Health Systems Evidence*
MeSH- *Medical Subject Headings*
MEDLINE- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MRC- Monitoramento Rápido das Coberturas Vacinais
MS- Ministério da Saúde
NEV- Núcleo de Evidências
OIAPSS- Observatório Ibero-americano de Sistemas e Políticas de Saúde
OMS- Organização Mundial da Saúde
OPAS- Organização Pan Americana da Saúde
PACS- Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde

PAI- Programa Ampliado de Imunização
PI- Primeira Infância
PNI- Programa Nacional de Imunizações
RS- Revisão Sistemática
SBIM- Sociedade Brasileira de Imunizações
SCTIE- Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES- Secretaria Estadual de Saúde
SIPNI- Sistema Nacional de Imunizações
SMS- Secretaria Municipal de Saúde
SNVE- Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SUPPORT- *SUPporting POLicy Relevant Reviews and Trials*
SUS- Sistema Único de Saúde
UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância
URCA- Universidade Regional do Cariri
VIP- Vacina Inativada contra Poliomielite
VOP- Vacina Oral contra Poliomielite
VORH- Vacina Oral de Rotavírus Humano

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	20
3.1 Políticas de Saúde Informadas por Evidências	20
3.2 Panorama das Doenças Imunopreveníveis no mundo, no Brasil e no Nordeste brasileiro	24
3.3 Programa Nacional de Imunizações, Cobertura Vacinal no Brasil	26
3.4 Políticas de saúde para a primeira infância	28
4 METODOLOGIA	32
4.1 Desenho de estudo	32
4.2 Definição do Problema de Política	33
4.3 Definição das opções e estratégias de implementação para a abordagem do problema de política	34
4.4 Avaliação da qualidade das Revisões Sistemáticas selecionadas para busca de evidências para as opções	35
4.5 Elaboração da síntese de evidências	36
4.6 Aspectos éticos da pesquisa.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 Imunização na primeira infância como problema prioritário de saúde no Brasil.....	38
5.2 Opções para melhorar a cobertura vacinal na primeira infância	40
5.3 Buscando evidências científicas sobre as opções	41
Opção 1 - Oferecer programas de educação em saúde voltados para os pais, abordando aspectos socioculturais relacionados a imunização.....	42
Opção 2 – Fortalecer a comunicação entre os profissionais de saúde e pais sobre imunização na Atenção Primária à Saúde.....	44
Opção 3 - Promover o uso de tecnologias da informação e comunicação para o envio de lembretes relacionados à vacinação.....	46
Opção 4 - Realizar flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação e utilizar outras abordagens de aproximação.....	48
5.4 Considerações sobre implementação das opções	49
5.5 Considerações sobre equidade.....	54

Opção 1 - Oferecer programas de educação em saúde voltados para os pais, abordando aspectos socioculturais relacionados a imunização.....	54
Opção 2 - Fortalecer a comunicação entre os profissionais de saúde e pais sobre imunização na Atenção Primária à Saúde.....	55
Opção 3 - Promover o uso de tecnologias da informação e comunicação para o envio de lembretes relacionados à vacinação.....	55
Opção 4 - Realizar flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação e utilizar outras abordagens de aproximação.....	56
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES.....	67
APÊNDICE 1. Estudos selecionados mediante busca na BVS para definição do problema de política: Baixa Cobertura Vacinal na Primeira Infância, maio/2019.....	68
APÊNDICE 2. Opiniões de Experts Utilizadas na Definição do Problema de Política: Baixa Cobertura Vacinal na Primeira Infância. Maio/2019.....	72
APÊNDICE 3. Revisões Sistemáticas utilizadas nas Buscas de Evidências para as Opções do problema de Política: Baixa Cobertura vacinal na Primeira Infância. Agosto/2019.....	72
ANEXOS.....	76
ANEXO 1: Instrumento de coleta de dados da amostra.....	77
ANEXO 2: Instrumento para avaliação da qualidade das revisões sistemáticas.....	80

1 INTRODUÇÃO

A evolução dos produtos imunizantes teve sua origem na China antiga, onde se deu a descoberta da primeira técnica de “variolização”, de forma rudimentar. Algum tempo depois, houve o seu aperfeiçoamento pelo cientista Eduard Jenner que, em 1796, identificou o primeiro produto imunizante contra a varíola e, em 1885, Louis Pasteur criou um imunizante contra a raiva a que atribuiu o nome de “vacina” (BRASIL, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a vacinação permitiu erradicar a varíola, bem como reduzir a ocorrência da poliomielite em 99%, o que significa mais de 300 milhões de crianças imunizadas e quatro milhões de crianças salvas pela vacinação. Essa redução fez com que a poliomielite deixasse de ser endêmica em 119 países. Com relação ao sarampo, houve a redução de 74% na mortalidade entre 2000 e 2007 e, ainda, a eliminação do tétano neonatal em 14 dos 57 países considerados de alto risco para essa doença (WHO, 2013).

No Brasil, desde o início do século XIX, as vacinas são utilizadas como medida de controle de doenças. No entanto, somente a partir do ano de 1973 é que se formulou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), regulamentado pela Lei Federal no 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (BRASIL, 2014).

Internacionalmente o PNI sofreu influência do Programa Ampliado de Imunização (PAI), aprovado em 1974 na Assembleia Mundial de Saúde, resultado de uma resolução conjunta da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS)/OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que priorizava principalmente imunizar crianças menores de um ano, devido ser um grupo de maior incidência de doenças infecciosas preveníveis por vacinação e mulheres em estado gravídico, sendo importante instrumento de proteção à saúde materno-infantil (TEMPORÃO, 2003).

O empenho do Brasil em aprimorar o programa de imunização tem se configurado na contínua introdução de vacinas ao calendário nacional de vacinação. Esse aporte variado, que contempla dezoito vacinas no calendário básico [BCG (tuberculose), Hepatite B, Rotavírus, Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, Hepatite B e haemophilus influenza tipo B), Pneumocócica, Meningocócica, VOP (Vacina Oral contra Poliomielite), VIP (Vacina Inativada contra Poliomielite), Triviral (Sarampo, Caxumba e Rubéola), Duplaviral (Sarampo e Rubéola), Tetraviral (Sarampo, Cachumba, Rubéola e Varicela), Hepatite A, Febre Amarela, DTP (Difteria, Tétano e Coqueluche), DTPa (Acelular do tipo adulto), dT (Difteria e Tétano), HPV (Papiloma Vírus Humano), Influenza]] e mais onze disponíveis nos Centros de Referências de

Imunobiológicos Especiais (Pólio Inativada, Hepatite B, Hepatite A, Varicela, Influenza, Pneumocócica 23, Pneumocócica 10, Haemophilus Influenzae b, difteria e Tétano infantil, DTPa e meningocócica), reforça o destaque do Programa a nível mundial (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

O Estado do Ceará tem acompanhado e colaborado com os avanços do PNI, uma vez que tem seguido o restante do país na eliminação de doenças importantes como: difteria e síndrome de rubéola congênita, ocorridas em 2004, e rubéola em 2008. A expansão da imunização no estado foi fator determinante para a redução da mortalidade das crianças menores de cinco anos no país (-77%) e no Ceará (-82,3%), o que fez com que ocupasse posição de destaque na Região Nordeste (CEARÁ, 2013). Essa redução permitiu ao Ceará cumprir antecipadamente a meta de desenvolvimento do milênio prevista para 2015, uma vez que houve redução da taxa de mortalidade infantil para 15.1/1000 nascidos vivos já no ano de 2011 (UNICEF, 2014).

As informações coletadas nos locais de vacinação são processadas pelo Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI) e utilizadas para a avaliação do desempenho do PNI. Vários indicadores podem ser construídos e devem ser instrumentos para a programação das atividades de imunizações. Alguns indicadores são específicos, por exemplo, conhecer a situação vacinal de determinada área, em determinado tempo e por determinados imunobiológicos. Os mais utilizados pelo PNI são: Coberturas vacinais, Homogeneidade de coberturas vacinais e Taxas de abandono (ou proporção de abandono de vacinas) (BRASIL, 2014).

A cobertura vacinal é definida como “o indicador que estima a proporção da população-alvo vacinada e supostamente protegida para determinadas doenças. É calculado com a utilização, no numerador, do total daquelas doses que completam o esquema vacinal e, no denominador, da estimativa da população-alvo, multiplicando-se por 100” (BRASIL, 2014 p. 59).

Ao longo de sua trajetória, o PNI tem alcançado significativos avanços nas coberturas vacinais, na descentralização das ações e na parceria e participação de gestores estaduais e municipais, com consequente impacto na situação epidemiológica das doenças Imunopreveníveis. O Programa tem ampliado sua população-alvo, introduzido novas vacinas e incorporado novas tecnologias à prática de vacinação segura e descarte adequado de resíduos sólidos de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2013).

No Brasil, a cobertura vacinal tem sido estimada pelos registros das unidades de saúde, estando sujeita a importantes erros de registro de dados, transcrição, estimativa de população-

alvo, dentre outros. A ocorrência de epidemias na vigência de cálculos de coberturas altas tem demonstrado a imprecisão de tais estimativas. Além disso, as estimativas baseadas em dados administrativos apresentam limitações, especialmente em grandes núcleos populacionais, pois podem ocultar grandes diferenciais intraurbanos (QUEIROZ *et al.*, 2013).

Muitos grupos populacionais deixam de ser vacinados pelos mais diferentes fatores, alguns deles de responsabilidade dos cuidadores das crianças, como a falta de compromisso com a vacinação, seja por simples recusa, perda da caderneta de vacinação ou mesmo falta de tempo alegada pelos pais/responsáveis, outros por responsabilidade da gestão, como a dificuldade de acesso dos usuários aos locais de vacinação, falhas relacionadas à gestão das salas de vacinação, ausência de garantia do estoque do imunobiológico, bem como falta de flexibilidade nos horários de funcionamento das unidades de saúde (MOURA *et al.*, 2015).

Nessa perspectiva, alguns estudos de avaliação da cobertura vacinal realizados em amostras representativas da população despontam para ocorrência de baixas coberturas vacinais na maioria dos grupos de população-alvo, apesar de todos os esforços do ministério da saúde por meio das ações do PNI.

No Piauí, segundo dados de avaliação do Programa de Imunização, o percentual de cobertura com a vacina contra a Hepatite B na faixa etária de 11 a 19 anos para o ano de 2009, foi 41,38%. Essa baixa cobertura é mais acentuada nos adolescentes do sexo masculino, os quais procuram as Unidades de Saúde com menor frequência que as do sexo feminino (ARAÚJO *et al.*, 2010).

Outro estudo observou que a vacina contra a Febre Amarela foi a que apresentou a menor proporção de crianças vacinadas. Comparada aos demais imunobiológicos, a DTP, recomendada na faixa etária dos 15 meses (primeiro reforço) e quatro anos de idade (segundo reforço), podendo ser aplicada até os seis anos, também apresentou baixa cobertura (SANTOS *et al.*, 2016).

O uso sistemático de evidências científicas globais e locais é um dos principais desafios do processo de formulação e implementação das políticas de saúde. Esse desafio é ainda mais significativo em países como o Brasil, onde os resultados das políticas de saúde são condicionados também por fatores socioeconômicos e os recursos disponíveis são limitados. Nesse contexto, o uso das melhores evidências científicas disponíveis deve ser empregado com o objetivo de melhorar a aplicação de recursos, buscando mais efetividade na promoção, prevenção e atenção à saúde (BRASIL, 2015).

A pouca utilização das evidências científicas se deve a diferentes fatores, desde dificuldades que tomadores de decisão têm para adquirir, avaliar, adaptar e aplicar o

conhecimento científico, ao baixo nível de interação entre política e pesquisa. Melhorar o uso das evidências científicas na formulação e implementação de políticas de saúde inclui processos de tradução e disseminação do conhecimento, considerando sempre os contextos institucionais e sociais relacionados, além de aspectos de equidade (LAVIS *et al.*, 2009).

Se por um lado as evidências científicas são consideradas em todo o mundo um elemento importante para o desenvolvimento de políticas efetivas, do outro o uso sistemático dos resultados de pesquisas científicas por tomadores de decisão ainda é incipiente. Apesar disso, indicadores recentes demonstram que o seu valor tem sido percebido e é possível que a pouca comunicação e colaboração entre pesquisadores e tomadores de decisão representem a principal barreira para melhorar o uso das evidências nas políticas de saúde (BRASIL, 2015).

Tendo em vista a necessidade/utilidade das evidências científicas para sistemas de saúde com melhor desempenho e considerando, principalmente, as restrições financeiras tradicionalmente observadas em países com média e baixa renda, são necessárias opções informadas por evidências para melhorar o uso do conhecimento científico nas tomadas de decisão (BARRETO *et al.*, 2012).

Uma estratégia para a tradução do conhecimento promovida pela OMS em diferentes regiões do mundo é a Rede para Políticas Informadas por Evidências (*Evidence-Informed Policy Network – EVIPNet*). A EVIPNet visa fomentar o uso apropriado de evidências científicas no desenvolvimento e implementação das políticas de saúde (OMS, 2013).

Essa iniciativa promove o uso sistemático dos resultados da pesquisa científica na formulação e implementação de políticas e programas de saúde mediante o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil. A EVIPNet promove ainda o uso compartilhado do conhecimento científico e sua aplicação, em formato e linguagem dirigidos aos gestores de saúde, seja na prática clínica, gestão dos serviços e sistemas de saúde, formulação de políticas públicas e cooperação técnica entre os países participantes (BRASIL, 2017).

As evidências apresentadas mediante as construções sistemáticas de evidências para políticas pela EVIPNet poderão ser utilizadas para: 1) esclarecer e priorizar os problemas nos sistemas de saúde; 2) subsidiar opções de enfrentamento enfocando seus danos e suas incertezas e aceitabilidade pelos profissionais de saúde e usuários; 3) identificar barreiras e facilitadores para a implementação das opções, seus benefícios, riscos, incertezas e custo-efetividade; e 4) apoiar o monitoramento e avaliação de resultados das opções (BRASIL, 2016a).

É inquestionável a importância que as vacinas têm na proteção à saúde e na prevenção de Doenças Imunopreveníveis, particularmente durante a primeira infância. Em função disso,

as autoridades de saúde, em todo o mundo, estabeleceram programas de imunizações e calendários específicos de vacinas de acordo com a faixa etária infantil (QUEIROZ, 2013).

No Brasil, os calendários de vacinação estão regulamentados pela Portaria ministerial no 1.498, de 19 de julho de 2013, no âmbito do PNI, em todo o território nacional, sendo atualizados sistematicamente por meio de informes e notas técnicas pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI). Considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, o PNI define calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas. As vacinas recomendadas para as crianças têm por objetivo proteger esse grupo o mais precocemente possível, garantindo o esquema básico completo no primeiro ano de vida e os reforços e as demais vacinações nos anos posteriores (BRASIL, 2014).

Intervenções em favor do desenvolvimento na primeira infância, do zero aos seis anos de idade, são fundamentais para toda a vida, com benefícios para a saúde, aprendizado, autonomia e participação social. Nas últimas décadas, o campo das neurociências contribuiu com evidências científicas as quais demonstram que os eventos iniciais da vida exercem influências na configuração das funções cerebrais, as quais são cruciais para estabelecer um sólido desenvolvimento. Por outro lado, demonstrou que modificações cerebrais decorrentes de condições adversas no ambiente, especialmente maus tratos e privações psicossociais, em contextos familiares ou institucionais, podem levar a prejuízos, muitas vezes permanentes, no desenvolvimento (MELLO, 2017).

A primeira infância é uma etapa fundamental para o desenvolvimento, em termos cognitivos, socioemocionais e físicos. A importância do investimento no desenvolvimento infantil ou políticas de primeira infância fundamenta-se em vários argumentos. O principal é o direito de todas as crianças ao desenvolvimento pleno de seus potenciais, estabelecido pela Convenção dos Direitos da Criança e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, os avanços da neurociência apontam que nos primeiros anos de vida o cérebro se desenvolve muito rapidamente e é muito sensível aos cuidados e estímulos (BRASIL, 2016a).

Ao longo da minha trajetória profissional, tive a oportunidade de atuar tanto em atividades assistenciais como de gestão dentro da estratégia Saúde da Família e sempre tive grande preocupação com a temática da Imunização, principalmente em aspectos relacionados com a conservação dos imunobiológicos, busca ativa de usuários faltosos e sobretudo com o acompanhamento e monitoramento das coberturas vacinais.

Nesse contexto, aponta-se então para o questionamento referente à efetividade das políticas, programas e serviços propostos e do seu grau de implementação: Quais as evidências

científicas sobre intervenções para a melhoria da cobertura vacinal na primeira infância dentro Atenção Primária à Saúde (APS)/Estratégia Saúde da Família (ESF) que possam amparar a formulação e implementação de políticas públicas voltadas a esse problema?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Identificar as intervenções efetivas e estratégias para implementação para melhorar a cobertura vacinal na primeira infância.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o desenvolvimento do campo das Políticas Informadas por Evidências.
- Descrever o problema da cobertura vacinal na atenção na primeira infância.
- Identificar a partir dos achados das revisões sistemáticas opções para o enfrentamento do problema.
- Apontar barreiras e estratégias para abordar as opções do problema de política em questão.
- Tecer considerações sobre equidade na implementação das opções.

3 REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

O desenvolvimento deste estudo se insere no contexto das políticas de saúde informadas por evidências e tem como foco ampliar os debates sobre as evidências científicas que possam contribuir melhorar a cobertura vacinal na primeira infância.

3.1 Políticas Saúde Informadas por Evidências

O conhecimento científico pode informar o processo de formulação e implementação de políticas de saúde tornando-as mais efetivas, produzindo equidade e melhorando a qualidade de vida da população. No entanto, a superação do abismo entre o saber e o fazer no âmbito das políticas de saúde e, conseqüentemente, da gestão dos sistemas de saúde, públicos ou privados, permanece como um desafio contemporâneo endereçado a governos e sociedades (BARRETO; SOUZA, 2013).

No caso específico das políticas de saúde, o conhecimento científico deve informar o processo de formulação e implementação de políticas de saúde, tornando-as mais efetivas, produzindo equidade e melhorando a qualidade de vida da população. No entanto, a superação do abismo entre o saber e o fazer no âmbito das políticas de saúde e, conseqüentemente, da gestão dos sistemas de saúde, públicos ou privados, permanece como um desafio contemporâneo endereçado a governos e sociedades (BRASIL, 2015).

Na tentativa de desfazer esse abismo, as intervenções destinadas a apoiar a tomada de decisão baseada em evidências têm aumentado nos últimos anos, mas são muitas vezes fragmentadas em diferentes ambientes clínicos, de gestão e de política (LAVIS, 2006).

A 58ª Assembleia Mundial da Saúde exortou em 2005 seus Estados-Membros a estabelecer e fortalecer mecanismos de transferência de conhecimento para apoiar a saúde pública e o fortalecimento dos sistemas mediante políticas fundamentadas em evidências (BRASIL, 2015).

Desde então, se multiplicaram as iniciativas de promoção e implementação de estratégias de tradução do conhecimento e intercâmbio entre produtores e usuários de evidências científicas (BARRETO; SOUZA, 2013).

Como exemplos podemos citar a criação da EVIPNet, que busca fortalecer os sistemas de saúde através da elaboração de políticas informadas por evidências científicas de qualidade; a Agenda de Saúde para as Américas 2008-17, da Organização Pan-Americana de Saúde, que incluiu, no item 65, a necessidade de que os países tornem acessíveis e utilizem o conhecimento científico disponível no processo de tomada de decisão em saúde; e a preparação do relatório

mundial da saúde da OMS de 2012, cujo tema foi *No Health Without Research* e defende maciço investimento em pesquisa científica e seu uso para informar políticas de saúde (BARRETO *et al.*, 2012).

Essas iniciativas objetivam desenvolver capacidade local para produzir evidências que atendam suas necessidades de saúde; demandar, buscar, analisar a qualidade e a aplicabilidade, bem como sintetizar evidências globais para os atores envolvidos ou afetados pelas decisões das políticas de saúde; disponibilizar sínteses das melhores evidências disponíveis e; garantir efetivo e permanente intercâmbio entre os produtores (i.e.: pesquisadores) e os usuários de conhecimento (i.e.: governos e sociedade civil organizada) (OPAS, 2007).

Em sistemas universalistas de saúde, o uso do conhecimento derivado de pesquisas torna-se imperativo, dadas as exigências de *accountability*, equidade, eficiência e efetividade, advindas da natureza pública dos serviços ofertados, que devem atender às necessidades essenciais de saúde de toda a população. Políticas e serviços de saúde informados por evidências são uma tendência mundial na busca de melhores resultados com recursos limitados, principalmente nos países em desenvolvimento, onde estruturação e expansão de sistemas e serviços de saúde ainda se fazem prementes (BRASIL, 2015).

A utilização de evidências científicas como subsídio da tomada de decisão, desde a identificação de problemas de saúde relevantes até a escolha política de opções de enfrentamento destes problemas, depende da capacidade das organizações e dos formuladores de políticas de acessar o conhecimento disponível e utilizá-lo de forma transparente, sistemática e adequada (OXMAN *et al.*, 2009).

Por outro lado, no âmbito da pesquisa em saúde, também existem barreiras para a democratização do conhecimento, que abrangem a dificuldade em traduzir o conhecimento para vários estilos linguísticos usados por diferentes audiências, mas também as perspectivas preconceituosas quanto às capacidades individuais e coletivas de compreensão da informação para a construção do saber nos ambientes políticos e sociais. Em poucas palavras, identifica-se uma desconfiança mútua entre tomadores de decisão e pesquisadores, além de outras incompatibilidades de várias naturezas (BARRETO *et al.*, 2012).

No Brasil, as transformações políticas, sociais e econômicas que antecederam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como seu processo de construção e consolidação, contribuíram para tornar o uso de evidências na gestão desse sistema um grande desafio. Visando estimular o uso de evidências no SUS, o Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde (MS), em 2007, apresentou à OPAS/OMS uma proposta de adesão do Brasil à

EVIPNet Américas, com o intuito de que o país participasse da rede colaborativa mundial (EVIPNet Global) para a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas informadas por evidências científicas (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

Desde a sua criação, em 2007, a EVIPNet Brasil tem colaborado com a EVIPNet Américas e com a EVIPNet Global por meio da participação ativa em eventos internacionais sobre políticas informadas por evidências, tais como a oficina "Elaboração de sínteses de políticas informadas por evidências científicas nos países de língua portuguesa", conduzida no Brasil, a *International Conference on Evidence-Informed Policy Making*, conduzida na Nigéria, o *International Forum: Evidence-Informed Health Policymaking in Low and Middle-Income Countries*, conduzido na Etiópia, e o 9º Congresso Regional de Informação em Ciências da Saúde, conduzido em Washington, que foram realizados, respectivamente, em setembro de 2010 e em fevereiro, agosto e outubro de 2012. Regionalmente, a EVIPNet Brasil colabora com outros grupos de trabalho da EVIPNet Américas na organização de pelo menos quatro oficinas nacionais com a participação de facilitadores de equipes de outros países que compõem a EVIPNet Américas (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

As ações estruturadas para o desenvolvimento da EVIPNet Brasil incluíram a articulação da rede com instituições parceiras, definição de temas prioritários para tradução, disseminação e uso de evidências em formato e linguagem adequados, desenvolvimento de capacitações sobre a metodologia da EVIPNet, abrangendo gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e membros da sociedade civil organizada, promoção da busca de evidências e sistematização do conhecimento dos técnicos, gestores e tomadores de decisão (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

Diferentes instituições articulam-se na iniciativa EVIPNet Brasil. Dentre elas, destacam-se o Ministério da Saúde, a OMS, a OPAS, o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Observatório Ibero-americano de Sistemas e Políticas de Saúde (OIAPSS) e diversas secretarias de saúde municipais, faculdades e escolas de saúde pública (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

As atividades da EVIPNet Brasil envolvem principalmente os processos de tradução e disseminação do conhecimento e promoção do intercâmbio entre pesquisadores, gestores/tomadores de decisões e representantes do controle social para assegurar que a

elaboração de políticas públicas seja informada por evidências científicas (EVIPNet BRASIL, 2014).

Centram-se na capacitação de recursos humanos para aquisição, avaliação, adaptação e aplicação dos resultados de pesquisa nos ambientes decisórios do SUS e dos seus apoiadores. Para essa finalidade, são utilizadas reuniões de trabalho, eventos de capacitação e oficinas. A capacitação é baseada nas ferramentas desenvolvidas pela *Supporting Policy relevant Reviews and Trials* (SUPPORT), uma colaboração internacional patrocinada pelo 6º Programa-Quadro da Comissão Europeia, cujo objetivo é apoiar a produção, implementação e monitoramento de políticas informadas por evidências (OXMAN *et al.*, 2009).

Normalmente, junto às atividades de capacitação, ocorreram implantações de Núcleos de Evidências (NEv)/Estações da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em municípios localizados nas diferentes regiões brasileira. Os NEv/Estações BVS contam com infraestrutura básica (computadores com acesso à Internet) e recursos humanos locais capacitados para adquirir, avaliar a qualidade metodológica, adaptar e aplicar as evidências ao contexto local mediante a produção de sínteses de evidências científicas e a organização de diálogos deliberativos sobre problemas de saúde prioritários. A implantação dos NEv/Estações BVS introduziu a participação de atores de municípios, do Distrito Federal e dos estados na consolidação de políticas informadas por evidências, aumentando a capilaridade junto ao nível local e fortalecendo a rede no contexto de múltiplos níveis de gestão do sistema de saúde público brasileiro (BARRETO; SOUZA, 2013).

No interior do Ceará, mais especificamente no município de Crato, localizado na Região Metropolitana do Cariri, funciona o Núcleo de Evidências da Universidade Regional do Cariri (NEv - URCA). O equipamento foi criado em dezembro de 2014, após a realização de uma oficina da EVIPNet em parceria com Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). O Núcleo é membro atuante da Rede EVIPNet Brasil. Com esta estratégia, o NEv da URCA visa proporcionar o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, facilitando a formulação e a implantação de políticas e a gestão dos serviços e sistemas de saúde no âmbito do SUS-CE. O NEv-URCA busca melhorar os resultados do sistema de saúde mediante a produção de sínteses de evidências e diálogos deliberativos, que contam com a participação de interessados em problemas de saúde relevantes ao seu contexto local.

Dessa forma, funciona como um agente de mudança, capacitando pessoas-chave para definir agendas, discutir opções de enfrentamento de problemas de saúde em nível coletivo e disseminar resultados da pesquisa em saúde de forma efetiva, a fim de contribuir com o uso das

melhores evidências científicas na elaboração, implantação e monitoramento de políticas nos diferentes níveis da organização pública.

3.2 Panorama das Doenças Imunopreveníveis no mundo, no Brasil e no Nordeste brasileiro

As doenças evitáveis por vacinação como a Pneumonia e a Meningite ainda representam parte considerável da morbidade e mortalidade na infância, estimando-se a ocorrência de um milhão de óbitos em crianças por doenças Imunopreveníveis em todo o mundo. O uso de vacinas poderia evitar este quadro, ou até mesmo eliminar algumas dessas doenças, a exemplo do que ocorreu com a varíola, que ainda no século XX causou cerca de 300 milhões de óbitos no mundo antes de ser totalmente erradicada. No Brasil, os últimos casos de varíola foram registrados em 1971, no Rio de Janeiro, e a certificação da erradicação da doença pela OMS ocorreu no país em agosto de 1973. O último caso reconhecido foi notificado na Somália, em 1977. Em 1980, a 30ª Assembleia da OMS anunciou a erradicação da varíola no mundo (OMS, 2018).

Outro avanço da Saúde Pública mundial, obtido através do uso de vacinas, foi a redução de casos de poliomielite, que passaram de 350.000 casos em 1988 para 1.352 casos em 2010. Nas Américas, a certificação pela OMS da eliminação da poliomielite foi feita em 1994 e desde 1991 não foram mais registrados casos autóctones na região. A região do Pacífico Ocidental foi certificada em 2000 e a Europa em 2002. Em 2012, apenas três países permaneciam endêmicos para a poliomielite (Nigéria, Paquistão, Afeganistão), e três apresentavam circulação do vírus após a sua reintrodução através de casos importados (BARATA; PEREIRA, 2013).

No Brasil, além da eliminação da poliomielite no Brasil em 1989, a atuação do PNI levou ao controle do sarampo, tétano neonatal, difteria, tétano acidental, coqueluche, dentre outras doenças. As atividades do programa estão organizadas para alcançar cobertura universal e uniforme no território nacional, conjugando atividades de rotina desenvolvidas nas unidades básicas de saúde com os “dias nacionais de vacinação”, que visam a ampliação da cobertura para grupos populacionais que por diferentes razões têm dificuldade para utilizar os serviços de rotina (BRASIL, 2003).

A vacinação, coordenada em âmbito nacional pelo PNI, nos estados pelos Programas Estaduais de Imunizações e executada no âmbito dos municípios pelas salas de vacinas, tem contribuído significativamente para diminuir a incidência de várias Doenças Imunopreveníveis e controlar muitas delas. No Brasil, esse resultado reflete o investimento do Ministério da Saúde

em parceria com as Secretarias de Estado (SES) e Municipais de Saúde (SMS), nas ações de imunização, com a inclusão de novas vacinas, a ampliação da rede de vacinação e de toda a estrutura do PNI em seus 40 anos de existência, gerando resultados efetivos e, sobretudo, credibilidade junto à população (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013).

Entre março de 2013 e março de 2014, foram confirmados 224 casos de sarampo no estado de Pernambuco. No estado do Ceará, de dezembro de 2013 a maio de 2014, foram confirmados 174 casos. Em 2014, ocorreram 114.900 óbitos por complicações de sarampo no mundo, cerca de 314 óbitos/dia ou 13 óbitos/hora. No Brasil, o sarampo é uma doença de notificação compulsória desde 1968. Até 1991, o país enfrentou nove epidemias, aproximadamente uma a cada dois anos. Em 1986, houve o maior número de casos notificados (n=129.942), representando uma taxa de incidência de 97,7/100 mil habitantes (MOURA *et al.*, 2018).

O Plano Estratégico Global de Luta contra Sarampo e Rubéola (2012-2020) estabelece um conjunto de estratégias para atingir as metas de eliminação dessas doenças. Em conformidade com o plano e com as diretrizes do PNI, o estado do Ceará reforça as estratégias de vacinação, com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde, orientadas a alcançar o impacto esperado com o acesso universal à imunização. Nesse contexto, o estado intensifica as estratégias de vacinação contra o sarampo recomendadas pela OPAS: vacinação de rotina; Monitoramento Rápido das Coberturas Vacinais (MRC); vacinação de bloqueio; varredura; e por fim, intensificação da vacinação (OMS, 2013).

Dentre as principais metas estão o alcance de coberturas altas e homogêneas nos diferentes grupos populacionais para garantir a interrupção da cadeia de transmissão e impedir a ocorrência de surtos a partir de grupos não adequadamente imunizados (BARATA; PEREIRA, 2013).

A OMS recomenda pelo menos 95% de cobertura vacinal para manutenção da erradicação, eliminação ou controle de Doenças Imunopreveníveis, além de indicadores como a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas e a proporção de crianças vivendo em municípios com coberturas vacinais adequadas. No Brasil, também se adota a homogeneidade de cobertura entre vacinas, medida pela proporção desses imunobiológicos cujas metas de coberturas foram alcançadas em cada município. Esses indicadores devem ser acompanhados por um sistema de vigilância do risco de transmissão de Doenças Imunopreveníveis no município e em áreas com a presença de pessoas suscetíveis, característica de situações que merecem intervenções oportunas (BRAZ *et al.*, 2016).

3.3 Programa Nacional de Imunizações, Cobertura Vacinal no Brasil

O PNI foi criado em 1973 e tem como principal função a organização da política nacional de vacinação da população brasileira. Ao longo de quatro décadas, o PNI consolidou-se como o coordenador de uma relevante intervenção de Saúde Pública de caráter universal, a vacinação, contribuindo sobremaneira para a redução da morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis no Brasil (SILVA JUNIOR, 2013).

A criação do PNI possibilitou o fortalecimento do papel do MS na organização e coordenação das ações de vacinação que já eram realizadas há várias décadas e haviam sido responsáveis pela erradicação da varíola, cujo último caso registrado no Brasil data de abril de 1971 (SCHATZMAYR, 2001).

O Programa é, ao mesmo tempo, herdeiro de experiências exitosas da Saúde Pública brasileira e protagonista de um novo momento, no qual a complexidade do quadro epidemiológico e o desenvolvimento de novas vacinas passaram a exigir uma mais adequada e inédita maneira de organização das ações de vacinação. A contribuição do PNI fez-se ainda mais relevante a partir da construção do SUS no final dos anos 1980, dando início a um movimento de descentralização que colocou o município como o executor primário e direto das ações de saúde, entre elas as de vacinação. Nesse cenário, o PNI tem garantido a oferta de vacinas seguras e eficazes para todos os grupos populacionais que são alvo de ações de imunização, como crianças, adolescentes, adultos, idosos e indígenas (SILVA JUNIOR, 2013).

Na OPAS, braço da OMS, o PNI brasileiro é citado como referência mundial. Por sua excelência comprovada, o nosso PNI organizou duas campanhas de vacinação no Timor Leste, ajudou nos programas de imunizações na Palestina, na Cisjordânia e na Faixa de Gaza. Nós, os brasileiros do PNI, fomos solicitados a dar cursos no Suriname, recebemos técnicos de Angola para serem capacitados aqui. Estabelecemos cooperação técnica com Estados Unidos, México, Guiana Francesa, Argentina, Paraguai, Uruguai, Venezuela, Bolívia, Colômbia, Peru, Israel, Angola, Filipinas. Fizemos doações de vacinas para Uruguai, Paraguai, República Dominicana, Bolívia e Argentina (BRASIL, 2003).

A imunização está entre as melhores estratégias de prevenção de morbimortalidade na infância, e seu custo-benefício supera as ações terapêuticas e de reabilitação da saúde. Trata-se de um processo ativo e que depende, principalmente, da iniciativa do cuidador da criança. Para que ela seja considerada imunizada, é essencial respeitar o esquema vacinal preconizado para cada idade, uma vez que o atraso na vacinação pode ser tão prejudicial quanto não vacinar. Além do fato de a criança não vacinada ou vacinada com atraso ter maior chance de desenvolver

doenças, isso incorre em maior risco comunitário de epidemias, principalmente quando se trata de vacina em dose única, cujo esquecimento leva à ausência total de proteção (FERNANDES *et al.*, 2015).

Nesse contexto, para que as Doenças Imunopreveníveis sejam controladas, eliminadas ou erradicadas, é necessária uma adequada cobertura vacinal, capaz de impedir a circulação dos agentes patogênicos entre a população (BRASIL, 2012).

A cobertura vacinal é conceituada como o percentual de uma população-alvo que foi vacinada. Ela é um importante indicador de saúde das populações, sobretudo das crianças e da qualidade da atenção dispensada pelos sistemas e serviços de saúde. O estudo desse indicador subsidia o processo de planejamento, especialmente a reestruturação das ações de prevenção e proteção à saúde (ARAÚJO *et al.*, 2010).

A cobertura vacinal é a proporção de uma população-alvo que recebeu o esquema completo de vacinação. Esse esquema compreende a aplicação de todas as vacinas preconizadas pelo PNI, cujas doses foram aplicadas nas idades corretas (adequação epidemiológica) e com intervalos corretos (adequação imunológica). Ações institucionais conjugadas e organizadas pelo setor público em diversos níveis são necessárias para atingir cobertura vacinal adequada. O conhecimento da cobertura vacinal facilita o monitoramento do volume de pessoas suscetíveis na população, além de apontar aspectos da saúde infantil e da atuação dos serviços, subsidiando o processo de planejamento e reestruturação das ações vacinais (OLIVEIRA; MARTINEZ; ROCHA, 2014).

No Brasil, a cobertura vacinal tem sido estimada no país pelos registros das unidades de saúde, estando sujeita a importantes erros de registro de dados, transcrição, estimativa de população-alvo, dentre outros. A ocorrência de epidemias na vigência de estimativas de coberturas altas tem demonstrado a imprecisão de tais estimativas. Além disso, as estimativas baseadas em dados administrativos apresentam limitações, especialmente em grandes núcleos populacionais, pois podem ocultar grandes diferenciais intraurbanos (QUEIROZ *et al.*, 2013).

A vacinação constitui um dos principais meios de prevenção, contribuindo para redução da mortalidade atribuível à influenza em idosos e apresenta impacto indireto na diminuição das internações hospitalares e dos gastos com medicamentos para tratamento de infecções secundárias, gerando melhores resultados nos indicadores de saúde e da atenção básica. Com base nesse entendimento, o Ministério da Saúde, desde 1999, realiza campanhas nacionais de vacinação contra influenza e, atualmente, tem como meta vacinar, pelo menos, 80% dos idosos e regularizar sua situação vacinal frente às situações de vulnerabilidades de origem imunológica. No entanto, a homogeneidade das coberturas vacinais (percentual de municípios que

conseguiram atingir a meta de vacinar 80%) permanece baixa, a despeito dos benefícios conhecidos, da gratuidade da vacina e do crescente número de doses aplicadas a cada ano no país: em 2008, apenas 37,6% dos municípios (2.092 dos 5.564) vacinaram 80% ou mais dos idosos (MOURA *et al.*, 2015).

Atualmente, a imunização constitui-se em tecnologia de grande importância para a saúde preventiva que abrange a população de forma global, conferindo proteção individual e coletiva contra várias doenças. A vacinação, na perspectiva da organização do sistema de saúde brasileiro é um dos serviços oferecidos pela rede pública que vem alcançando índices satisfatórios, uma vez que o PNI do Brasil é hoje considerado um dos mais completos dentre todos os países. Além disso, a eliminação de doenças como sarampo e poliomielite por meio de programas de imunização, foi um determinante favorável para que a política do governo brasileiro instituisse o acesso universal da população à maioria das vacinas disponíveis no mercado internacional (LOPES *et al.*, 2013).

3.4 Políticas de saúde para a primeira infância

Estima-se que aproximadamente 250 milhões de crianças, menores de cinco anos, que vivem em países de baixa e média renda, correm risco de comprometimento em seu desenvolvimento devido à situação de extrema pobreza e baixa estatura para idade (OMS, 2016).

Essa época da vida, que consiste desde a gestação até os seis anos de idade, denomina-se Primeira Infância (PI). Estudos científicos de diversas áreas já comprovam essa fase como sendo a de maior possibilidade da formação das competências humanas, assim é um período importante para o desenvolvimento cognitivo, físico e psicossocial (BRASIL, 2018).

É imprescindível para o desenvolvimento humano sua interação com o meio social em que vive. Portanto, o desenvolvimento da criança sempre terá uma atuação integrada entre a família, os profissionais de saúde, da educação, entre outros. Nesse período da vida, a criança deve ser estimulada e motivada seguindo as etapas do desenvolvimento cognitivo. Entretanto, se isso não se estabelece de forma correta, essas crianças enfrentarão tanto dificuldades na sua construção escolar e acadêmica, quanto em campo profissional (BRASIL, 2018).

No Brasil, muitas crianças ainda são separadas do cenário ideal, onde passam a desenvolver seu potencial e receber o afeto que precisam. São obstáculos novos e antigos que as atingem nas áreas educacionais, saúde, políticas públicas e economia. Os desafios começam logo ao nascimento, com o crescimento da mortalidade infantil, que vinha sendo superado pelo

país. Pode-se citar, ainda, a exposição das mesmas à violência por conta de seu status de vulnerabilidade social (PLUCIENNIK; LAZZARI, CHICARO, 2015).

As políticas públicas focadas na PI tendem a ser benéficas, tanto para a sociedade, quanto para a economia mundial. Com isso, evidencia-se a importância de investimentos na PI como uma estratégia inteligente que permite maiores ganhos sociais e econômicos, minimizando gastos futuros para reparar os danos que as faltas de apoio familiar, educacional e de saúde podem causar. Como forma de prevenir e/ou diminuir as repercussões negativas na vida do indivíduo, iniciaram-se esforços de diversos âmbitos sociais, a nível mundial, visando o cuidado, a proteção e a educação das crianças na PI (CARVALHO, 2016).

As primeiras ações em prol da infância desenvolveram-se no século XIX, quando em 1841 foram aprovadas leis para protegê-las no trabalho e 40 anos mais tarde, lei sobre o direito das crianças à educação. Mas adiante, no início do século XX, no continente Europeu, inicia-se a fase de elaboração de leis de proteção às crianças na saúde, na vida social e nas questões judiciais (TERRA, 2016).

Em 1919, um comitê começa a ser pensado pela Liga das Ações - atualmente, a ONU – para observar as necessidades de proteção social e governamental das crianças. Com a criação da UNICEF, em 1947, estenderam-se as ações de cuidado às crianças por todo o mundo com programas de sobrevivência, saúde, alimentação, entre outros (REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA, 2017).

Já no âmbito nacional, a problemática começou a ser debatida após ser notada, na década de 30, as altas taxas de mortalidade. Entretanto, somente 10 anos depois iniciou-se a formulação de políticas de Estado específicas para a infância. Neste período, o Governo Federal cria o Departamento Nacional da Criança - parte do ministério da educação e saúde – que ofertava assistência à mãe e a criança (ROSEMBERG; MARIANO, 2010).

É importante salientar que ao longo dos anos no Brasil foram sendo desenvolvidas ações e implementadas leis que vinham a ser defensoras desse grupo de tamanha vulnerabilidade, mas de imensa importância para o país.

Em 1988 na Constituição Federal, no artigo 227 se ressalta a necessidade de proteção dos direitos das crianças e adolescentes, já indicando a valia existente em uma atuação multifacetária, de diversos âmbitos sociais, na conquista e preservação dos benefícios infanto-juvenis.

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de

negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2016 p. 132).

A prioridade acerca da fase pueril vem ser reafirmada com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no ano de 1990 que dispõe sobre os cuidados absolutos e vem assegurar meios que facilitem o desenvolvimento social, físico e psíquico desses jovens cidadãos (BRASIL, 1990).

Porém, ainda faltavam regulamentações que colocassem como foco principal um dos mais importantes períodos do desenvolvimento que se compreende como a PI, então o Senado aprovou em 2016 o Marco Legal da Primeira Infância que possui diretrizes para a formulação e implementação de Políticas Públicas para indivíduos de 0 a seis anos, em que essa criança vai ser percebida como um sujeito cidadão, e participante na definição de ações que manifestem seus interesses. O marco pede o desenvolvimento de ações em saúde, educação, nutrição, lazer, cultura, entre outras áreas (BRASIL, 2018).

Relacionado à saúde, que é o termo alusivo ao completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência da doença, o marco instituiu a formulação da Política Nacional Integral para a Primeira Infância que é a culminância de diversas políticas intersetoriais para abranger os direitos infantis. É creditada ao Sistema Único de Saúde a responsabilidade da atenção integral às crianças, preservando o princípio da Equidade e dando a elas acesso a ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Compreende-se ainda como ações de saúde a assistência odontológica a essas pessoas. (BRASIL, 2016).

Conforme o ECA “É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observando o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1990).

É prevista a criação de programas governamentais que incentivem as visitas ao domicílio da criança para apoiar a família, realizando assim um diagnóstico situacional sobre o estado de saúde e nutrição do indivíduo, possibilitando intermédio de órgãos responsáveis para minimizar ou solucionar problemas, é colocado também como foco o acompanhamento à gestante que é concomitante ao artigo 19 do mesmo documento (BRASIL, 2016).

O artigo vem legitimar o direito gestacional ao acompanhamento pré-natal, no parto e no puerpério pela atenção básica. É indicado aos profissionais de saúde a elaboração de atividades individuais ou coletivas que apoiem o aleitamento materno e a criação de um banco de leite humano (BRASIL, 2016).

É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2016 p. 6).

Os profissionais de saúde da atenção primária têm o dever de garantir a vinculação ao serviço de saúde que realizará o parto. Já os estabelecimentos de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contra referência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação (BRASIL, 2016).

Além disso, vale ressaltar que toda gestante e parturiente têm o direito de ser acompanhada durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato e, deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança (BRASIL, 2016).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo secundário, uma revisão rápida de abordagem qualitativa, cujo produto é uma Síntese de Evidências para Políticas de Saúde.

A pesquisa qualitativa parte do entendimento de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requerem o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (MATIAS-PEREIRA, 2016).

A Síntese de Evidências para Políticas de Saúde é o produto de um estudo bibliográfico sistemático com metodologia específica. Representa um conjunto de descobertas de pesquisa (evidências) para os tomadores de decisão e outros grupos de interesses.

O ponto de partida é um problema de saúde, e não propriamente a evidência que tenha sido produzida. Uma vez que o problema foi definido, o foco está em encontrar as categorias de evidências adequadas e relevantes para lidar com ele (LAVIS, 2009).

Para a Síntese de Evidências aqui apresentada o problema de política a ser trabalhado foi a baixa cobertura vacinal na primeira infância.

Para a realização da síntese de evidências foram utilizadas as diretrizes SUPPORT (*SUP*porting *POL*icy *Relevant Reviews and Trials*) que orientam a elaboração de políticas de saúde informadas por evidências. Essas diretrizes foram publicadas em uma série de artigos, na revista "*Health Research Policy and System*" e descrevem um conjunto de ferramentas metodológicas que foram desenvolvidas pelo projeto SUPPORT (Apoio a Ensaios e Revisões relevantes para as Políticas).

Essas ferramentas destinam-se a ajudar tomadores de decisão em políticas públicas e seus apoiadores para assegurar que suas decisões sejam devidamente sustentadas pelas melhores evidências de pesquisa disponíveis. Cada artigo da série apresenta uma proposta de ferramenta que pode ser usada por aqueles envolvidos na busca e utilização de evidências de pesquisa para sustentar a elaboração e implementação de políticas de saúde baseadas em evidências (LAVIS, 2009).

As ferramentas *SUPPORT* procuram auxiliar o uso da melhor evidência de pesquisa disponível quando tal evidência for necessária, e no momento disponível para a compilação de tal evidência (LAVIS, 2009).

O processo de elaboração desta síntese de evidências obedeceu às seguintes etapas, de acordo com as ferramentas *SUPPORT*:

- 1) Definição do problema de política;
- 2) Definição das opções para a abordagem do problema de política;
- 3) Busca pelas evidências sobre os efeitos das diferentes estratégias;
- 4) Elaboração da síntese de evidências.

(LAVIS, 2009).

4.2 Definição do Problema de Política

Para a definição e fundamentação do problema de política foi realizada uma busca na literatura científica por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), opinião de *experts* e dados epidemiológicos dos sistemas de informação do SUS.

Iniciou-se com a busca literária nos bancos de dados da BVS. A estratégia de busca deu-se com os seguintes termos e resultados: `tw:((tw:(imunização)) AND (tw:(cobertura vacinal)) AND (tw:(atenção primária a saúde))) AND (instance:"regional") AND (fulltext:"1") AND la:("pt" OR "es" OR "en"))`.

A pesquisa encontrou 30 textos dos quais 26 foram excluídos, permanecendo 04 para leitura completa.

O instrumento de coleta de dados utilizado para a definição do problema foi composto pelos seguintes itens: autor e ano, título do artigo, tipo de estudo, periódico de publicação (APÊNDICE 1).

A opinião de *experts* foi obtida considerando algumas organizações importantes que tratam sobre a temática como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM) e do PNI do Ministério da Saúde, cujos sites correspondentes foram visitados e de lá selecionadas algumas publicações e/ou informações importantes (APÊNDICE 2).

Para a busca de aspectos epidemiológicos foram visitados os bancos de dados do SIPNI no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

As fontes de dados para a identificação e definição de um problema de política podem incluir documentos governamentais, informações coletadas em sistemas de informações,

estudos descritivos sobre o problema, estudos que descrevem ou analisam mecanismos do sistema de saúde ou estratégias de implementação (LAVIS *et al.*, 2009).

4.3 Definição das opções e estratégias de implementação para a abordagem do problema de política

Para definição das opções e suas estratégias de implantação foram realizadas buscas nas bases de dados *PubMed*, *Health Systems Evidence (HSE)*, *Cochrane Library* e *BVS*, com filtro para revisões sistemáticas.

As revisões sistemáticas são consideradas estudos de alto nível de evidência e vem sendo cada vez mais acatadas como importantes fonte de informação para a tomada de decisão sobre diferentes aspectos do sistema de saúde, apesar de ainda subsistirem equívocos sobre o seu potencial em políticas e sistemas de saúde (MOAT *et al.*, 2013).

Os critérios para a busca pelas evidências das opções foram: (1) revisões sistemáticas, (2) disponibilidade de textos completos com livre acesso ou pago (3) textos nas línguas inglês, português ou espanhol.

As buscas foram realizadas na *PubMed*, *HSE* e *Cochrane Library* com os seguintes termos *MeSH* e operadores *booleanos*: Immunization Programs AND Vaccination Coverage OR Vaccination refusal e na *BVS* com os *DeCS*: Programas de imunização AND Política informada por evidências AND Cobertura Vacinal.

Após a busca dos dados utilizou-se o *software Rayyan* para auxiliar na seleção dos estudos. O *Rayyan* foi desenvolvido por um instituto de pesquisa do Catar da área de computação. Disponibilizado gratuitamente, realiza a gestão dos dados aos revisores de revisões sistemáticas e, permite a possibilidade de exibir os registros de títulos e resumos usados para aplicativos e dispositivos móveis, para uma maior eficiência de análise e discussão dos dados das Revisões Sistemáticas da Literatura. Sua principal função permite que a metodologia *Rayyan* faça sugestões de seleção, facilitando a tomada de decisão sobre os critérios de inclusão e de exclusão, fornecendo uma classificação aos artigos que serão incluídos ou não na seleção (OUZZANI *et al.*, 2016; COUBAN, 2016).

Para a extração dos dados sobre as evidências para as opções e sobre as considerações sobre sua implementação foi utilizada uma planilha desenvolvida pela EVIPNet Brasil e modificada pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo/Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS (ANEXO 1). É composto pelos seguintes itens:

Estudo (Autor, ano); Objetivo do estudo Foco primário; Foco secundário; Aumentou a cobertura vacinal?; Elementos do estudo (Características da RS: Quantos estudos, tipos de estudo, tipo de intervenção, características da população, número de participantes); Principais achados (primários e secundários), Conclusão, Benefícios, Danos potenciais, Custo efetividade, Incertezas - viés, principais elementos da intervenção (se já foi implementada/testada em outro lugar); Implementação ou teste em algum lugar. Considerações sobre implementação [Percepções e experiências: -Pacientes; indivíduos; tomadores de decisão/ -Trabalhadores em saúde/ - Organização de serviços de saúde/ - Sistemas de saúde); Considerações sobre equidade (descrição de dados, considerações ou levantamentos sobre questões de equidade ou possíveis fatores de iniquidade); Lacunas de conhecimento (Decrever observações sobre estudos que não tenham resultados, poucos estudos sobre um determinado assunto etc); Proporção de estudos que incluíram a população-alvo (crianças, idosos etc.); Proporção de estudo com foco no problema (aumento da cobertura vacinal - n/x); Proporção de estudos realizados em LUHMIC e demais países (n/x estudos em países HI: descrever quais países (quantos entre parênteses); y/n estudos em países de UI; etc.); AMSTAR; Último ano da busca; Referência ABNT; Observações (Espaço opcional para descrever dúvidas ou considerações sobre o artigo) e decisão sobre inclusão dos estudos (Sim/Não).

4.4 Avaliação da qualidade das Revisões Sistemáticas selecionadas para busca de evidências para as opções

A qualidade das revisões sistemáticas selecionadas foi realizada utilizando-se do instrumento AMSTAR (*Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews*) (ANEXO 2) (SHEA *et al.*, 2009).

O AMSTAR é um instrumento de avaliação da qualidade de revisões sistemáticas e se presta a avaliar esse tipo de estudo em todas as áreas. É composto por 11 itens, considerados requisitos mínimos de uma Revisão Sistemática (RS). São eles:

- 1) O desenho da revisão foi apresentado a priori?
- 2) Havia duplicação na extração de dados e seleção dos estudos?
- 3) Uma busca compreensiva nas bases de dados foi realizada?
- 4) O status da publicação (por exemplo, teses e dissertações, capítulos de livro etc.) foi utilizado como critério de inclusão?
- 5) Foi fornecida uma lista dos estudos incluídos e excluídos?
- 6) Foram fornecidas as características dos estudos incluídos?

- 7) A qualidade dos estudos incluídos foi avaliada e documentada?
- 8) A qualidade dos estudos incluídos foi utilizada apropriadamente nas conclusões?
- 9) Os métodos utilizados para agrupar os achados dos estudos incluídos foram apropriados?
- 10) O viés de publicação foi avaliado?
- 11) O conflito de interesse foi descrito?

Para cada item do instrumento, há quatro opções de resposta: “sim”, caso a revisão contemple explicitamente o critério, “não”, “não é possível responder”, e “não se aplica”, caso não contemple. Para cada resposta “sim”, aplica-se um ponto sendo a pontuação máxima 11 (FAGGION *et al.*, 2012).

De acordo com a pontuação as revisões sistemáticas são classificadas como de baixa (até 4/11 pontos) de moderada (de 5 a 8/11 pontos) e alta qualidade metodológica (acima de 8/11 pontos) (SHEA *et al.*, 2009).

4.5 Elaboração da síntese de evidências

Esta síntese de evidências é composta pelos seguintes conteúdos: Problema de saúde prioritário; Estratégia de busca; Opções para o problema de políticas; Considerações sobre implementação das opções e Considerações sobre equidade.

Conhecer a eficiência de uma política ou de um programa não é suficiente no processo de tomada de decisão. Faz-se necessário considerar, também, o seu impacto sobre as desigualdades sociais.

Ademais, é preciso pensar se há a possibilidade de algum grupo estar em desvantagem com relação à opção considerada; se existe eficácia relativa a grupos distintos; se condicionantes sociais podem comprometer a eficácia de determinada estratégia; ou, ainda, se há outros aspectos relevantes que podem interferir na implementação da ação (RAMOS; SILVA, 2018).

Uma das formas de identificar os grupos sociais que merecem atenção, a fim de aumentar as iniquidades com a implementação de uma ação, é o PROGRESS, acrônimo formado com as primeiras letras (em inglês) das sete formas que podem ser usadas para descrever um grupo. São elas: i) local de residência; ii) raça/etnia/cultura; iii) ocupação; iv) gênero; v) religião; vi) educação; e vii) situação socioeconômica (O'NEILL, 2014).

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

O estudo obedecerá às normas preconizadas pela Resolução 510/16 do Ministério da Saúde, que contém as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 2016b).

Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

- I – Pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;
- II – Pesquisa que utilize informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011;
- III – Pesquisa que utilize informações de domínio público;
- IV - Pesquisa censitária;
- V - Pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e
- VI - Pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica;
- VII - Pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito; e
- VIII – atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Imunização na primeira infância como problema prioritário de saúde pública

A vacinação se mostra bastante eficaz na prevenção de doenças imunopreveníveis, além de apresentar um bom custo-benefício. Visando principalmente intensificar as atividades de imunização a nível nacional, em 30 de outubro de 1975, foi institucionalizado no Brasil o Programa Nacional de Imunizações pela lei nº6.259 o PNI (BARBIERI *et al.*, 2013).

A grande relevância da vacinação está no fato de ser, entre os cuidados de atenção primária à saúde, a que proporciona uma resposta quase que imediata na prevenção de doenças. Porém, para que seja eficiente, é necessário administrar todas as doses necessárias para cada população específica (PRECI, 2014). A vacinação infantil é a ação de saúde mais eficiente para prevenção das doenças preveníveis. Por esta razão, a vacinação constitui-se numa das ações primordiais do programa para saúde da criança (MIRANDA *et al.*, 1995).

Ter conhecimento sobre a cobertura vacinal da população, em especial a infantil, traz informações relevantes sobre a avaliação e efetividade da PNI. Esse processo serve para além de analisar a situação vacinal da população estudada, contribuir para melhor compreensão de questões socioeconômicas e equidade da distribuição vacinal (BARBIERI *et al.*, 2013).

Para as ações de imunização, se faz necessário o entrosamento dos profissionais da saúde e da população, por isso no ano de 1991, foi implementado em todo o Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando mudanças no paradigma de assistência pública tradicional à saúde. Os principais instrumentos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são a entrevista, visita domiciliar, cadastramento de famílias, mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias. Vão atuar analisando as necessidades dessas comunidades, principalmente em ações de saúde e prevenção de doenças em crianças (PRECI, 2014).

Apesar dos esforços empreendidos, o atraso vacinal é um fato característico de muitos municípios de todo o país. Oportunidades perdidas de vacinação acontecem todos os dias nas unidades de saúde. Com isso, a equipe de saúde deve motivar-se em busca das crianças faltosas aos procedimentos, mas que sempre estão nessas unidades. Esses profissionais devem estar atentos e preparados para intervir de forma ativa na busca de crianças com imunobiológicos em atraso (PRECI, 2014).

O conhecimento dos determinantes da cobertura vacinal é relevante para o desenvolvimento de estratégias em Saúde Pública na atenção primária. Um estudo identificou que a prevalência de sintomas depressivos, perfil dos cuidadores em relação a escolaridade,

situação sociodemográfica, estado civil e conhecimentos sobre vacinação, são possíveis variáveis que podem influenciar na não vacinação das crianças por seus responsáveis e/ou cuidadores (TERTULIANO; STEIN, 2011).

A pobreza é um forte determinante das condições de saúde das pessoas. Elas vivem em circunstâncias que as fazem sofrer mais de doenças mentais e físicas do que o restante da população. Em um estudo realizado para análise dessas possíveis variáveis, mais da metade dos cuidadores avaliados apresentaram sintomas depressivos e foram identificados como pertencentes às classes D e E, confirmando a vulnerabilidade dessa comunidade. Apesar de não terem sido encontradas associações relevantes entre sintomas depressivos em cuidadores e o atraso vacinal, torna-se necessária a intensificação de ações de apoio específicas aos problemas sociais e mentais identificados (TERTULIANO; STEIN, 2011).

Em países desenvolvidos, a depressão materna é pontuada como uma determinante de cuidados inadequados. Além de que, o estado grave de depressão afasta a mãe do cuidado com a criança. Geralmente, a depressão é mais frequente em mulheres de baixa renda, baixa escolaridade e que residem em condições precárias. A responsabilidade a ela encarregada, de se prestar o cuidado aos membros da família faz, muitas vezes, com que as mulheres não percebam o fato de estarem doentes (TERTULIANO; STEIN, 2011).

No mesmo estudo que fez a conexão entre o status emocional do responsável pela criança e a questão da imunização detectou-se ainda uma influência do nível de escolaridade do cuidador nesse obstáculo sobre a eficácia nas ações protetivas infantis. Os cuidadores analfabetos, ou aqueles com o primário incompleto, representaram 50,1% da população estudada. Havia atraso vacinal em 27,6% dos casos nos cuidadores que apresentavam o primário completo ou o ginásial incompleto. Para conclusão desses dados foram aplicados a eles um questionário que discorria sobre vacinação, mais da metade da população estudada, errou alguma questão sobre as doenças imunopreveníveis, veracidade de contraindicações do resfriado para a vacinação e conhecimento sobre qual doença seria evitada com a vacina da gotinha (TERTULIANO; STEIN, 2011).

Outro estudo foi realizado no Ambulatório de Pediatria Social do Hospital Sírio-Libanês, no qual analisou a cobertura vacinal para as vacinas Hepatite B, Tetravalente, VOP e VORH. A amostra pesquisada foi superior ao que havia sido observado através dos dados da PNI. Das crianças menores de seis anos matriculadas no Ambulatório de Pediatria Social do HSL, a cobertura vacinal se mostrou adequada às recomendações da OMS – 95,0% da população total. Porém, quando comparada aos que receberam a vacina no SUS se comportou

da mesma forma, concluindo-se que as ações visando melhora na cobertura e as realizadas de maneira conservadora por esse sistema, não se diferenciaram (BARBIERI, et al., 2013).

A saúde da criança é uma prioridade comum, sendo essencial introduzir um conjunto de ações programáticas com o objetivo de impactar favoravelmente a saúde desse grupo etário (MIRANDA, *et al.*, 1995). A vacinação é considerada um ato de cuidado que faz parte de todo ser humano, sendo assim, uma atitude de responsabilidade e envolvimento afetivo com a criança. No que tange à cobertura vacinal, há necessidade de que os profissionais da área percebam os determinantes das condições sociais e mentais na saúde, do binômio mãe-criança ou cuidador-criança, para que ajam de forma integral e humana (TERTULIANO; STEIN, 2011).

O Ministério da Saúde orienta aos profissionais que trabalham na atenção primária, responsáveis pela imunização no seu local de atuação, algumas ações para que seja aniquilada a possibilidade de oportunidades perdidas em vacinação. Dentre elas: sensibilizar os profissionais que se comprometem com a vacinação para que, com isso, revisem sistematicamente o cartão da criança e sempre ressaltando a importância do uso do mesmo, para que garantam a funcionalidade efetiva do serviço de vacinação - capacitação profissional, materiais disponíveis e o quantitativo de vacinas (TERTULIANO; STEIN, 2011).

É de grande importância também para posterior programação de estratégias que visam a melhoria da imunização de seus próprios usuários, assim como melhoria do seu acesso e adesão dos usuários, analisar a efetividade das ações de vacinação. Nela, identificam-se falhas locais, vulnerabilidade de determinada população (BARBIERI *et al.*, 2013).

5.2 Opções para melhorar a cobertura vacinal na primeira infância

A partir do levantamento de estudos e dados para a definição do problema, foram identificadas quatro possíveis opções para a abordagem de baixa cobertura vacinal na primeira infância. Foram elas:

- i) Oferecer programas de educação em saúde voltados para os pais abordando aspectos socioculturais relacionados a imunização;
- ii) Fortalecer a comunicação entre os profissionais de saúde e pais na estratégia Saúde da Família sobre imunização;
- iii) Promover o uso de tecnologias da informação e comunicação para o envio de lembretes relacionados à vacinação;
- iv) Realizar flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação.

5.3 Buscando evidências científicas sobre as opções

As revisões sistemáticas foram adotadas como evidências de mais alto nível para a construção desta síntese. Este tipo de estudo é cada vez mais visto como importante fonte de informação para a tomada de decisão sobre diferentes aspectos do sistema de saúde, apesar de ainda subsistirem equívocos sobre o seu potencial em políticas e sistemas de saúde (MOAT et al., 2013 *in* BRASIL, 2016a).

A busca por revisões sistemáticas foi realizada nos repositórios da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (<http://www.bvsalud.org>), *Health Systems Evidence (HSE)* (<http://healthsystemsevidence.org/>), (*PubMed*) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) e *Cochane Library* conforme o quadro abaixo.

Quadro 1: Expressões de Busca utilizadas nas bases de dados

Biblioteca	Expressão de busca	Resultado inicial	Resultado final
BVS	(instance:"regional") AND (mj:("Medicina Baseada em Evidências" OR "Política de Saúde" OR "Vacinação") AND type_of_study:("systematic_reviews") AND limit:("child" OR "child, preschool" OR "newborn" OR "infant") AND la:("en" OR "es" OR "pt") AND year_cluster:("2013" OR "2014" OR "2016" OR "2012" OR "2009" OR "2017" OR "2010" OR "2015" OR "2011") AND type:("article"))	906	09
PUBMED	((Immunization Programs) AND Vaccination Coverage) OR Vaccination refusal AND (Review[ptyp] OR Meta-Analysis[ptyp] OR systematic[sb]) AND "last 10 years"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]) AND (infant[MeSH] OR child[MeSH] OR adolescent[MeSH]) OR infant[MeSH])	240	05
HSE	Immunization Programs AND Vaccination Coverage OR Vaccination refusal	04	02
COCHRANE	Immunization Programs AND Vaccination Coverage OR Vaccination refusal	02	02

Fonte: Elaborado pelo autor. Resultados localizados em 18 de setembro de 2019.

A qualidade das revisões sistemáticas foi avaliada em duplicidade, utilizando-se o instrumento *AMSTAR* e não se adotou uma pontuação limite para a exclusão dos estudos. As características das revisões sistemáticas estão descritas no Apêndice 3.

Opção 1 - Oferecer programas de educação em saúde voltados para os pais abordando aspectos socioculturais relacionados a imunização

Esta opção envolve intervenções de educação individual e coletiva para melhorar o conhecimento dos pais sobre os aspectos que envolvem a imunização como, crenças, mitos, verdades e socioculturais. Podem ser feitas intervenções como palestras educativas, sessões de tira dúvida e rodas de conversa. Cinco revisões sistemáticas foram incluídas nesta opção.

Quadro 2 – Achados relevantes para a opção 1, segundo revisões sistemáticas.

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Foster <i>et al</i> (2017), numa revisão sistemática de estudos qualitativos sobre religião, idioma, educação e cultura, bem como, diferenças biológicas, são fundamentais para o entendimento da importância da vacinação.</p> <p>Uma metanálise realizada por Johri <i>et al</i> (2015), que analisou intervenções educativas e incentivos monetários ou não, concluiu que ofertar intervenções educacionais com foco na demanda específica é mais efetivo que ofertar incentivos financeiros.</p> <p>Merten <i>et al</i> (2015), numa revisão de estudos etnográficos, descrevem que em locais onde há discriminação de gênero nos níveis estrutural, comunitário e familiar são necessários programas para facilitar o acesso de mulheres aos serviços de imunização para melhorar a cobertura vacinal.</p> <p>De Cantuária Tauil <i>et al</i> (2016), inferem que o contato e a relação dos serviços de saúde com mães de vários filhos e de baixo nível</p>

	educacional e socioeconômico é importante para melhorar a cobertura vacinal.
Danos potenciais	<p>Identificou achados relacionados a fatores étnicos que afetam a decisão da imunização (FORSTER <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Desigualdade de gênero, relacionado ao status inferior das mulheres, reduzem o acesso de crianças a vacinação, devido a culpa e ao medo da mãe em buscar o serviço de imunização (MERTEN <i>et al.</i>, 2015).</p>
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custos ou custo-efetividade da opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos se a opção for implementada	<p>Os estudos que abordam essa opção identificaram componentes importantes acerca da baixa cobertura vacinal, sendo, os mesmos, efetivos para melhorar o acesso a vacinação.</p> <p>Apesar das afirmações das revisões, a aplicação desta opção precisa ser fundamentada no conhecimento prévio da população alvo, pois, fatores como; discriminação de gênero, religião, cultura, educação e econômicos podem interferir de forma negativa na abordagem para melhorar a cobertura vacinal em crianças.</p> <p>Forshaw <i>et al</i> (2017), relatam que crianças cujas mães possuem baixo grau de instrução não concluem o esquema de vacinação, sendo a educação uma incerteza para a implementação da opção.</p>
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar).	Johor <i>et al</i> (2015), identificaram intervenções que podem aumentar a demanda por vacinação infantil em países de baixa e média renda como: transferência incondicional de dinheiro, transferência condicional de dinheiro, kits de higiene gratuitos, sessões curtas de informações caseiras sobre a importância das vacinas, um cartão de imunização com maior durabilidade, 2 a 3 minutos de conversa com a mãe durante a visita para vacinação contra

	difteria, tétano e coqueluche (primeira dose), realização de aconselhamento por um assistente social sobre a importância da imunização e distribuição de 1 kg de alimentos a cada imunização.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Em uma metanálise realizada por Johri <i>et al</i> (2015) mostrou que a oferta de incentivos financeiros aos pais estimular a vacinação dos filhos não teve relação.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 2 – Fortalecer a comunicação entre os profissionais de saúde e pais sobre imunização na atenção primária à saúde

Esta opção propõe ampliar a comunicação entre os profissionais de saúde e pais a partir do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde (APS) com foco na escuta qualificada para solucionar problemas relacionados à hesitação vacinal. As intervenções podem incluir o aconselhamento para motivar a mudança comportamental. Nove revisões sistemáticas foram incluídas nesta opção.

Quadro 3 – Achados relevantes para a opção 2, segundo revisões sistemáticas.

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Smith <i>et al</i> (2017), descrevem que existe forte influência dos profissionais da saúde no estímulo a vacinação e que esses profissionais devem abordar preocupações como efeitos adversos e crenças na eficácia da vacina como foco em crianças susceptíveis pois aumentar o conhecimento dos pais sobre a eficácia da vacina garante a aceitação da imunização.</p> <p>Dubé <i>et al</i> (2018), também referem que os profissionais de saúde foram identificados como os mais confiáveis como fonte de informação sobre vacinação nos estudos analisados. Assim, quando os profissionais se comunicam efetivamente com os pais sobre os benefícios e riscos da vacina, aumentam o valor, a</p>

	<p>necessidade e a segurança dos pais com o programa de imunização.</p> <p>Connors, Lotwinski e Hodges (2016), em revisão de estudos quantitativos e qualitativos, relatam a importância da interação individualizada do profissional de saúde com os pais para reduzir a hesitação na vacinação.</p> <p>Da mesma forma, Harvey, Reissland, Mason (2015), concluíram que tal estratégia aumenta a adesão a vacinação porque diminui a preocupação dos pais sobre os riscos e crenças do programa de imunização.</p> <p>Fournet <i>et al</i> (2018), descrevem que estratégias de comunicação que abordam fatores de riscos e preocupações com a vacina, combatem os mitos presentes entre os pais e estabelecem um relacionamento confiável para a aceitação da vacinação.</p> <p>Da mesma forma Lukusa <i>et al</i> (2018), concluíram que o fornecimento de informação precisa sobre vacinação em comunidades e instalação de saúde devem ser integradas a todos os programas de vacinação infantil, acompanhado de um monitoramento robusto do impacto do uso de dados para ação.</p>
Danos potenciais	Não foram reportados danos ou risco potencialmente relacionados com essa opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Não foram identificados estudos que avaliaram custos ou custo-efetividade da opção.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam	<p>Smith <i>et al</i> (2017), expõem que existe conhecimento da população sobre a vacinação, porém ela não consegue associar a gravidade da doença com a prevenção por meio da vacinação.</p> <p>Brown <i>et al</i> (2010), relatam que apesar dos esforços dos profissionais de saúde, do governo e das pesquisas que endossam as vacinas, há uma tendência dos pais em confiar na mídia e em</p>

garantidos se a opção for implementada	informações não oficiais. Nesse sentido, as intervenções devem se concentrar nos desfechos da não vacinação para a segurança para o seu filho.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar).	Rainey <i>et al</i> (2011); Kaufman <i>et al</i> (2013); Dubé <i>et al</i> (2018); Smith <i>et al</i> (2017) referem que é necessário uma compreensão profunda das causas da baixa aceitação e hesitação da vacinação para as autoridades de saúde pública possam desenvolver intervenções que influenciem o ponto de vista dos pais.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhuma das revisões relatou a percepção dos sujeitos sociais envolvidos na opção.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 3 - Promover o uso de tecnologias da informação e comunicação para o envio de lembretes relacionados à vacinação

O uso de tecnologias da informação e comunicação propiciam o desenvolvimento de diferentes estratégias que podem facilitar o acesso à informação e a interação entre o paciente e o serviço de saúde. Pode-se ampliar o sistema e-SUS para gerenciar e emitir lembretes automáticos para os serviços de saúde e os responsáveis pela criança. Quatro revisões sistemáticas foram incluídas nesta opção.

Quadro 4 – Achados relevantes para a opção 3, segundo revisões sistemáticas.

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Na metanálise de Harvey, Reissland e Mason (2015), as evidências que apoiam lembrete postais e/ou por telefones, bem como a educação dos pais por lembretes melhoram a aceitação da imunização infantil.</p> <p>As intervenções baseadas em lembretes foram significativamente mais eficazes do que os cuidados de rotina, independentemente do método de entrega.</p>

	<p>Na revisão de Vann <i>et al</i> (2018), em todas as configurações avaliadas o lembrete do paciente ou sistemas de Recall, ou ambos, são eficazes para melhorar a cobertura vacinal.</p> <p>Essas intervenções podem ser elaboradas como medida de recordação para com esquema em dias ou em atraso.</p> <p>Willians <i>et al</i> (2011), reportam que lembretes e recall, bem como intervenções como os pais melhoram a taxa de imunização.</p>
Danos potenciais	Não foram reportados danos ou risco potencialmente relacionados com essa opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Vann <i>et al</i> (2018), descrevem que podem ser feitos vários tipos de lembretes e recall entre eles telefone, carta, cartão postal, mensagem de texto, chamadas telefônicas automáticas, lembretes pessoais durante visita domiciliar, ou consulta clínica, sendo os de telefonia os mais onerosos. Esses fatores variam amplamente entre os países cabe aos gestores avaliar suas próprias condições.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos se a opção for implementada	<p>Sistemas de lembrete podem ser suficientes para facilitar a imunização infantil, porém crianças com pais que possuem fatores biopsicossociais estratégias baseadas em discussão são mais eficazes.</p> <p>Os sistemas de lembre e recall precisam ser adaptados para atender a necessidade específica de quem vai receber a prática. É necessário especificidade na abordagem da imunização. Desta forma é preciso um banco de dados de assistência gerenciada para profissionais e gestores. A utilidade desses bancos de banco depende da proporção de pacientes cobertos.</p> <p>Odone <i>et al</i> (2015), referem que o uso de lembretes aplicativos em smartphones podem gerar incertezas sobre a confiabilidade das informações recebidas.</p>

Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar).	Esta abordagem foi muito promissora em países desenvolvidos, e vem sendo implementada em países em desenvolvimento.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhuma das revisões relatou a percepção dos sujeitos sociais envolvidos na opção.

Fonte: Elaboração própria.

Opção 4 - Realizar flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação e utilizar outras abordagens de aproximação.

A flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação proporcionará a ampliação do acesso para os pais que trabalham em tempo integral e não conseguem levar seus filhos para vacinar. Duas revisões sistemáticas foram incluídas nesta opção.

Quadro 5 – Achados relevantes para a opção 4, segundo revisões sistemáticas.

Categoria dos achados	Síntese dos achados mais relevantes
Benefícios	<p>Nelson <i>et al</i> (2016), relatam que intervenções que promovam mudanças estratégicas simples destinadas a adaptar os serviços de imunização, as características especiais da população tiveram impacto mensuráveis na adoção da imunização.</p> <p>Adaptar o horário e aumentar os dias de atendimento são intervenções bem sucedidas para melhorar a cobertura vacinal. Fortalecer a visita domiciliar visando a utilização dos serviços de vacina, reduzem a subvacinação em crianças.</p> <p>Fournet <i>et al</i> (2018), descrevem que intervenções para melhorar o acesso de cuidados à saúde certamente podem aumentar a vacinação.</p>

Danos potenciais	Não foram reportados danos ou risco potencialmente relacionados com essa opção.
Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual	Nelson <i>et al</i> (2016), que a extensão do horário de funcionamento dos locais de vacinação vai exigir a contratação de mão obra e aquisição de mais suprimentos para atender a demanda, levando ao aumento dos custos com o serviço.
Incertezas em relação aos benefícios, danos potenciais e riscos, de modo que o monitoramento e a avaliação sejam garantidos se a opção for implementada	Não foram identificados estudos em escala de sistemas de saúde, acerca dos benefícios, danos potenciais e riscos relacionados a flexibilização e extensão dos horários e dias de funcionamento dos serviços de saúde.
Principais elementos da opção (se já foi implementada/testada em outro lugar).	Não foi avaliado.
Percepções e experiências das partes interessadas (grupos de interesse)	Nenhuma das revisões relatou a percepção dos sujeitos sociais envolvidos na opção.

Fonte: Elaboração própria.

5.4 Considerações sobre implementação das opções

Embora as opções apresentadas não tenham que necessariamente ser implementadas de forma conjunta e completa, a aplicação prática deve considerar a viabilidade local, inserindo-se na governabilidade da tomada de decisão, independentemente da dimensão do sistema de saúde (nacional, regional ou local). Também é importante considerar as barreiras à implementação das opções, especialmente as localizadas no campo da cultura e representações sociais dos usuários e trabalhadores de saúde.

Nos Quadros 6, 7, 8 e 9 estão descritas barreiras potenciais para a implementação de cada uma das cinco opções, separadas em quatro níveis: pacientes/indivíduos/tomadores de decisão, trabalhadores de saúde, organização dos serviços e sistemas de saúde.

Quadro 6: Considerações sobre a implementação da opção 1

Níveis	Opção 1 - Oferecer programas de educação em saúde voltados para os pais abordando aspectos socioculturais relacionados a imunização
Paciente/indivíduo/tomadores de decisão	<p>Recomenda-se realizar esforços de mobilização social para fortalecer a ideia da importância da imunização para a sociedade.</p> <p>É importante criar uma grande rede de apoio entre setores chave da sociedade, incluindo líderes religiosos, lideranças da população e os grupos profissionais.</p> <p>A mobilização de apoio no nível comunitário, como em grupos de mães, contribui para a conscientização e adesão à imunização.</p>
Trabalhadores de saúde	<p>É imprescindível capacitar os profissionais de saúde da Atenção Primária (Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Técnicos de Enfermagem, Técnicos em Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde para o manejo da imunização na comunidade.</p>
Organizações de serviços de saúde	<p>Recomenda-se reorientar os programas de atenção à saúde da criança, dando maior ênfase às doenças e imunopreveníveis e sua prevenção por meio da imunização.</p> <p>É necessário assegurar que a imunização seja trabalhada de forma holística nos protocolos básicos de saúde da criança.</p> <p>É fundamental garantir o fornecimento dos imunobiológicos para todas as crianças atendidas pelo serviço.</p>

Sistemas de saúde	No âmbito do SUS, a imunização deve ser valorizada e inserida em todas as atividades da sociedade, principalmente na rotina familiar.
-------------------	---

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 7: Considerações sobre a implementação da opção 2

Níveis	Opção 2 - Fortalecer a comunicação entre os profissionais de saúde e pais sobre imunização na Atenção Primária à Saúde.
Paciente/indivíduo/tomadores de decisão	É importante fortalecer a confiança dos usuários com os serviços e profissionais de saúde para potencializar a adesão à imunização. Os usuários precisam se empoderar para exercer o controle social do Sistema Único de Saúde e poder atuar como protagonistas, compartilhando conhecimentos e sabendo absorver as informações fornecidas nos serviços de saúde.
Trabalhadores de saúde	Há necessidade de se trabalhar com os profissionais de saúde a importância da criação de vínculo com a comunidade. Realizar acolhimento com escuta qualificada, como preconiza a Política Nacional de Humanização, pode ser um aliado nesse processo.
Organizações de serviços de saúde	Os serviços de saúde necessitam reorganizar a demanda espontânea, tendo em vista que em locais onde a quantidade de atendimentos dos profissionais é alta pode inviabilizar uma comunicação adequada entre usuário e profissional de saúde.
Sistemas de saúde	É fundamental resgatar a memória da estratégia Saúde da Família, por meio da valorização dos seus princípios e diretrizes norteadores: I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c)

	População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade (BRASIL, 2017).
--	---

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 8: Considerações sobre a implementação da opção 3

Níveis	Opção 3 - Promover o uso de tecnologias da informação e comunicação para o envio de lembretes relacionados à vacinação.
Paciente/indivíduo/tomadores de decisão	Explicar para a comunidade o passo a passo de como a informação chegará até ela. Levar em consideração a dificuldade de acesso e manuseio dos aparelhos e programas; dificuldade de acesso à internet; falta de recursos financeiros para o custeio dos equipamentos e rede de internet.
Trabalhadores de saúde	Uma ferramenta que já está disponível para os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde é o eSUS. Por meio dele já é possível o envio de lembretes de atendimentos por meio de mensagens de texto para telefones móveis. Promover a capacitação dos profissionais para o manuseio correto do eSUS e outros sistemas.
Organizações de serviços de saúde	Disponibilizar mais equipamentos de informática e promover o acesso à internet.
Sistemas de saúde	Incluir as necessidades para implantar essa opção no planejamento da Secretaria de Saúde. Pode-se considerar a busca de parcerias intersetoriais para o desenvolvimento de novas tecnologias.

	<p>Levar em considerado a baixa cobertura de rede de internet; falta de profissionais para administrar o programa; restrição orçamentária para contratar empresa especializada para desenvolver os programas.</p>
--	---

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 9: Considerações sobre a implementação da opção 4

Níveis	Opção 4 - Realizar flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação e utilizar outras abordagens de aproximação.
Paciente/indivíduo/tomadores de decisão	Informar a população, através de veículos de comunicação como rádio, televisão e internet, acerca da extensão dos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação para que todos saibam e realmente se beneficiem com as mudanças.
Trabalhadores de saúde	Deve-se sensibilizar os profissionais de saúde sobre a necessidade do cumprimento da carga horária de trabalho, conforme legislação trabalhista vigente.
Organizações de serviços de saúde	Garantir a infraestrutura mínima para o funcionamento dos serviços de saúde. Garantir a provisão de imunobiológico para todas as crianças atendidas pelo serviço.
Sistemas de saúde	Recentemente o Governo Federal lançou o programa “Saúde na Hora”, que prevê a extensão de horário de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios que fizerem adesão ao programa (BRASIL, 2019). Garantir a extensão desse programa para o maior número de municípios possível.

Fonte: Elaboração própria.

5.5 Considerações sobre equidade

É necessário tecer considerações sobre a promoção da equidade, de acordo com a escolha da opção a ser implantada, haja vista a possibilidade de alguns grupos não serem contemplados pelas intervenções.

A equidade compreende a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural, podendo ser mensurada através da análise das políticas públicas, no setor da saúde, voltadas para o enfrentamento de tais situações (BARROS; SOUSA, 2016).

Uma forma de identificar que grupos merecem especial atenção, a fim de que as opções não aumentem as desigualdades populacionais, é o uso do acrônimo PROGRESS (<https://www.nccmt.ca/knowledge-repositories/search/234>), formado pelas primeiras letras (em inglês), que podem ser utilizadas para descrever grupos: P (*place of residence*), R (*race/ethnicity/culture/ language*); O (*occupation*); G (*gender*); R (*religion*); E (*education*); S (*socioeconomic status*) e S (*social capital*).

A partir desta classificação é possível priorizar diferentes opções de políticas na dependência do público-alvo. As opções podem adotar uma abordagem universal ou focal, voltada, por exemplo, a famílias com maior risco de vulnerabilidade.

A seguir são apontados aspectos sobre equidade relacionados às opções apresentadas neste estudo.

Opção 1 - Oferecer programas de educação em saúde voltados para os pais abordando aspectos socioculturais relacionados a imunização

Para que as atividades propostas nessa opção possam alcançar vários grupos populacionais, como por exemplo os usuários que trabalham ou que vivem em locais de difícil acesso, é aconselhável que as atividades em grupo sejam realizadas em diversos horários e em locais mais próximos da comunidade, como associações de moradores, igrejas e escolas.

Para auxiliar nesse processo, pode-se utilizar atividades de Educação Popular em Saúde (EPS), pois transformam as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida por meio do empoderamento e da autonomia, bem como para estreitar a distância entre os serviços de saúde e a população.

No campo da saúde, a Educação Popular atua como estratégia de superação da grande distância que existe entre o serviço de saúde e o saber científico e tem significado uma importante referência teórica e metodológica para a reorientação da atenção à saúde a partir da construção compartilhada e dialogada de práticas de cuidado e promoção da saúde. Assim, vem sendo considerada um instrumento de construção para saúde mais integral e adequada à vida da população (BATISTA; VASCONCELOS; COSTA, 2014).

Opção 2 - Fortalecer a comunicação entre os profissionais de saúde e pais sobre imunização na Atenção Primária à Saúde

Para que exista uma efetiva comunicação entre usuários e profissionais de saúde é necessário que se rompa com a hierarquia que ainda existe entre essas duas categorias, na qual o profissional é o detentor do conhecimento e o usuário aquele que recebe as informações. O acolhimento com escuta qualificada pode auxiliar nesse processo.

A família deve ser acolhida de maneira personalizada por meio da escuta que possibilite identificar as principais queixas visando humanizar o cuidado. Humanizar significa inicialmente valorizar os sujeitos envolvidos (criança, família, equipe de saúde), e por meio do acolhimento enfatizar a escuta atenta, desenvolver a capacidade de empatia, oferecer apoio, identificar as queixas, e estabelecer vínculos.

No Brasil, é possível verificar que as políticas de saúde apresentam um conjunto de princípios que estão articulados visando auxiliar o funcionamento dos serviços de saúde, e a interação equipe de saúde com pacientes e familiares (AZEVEDO; LANCONI JUNIOR; CREPALDI, 2017).

Opção 3 - Promover o uso de tecnologias da informação e comunicação para o envio de lembretes relacionados à vacinação.

A realidade econômica local é um aspecto a ser considerado nesta opção, tendo em vista que a situação de pobreza de grande parte da população, o que pode dificultar a participação do usuário nas atividades propostas e o acesso aos equipamentos, como computador e telefone, rede de internet e, conseqüentemente, ferramentas *online*. Além disso, verifica-se uma alta taxa de analfabetismo que pode ser mais um fator restritivo ao uso dessas tecnologias por uma grande parcela da população.

Outro fator que precisa ser considerado é a verificação da origem das informações que serão recebidas e acessadas pelos usuários, tendo em vista que existe uma grande corrente para

a disseminação das chamadas *fake News* (notícias falsas), que podem atrapalhar o processo de comunicação.

O uso da internet apresenta suas recalcitrâncias, suas peculiaridades e seus vieses, tornando necessário um uso cauteloso desse instrumento de obtenção de informação, podendo representar um grande risco na área da saúde, pois tanto entre os profissionais de saúde como entre os consumidores, pode existir um desconhecimento das regras relativas à identificação de padrões de qualidade (MORETTI; OLIVEIRA, 2012).

Opção 4 - Realizar flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação e utilizar outras abordagens de aproximação.

As atividades dessa opção envolvem a sensibilização e a mudança de comportamento dos usuários para novos modelos de atendimento. Para isso, as equipes de saúde podem elaborar estratégias como agendar atividades em horários compatíveis com todos os pacientes, em especial aqueles que trabalham, ou em locais mais próximos e acessíveis, para aqueles com locomoção comprometida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação objetivou, em termos gerais, analisar as intervenções efetivas para melhorar a cobertura vacinal na primeira infância no contexto da APS no SUS a partir da busca por evidências científicas que possam auxiliar na tomada de decisão pelos gestores em saúde.

As evidências mostram que para melhorar a cobertura vacinal no público infantil as principais estratégias são: oferecer programas de educação em saúde voltados para os pais, abordando aspectos socioculturais relacionados a imunização; fortalecer a comunicação entre os profissionais de saúde e pais sobre imunização na Atenção Primária à Saúde; promover o uso de tecnologias da informação e comunicação para o envio de lembretes relacionados à vacinação; e realizar flexibilização e extensão nos horários e dias de funcionamento dos locais de vacinação.

Para isso, faz-se necessários que o controle social seja fortalecido nos serviços de saúde, proporcionando uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde e usuários. Além disso, é fundamental que novas tecnologias de comunicação sejam incorporadas de forma efetiva ao SUS, para que população tenha acesso de forma mais rápida e democrática aos serviços ofertados.

O PNI brasileiro é um dos maiores do mundo, ofertando 45 diferentes imunobiológicos gratuitamente, contemplando não só as crianças, mas também adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas. As vacinas são seguras e estimulam o sistema imunológico a proteger a pessoa contra doenças transmissíveis. Quando adotada como estratégia de saúde pública, elas são consideradas um dos melhores investimentos em saúde considerando o custo-benefício. Nesse sentido, deve ser priorizado na agenda dos tomadores de decisão.

Acredita-se que os resultados desta dissertação poderão contribuir para o campo da Saúde Baseada em Evidências, haja visto que é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde, auxiliando para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente a cada caso.

Como estudos futuros, sugere-se a realização de diálogos deliberativos de políticas com os tomadores de decisão, tendo vista analisar a possível incorporação de algumas das opções elencadas neste estudo, na perspectiva de levar em consideração aspectos locais, bem como questões socioculturais e econômicas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T. M. E. Cobertura vacinal e fatores relacionados à vacinação dos adolescentes residentes na área norte de Teresina/PI. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12, n. 3, p. 502-10, 2010.

Disponível em:

<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a13.htm>. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6934>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

ARAÚJO, A. C. M *et al.* Avaliação das salas de vacinação do Estado de Pernambuco no ano de 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 255-264, jun. 2013. Disponível em:

<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2018.

AZEVEDO, A. V. S.; LANCONI JUNIOR, A. C.; CREPALDI, M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3653-3666, nov. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103653&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 dez. 2019.

BARATA, R. B.; PEREIRA, S. M. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 266-277, jun. 2013.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200266&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2018.

BARBIERI, C. L. A *et al.* Cobertura vacinal infantil em um serviço filantrópico de atenção primária à saúde do município de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil, em

2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 129-139, mar. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2019.

BARRETO, J. O. M *et al.* Curso ‘Uso de evidências na gestão municipal da saúde’: uma experiência pioneira. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro**, v. 7 n. 23, 122–6, 2012.

BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Avançando no uso de políticas e práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piri-piri-Piauí. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 25-34, jan. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2018.

BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 9-18, mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BATISTA, P. S. de S.; VASCONCELOS, E. M.; COSTA, S. F. G da. Ética nas ações educativas e de cuidado em saúde orientadas pela Educação Popular. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1401-1412, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601401&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de março de 2018.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: Coordenação de Imunizações e Autossuficiência em Imunobiológicos - Programa Nacional de Imunizações; 1993.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Protocolo de monitoramento rápido de cobertura (MRC) em crianças menores de 5 anos de idade (6 meses e 4 a 11 meses e 29 dias) pós-campanha de multivacinação, Brasil, 2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2012-09/protocolo-mrc-pos-campanha-multivacinacao-14.08.20121.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Manual de rede de frio**. Brasília: Secretaria de vigilância em saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – 1. ed. – 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

_____. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**: Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13257.htm>. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância**. Ministério da Saúde, Secretaria de

Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Conselho Nacional de saúde (CNS). **Resolução N° 510 de 07 de abril de 2016:** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, DF, 2016b.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde : reduzindo a morbimortalidade por acidentes de trânsito em Sobral, Ceará.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 02 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia para orientar ações intersetoriais na primeira infância.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. (15 de 05 de 2019). **Portaria n° 930, de 15 de maio de 2019.** Disponível em: <<http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n%C2%BA-930-de-15-de-maio-de-2019-104562211>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

BRAZ, R. M *et al.* Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 745-754, dec. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400745&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2018.

BROWN, K. F. *et al.* Factors underlying parental decisions about combination childhood vaccinations including MMR: a systematic review. **Vaccine**, v. 28, n. 26, p. 4235-4248, 2010.

CARVALHO, R. S. O investimento na formação do cidadão do futuro: a aliança entre economia e educação infantil como estratégia da governamentalidade contemporânea. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, v. 32, n. 2, p. 229-253, june, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982016000200229&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2019.

CONNORS, J. T.; SLOTWINSKI, K. L.; HODGES, E. A. Provider-parent communication when discussing vaccines: a systematic review. **Journal of pediatric nursing**, v. 33, p. 10-15, 2016.

COUBAN, R. Covidence and Rayyan. **Journal of the Canadian Health Libraries Association / Journal de l'Association des bibliothèques de la santé du**

Canada, v. 37, n. 3, 5 Dec. 2016.

DE CANTUÁRIA TAUIL, M.; SATO, A. P. S.; WALDMAN, E. Alves. Factors associated with incomplete or delayed vaccination across countries: a systematic review. **Vaccine**, v. 34, n. 24, p. 2635-2643, 2016.

DIAS, R. I.; BARRETO, J. O. M.; SOUZA, N. M. Desenvolvimento atual da Rede de Políticas Informadas por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. **Revista Pan-americana de Salud Publica**. v. 36, n.1, 50–6, 2014.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 9-27, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2018.

DUBÉ, E. *et al.* Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: a review of qualitative studies. **Expert review of vaccines**, v. 17, n. 11, p. 989-1004, 2018.

EVIPNet BRASIL. **Sínteses de evidência para políticas de saúde**. 2018. Disponível em: <<http://brasil.evipnet.org/>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

FAGGION, C. M.; LISTL, S.; GIANNAKOPOULOS, N. N. The methodological quality of systematic reviews of animal studies in dentistry. **The Veterinary Journal**, 48, 140-147, 2012.

FERNANDES, A. C. N *et al.* Análise da situação vacinal de crianças pré-escolares em Teresina (PI). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 870-882, dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400870&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2018.

FORSHAW, J. *et al.* The global effect of maternal education on complete childhood vaccination: a systematic review and meta-analysis. **BMC infectious diseases**, v. 17, n. 1, p. 801, 2017. Disponível em: <<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-017-2890-y>>. Acesso em: 19 set. 2019.

FORSTER, A. S. *et al.* Ethnicity-specific factors influencing childhood immunisation decisions among Black and Asian Minority Ethnic groups in the UK: a systematic review of qualitative research. **J Epidemiol Community Health**, v. 71, n. 6, p. 544-549, 2017. Disponível em: <<https://jech.bmj.com/content/jech/71/6/544.full.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2019.

FOURNET, N. *et al.* Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 196, 2018. Disponível em: <<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-5103-8>>. Acesso em: 19 set. 2019.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Immunization**.

Disponível em: <http://www.unicef.org/immunization/index_2819.html>. Acesso em: 20 set. 2018.

HARVEY, H.; REISSLAND, N.; MASON, J. Parental reminder, recall and educational interventions to improve early childhood immunisation uptake: a systematic review and meta-analysis. **Vaccine**, v. 33, n. 25, p. 2862-2880, 2015. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X1500571X>>. Acesso em: 19 set. 2019.

JOHRI, M. *et al.* Strategies to increase the demand for childhood vaccination in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 93, p. 339-346, 2015. Disponível em:

<<https://www.scielosp.org/pdf/bwho/2015.v93n5/339-346/en>>. Acesso em: 19 set. 2019.

KAUFMAN, J. *et al.* Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, 2018.

Disponível em:

<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010038.pub3/pdf/full>>. Acesso em: 19 set. 2019.

LAVIS, J. N.; LOMAS, J; HAMID, M; SEWANKAMBO, N. K. Assessing country-level efforts to link research to action. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 84, n. 8, 2006.

LAVIS, J. N. *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. **Health Research Policy and Systems**, London, v. 7, p. 1, 2009.

LUKUSA, L. A. *et al.* A systematic review and meta-analysis of the effects of educating parents on the benefits and schedules of childhood vaccinations in low and middle-income countries. **Human vaccines & immunotherapeutics**, v. 14, n. 8, p. 2058-2068, 2018.

Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21645515.2018.1457931>>. Acesso em: 19 set. 2019.

MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. – São Paulo: Atlas, 2016.

MELLO, D. F de *et al.* Cuidar em enfermagem na primeira infância: contribuições do reconhecimento intersubjetivo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 2, p. 446-450, apr. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200446&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2019.

MERTEN, S. *et al.* Gender determinants of vaccination status in children: evidence from a meta-ethnographic systematic review. **PloS one**, v. 10, n. 8, p. e0135222, 2015. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0135222>>. Acesso em: 19 set. 2019.

MIRANDA, A. S. *et al.* Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 208-214, jun. 1995. Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2019.

MOAT, K. A. *et al.* Twelve myths about systematic reviews for health system policymaking rebutted. **J. Health Serv. Res. Policy**, London, v. 18, n. 1, p. 44-50, 2013.

MORETTI, F. A.; OLIVEIRA, V. E.; SILVA, E. M. K. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 6, p. 650-658, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MOURA, A. D. A *et al.* Estratégias e resultados da vacinação no enfrentamento da epidemia de sarampo no estado do Ceará, 2013-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, e201634310, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100600&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2018.

MOURA, R. F *et al.* Fatores associados à adesão à vacinação anti-influenza em idosos não institucionalizados, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2157-2168, oct. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2018.

NELSON, K. N. *et al.* Assessing strategies for increasing urban routine immunization coverage of childhood vaccines in low and middle-income countries: a systematic review of peer-reviewed literature. **Vaccine**, v. 34, n. 46, p. 5495-5503, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5309783/>>. Acesso em: 19 set. 2019.

ODONE, A. *et al.* Effectiveness of interventions that apply new media to improve vaccine uptake and vaccine coverage: a systematic review. **Human vaccines & immunotherapeutics**, v. 11, n. 1, p. 72-82, 2015. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.4161/hv.34313>>. Acesso em: 19 set. 2019.

OLIVEIRA, M. F. S.; MARTINEZ, E. Z.; ROCHA, J. S. Y. Fatores associados à cobertura vacinal em menores de cinco anos em Angola. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 906-915, dec. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600906&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 nov. 2018.

O'NEILL J *et al.* Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 67, n. 1, 56-64, 2014. Disponível em: <[https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(13\)00334-X/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(13)00334-X/fulltext)>. Acesso em: 21 mai. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Health Agenda for Americas 2008-2017**; WHO/PAHO. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana

da Saúde, 2007. Disponível em:
<http://www.paho.org/English/DD/PIN/Health_Agenda.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde**. Biblioteca da OMS: 1. Saúde mundial – tendências. 2. Cobertura universal (seguro saúde). 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Pesquisa. 5. Seguro saúde, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Um sumário executivo da série do The Lancet: Apoiando o Desenvolvimento na Primeira Infância: da ciência à difusão em grande escala**. The lancet, 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Plan de acción mundial sobre vacunas 2011-2020**. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2013. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85398/1/9789243504988_spa.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 nov. 2018.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 1-10, dez. 2016.

OXMAN, A. D *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 2: Improving how your organisation supports the use of research evidence to inform policymaking. **Health Res Policy Syst**, v. 7, s.1. Disponível em: <<http://www.health-policy-systems.com/content/pdf/1478-4505-7-S1-S2.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

PLUCIENNIK, G. A., LAZZARI, M. C., CHICARO, M. F. **Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco**, 1. ed, São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal - FMCSV, 2015.

PRECI, G. B. **Avaliação do calendário vacinal em menores de 01 ano em uma unidade básica de saúde de campo grande/ms**. 2014. 31f. (TCC de Especialização) – Campo Grande (MS): Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Fundação Oswaldo Cruz), Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família, 2014.

QUEIROZ, L. L. C *et al.* Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 294-302, feb. 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2018.

RAINEY, J. J. *et al.* Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: findings from a systematic review of the published literature, 1999–2009. **Vaccine**, v. 29, n. 46, p. 8215-8221, 2011.

RAMOS, M. C; SILVA, E. N. Como usar a abordagem da Política Informada por Evidência na saúde pública?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 296-306, jan. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100296&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mai. 2019.

REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA. **A intersetorialidade nas políticas públicas para a Primeira Infância**. Disponível em: <www.primeirainfancia.org.br>. Acesso em: 06 nov. 2017.

ROSEMBERG, F.; MARIANO, C. L. S. A convenção internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 40, n. 141, p. 693-728, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 nov. 2019.

SANTOS, G. R. D *et al.* Avaliação do monitoramento rápido de coberturas vacinais na Região Ampliada de Saúde Oeste de Minas Gerais, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 55-64, mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000100055&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2018.

SCHATZMAYR, H. G. A varíola, uma antiga inimiga. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1525-1530, dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000600024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov. 2018.

SILVA JUNIOR, J. B. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 7-8, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2018.

SMITH, L. E. *et al.* A systematic review of factors affecting vaccine uptake in young children. **Vaccine**, v. 35, n. 45, p. 6059-6069, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X17312756>>. Acesso em: 19 set. 2019.

TEMPORAO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 601-617, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov. 2018.

TERRA, O. **Avanços do Marco Legal da Primeira Infância**. Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Câmara dos Deputados, Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2016/07/28/09_04_59_25_Avancos_do_Marco_Legal_da_Primeira_Infancia_1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 523-530, feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 mai. 2019.

SHEA, B. J. *et al.* AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. **Journal of Clinical Epidemiology**, 62, 1013-1020, 2009.

VANN, J. C. J. *et al.* Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6491344/>>. Acesso em: 19 set. 2019.

WHO. World Health Organization. **Immunization coverage**. Disponível em: <<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

WHO. World Health Organization. **Immunization against diseases of public health importance**. Geneva: Organización Mundial de la Salud, 2013.

WILLIAMS, N. *et al.* Primary care strategies to improve childhood immunisation uptake in developed countries: systematic review. **JRSM short reports**, v. 2, n. 10, p. 1-21, 2011. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1258/shorts.2011.011112>>. Acesso em: 19 set. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE 1. Estudos selecionados mediante busca na BVS para definição do problema de política: Baixa Cobertura Vacinal na Primeira Infância, maio/2019.

Autor / Ano	Título	Tipo de estudo	Local de publicação	Principais resultados
Barbieri <i>et al.</i> , 2013	Cobertura vacinal infantil em um serviço filantrópico de atenção primária à saúde do Município de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil, em 2010	Estudo transversal descritivo	Epidemiologia e Serviços de Saúde	<p>É destacada a importância da análise de ações sobre imunização, visando um olhar para o futuro, a fim de melhorar o acesso, a adesão e assim, a cobertura vacinal de determinada área geográfica ou população que não está coberta corretamente de acordo com o que dita a Organização Mundial de Saúde –OMS (95,0%).</p> <p>Foi analisada a diferença entre uma ação filantrópica realizada em um Hospital, objetivando a melhoria da cobertura, com os índices de vacinação pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Tal comparação, não demonstrou diferenças relevantes. Concluindo, assim, que essa ação, em sua</p>

				determinada área, com a população elegida, não obteve o resultado esperado. Ambas atingiram a porcentagem de cobertura regularizada pela OMS.
	Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família		Ciência & Saúde Coletiva	O estudo vai abordar não só a cobertura vacinal das crianças daquela localidade como também o estado psicológico ou status sócio econômico dos cuidadores para poder definir as causas no atraso vacinal. Em quase 39% dos cuidadores foi identificado depressão que em países desenvolvidos é uma marca que pode significar cuidados inadequados. “Baixa renda, extremos de idade materna, maior número de filhos, baixa escolaridade materna, maior número de moradores no domicílio, residência há

Tertuliano e Stein, 2011		Estudo populacional		<p>menos de um ano na área, falta de conhecimento acerca das doenças prevenidas por imunização e presença de doença na criança são fatores associados para a não vacinação. Autores dizem que o atraso vacinal pode estar relacionado à impossibilidade de leitura do cartão da criança por mães analfabetas, o que foi evidenciado neste estudo, em metade da amostra.</p>
				<p>Constatou-se que no ano do estudo a cobertura vacinal de crianças no primeiros ano de vida estava com números melhores comparados a anos anteriores depois eu as equipes de saúde intensificaram seus trabalhos em áreas de famílias de menor renda , entretanto cerca de 25% delas estavam com seus esquemas vacinais</p>

<p>Miranda <i>et al.</i>, 1995</p>	<p>Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida</p>	<p>Métodos de avaliação estatista</p>	<p>Revista de Saúde Pública</p>	<p>incompletos fazendo-se necessária repensar novas técnicas de adesão ao projeto vacinal de forma que seja possível sensibilizar os responsáveis pela criança e melhor treinar os profissionais de saúde para orientar sobre esse assunto.</p>
<p>Preci, 2014</p>	<p>Avaliação do calendário vacinal em menores de 01 ano em uma unidade básica de saúde de Campo Grande/MS</p>	<p>Análise situacional</p>	<p>UNA-SUS</p>	<p>Foi identificado falha no conhecimento sobre o calendário vacinal infantil pelos profissionais de saúde da rede básica. Para melhor atender a população foi ofertada a esses profissionais capacitação. Depois das novas orientações foi perceptível que a ação educativa teve êxito e gerou melhores resultados do que os antes obtidos no pré-teste.</p>

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE 2. Opiniões de Experts Utilizadas na Definição do Problema de Política: Baixa Cobertura Vacinal na Primeira Infância. Maio/2019.

Expert consultado	Site	Publicação utilizada
Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)	https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/abrasco-divulga-nota-alertando-sobre-queda-da-cobertura-vacinal-no-brasil/36235/	Nota de alerta e prevenção.
Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIM)	https://sbim.org.br/publicacoes/revista-imunizacoes	Revista Imunizações. volume 10 número 4 DEZ/2017.
Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS)	http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/si-pni	Site oficial do Ministério da Saúde.

Fonte: Autoria própria.

APÊNDICE 3. Revisões Sistemáticas utilizadas nas Buscas de Evidências para as Opções do problema de Política: Baixa Cobertura vacinal na Primeira Infância. Agosto/2019.

Autor e ano	Título	Periódico	Opções abordadas	Amstar	Base de dados	Último ano da busca
Smith <i>et al.</i> , 2017	A systematic review of factors affecting vaccine uptake in young children	Vaccine	Opção 2	9/10	BVS	2016
Forster <i>et al.</i> , 2017	Ethnicity-specific factors influencing childhood immunisation decisions among Black and Asian Minority Ethnic groups in the UK: a systematic review of qualitative research	Ethnicity & Health	Opção 1	8/10	BVS	2014
Forshaw <i>et al.</i> , 2017	The global effect of maternal education on complete childhood vaccination: a systematic review and meta-analysis	BMC Infectious Diseases	Opção 1	9/11	BVS	2016
Johri <i>et al.</i> , 2015.	Strategies to increase the demand for childhood vaccination in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis	Bull World Health Organ	Opção 1	8/11	BVS	2014
Brown <i>et al.</i> , 2010.	Factors underlying parental decisions about combination	Vaccine	Opção 2	6/11	BVS	2008

	childhood vaccinations including MMR: A systematic review					
Connors, Slotwinski, e Hodges, 2016	Provider-parent Communication When Discussing Vaccines: A Systematic Review	Journal of Pediatric Nursing	Opção 2	6/11	BVS	2016
Harvey, Reissland e Mason, 2015	Parental reminder, recall and educational interventions to improve early childhood immunisation uptake: A systematic review and meta-analysis	Vaccine	Opção 2 Opção 3	4/11	BVS	2014
Merten <i>et al.</i> , 2015	Gender Determinants of Vaccination Status in Children: Evidence from a Meta-Ethnographic Systematic Review	Plos One	Opção 1	6/9	BVS	2012
Rainey <i>et al.</i> , 2011	Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low and middle income countries: Findings from a systematic review of the published literature, 1999-2009	Vaccine	Opção 2	4/10	BVS	2009
Vann <i>et al.</i> , 2018	Patient reminder and recall interventions to improve immunization rates (Review)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Opção 3	9/11	Cochrane Library	2017

Kaufman <i>et al.</i> , 2013	Face to face interventions for informing or educating parentes about early childhood vaccination (Review)	Cochrane Database of Systematic Reviews	Opção 2	9/11	Cochrane Library	2012
Nelson <i>et al.</i> , 2016	Assessing strategies for increasing urban routine immunization coverage of childhood vaccines in low and middle-income countries: A systematic review of peer-reviewed literature	Vaccine	Opção 4	3/9	HSE	2013
Williams <i>et al.</i> , 2011	Primary care strategies to improve childhood immunisation uptake in developed countries: systematic Review	Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports	Opção 3	8/10	HSE	2010
Dubé <i>et al.</i> , 2018	Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: A review of qualitative studies	Expert Review of Vaccines	Opção 2	5/9	PUBMED	2017
Fournet <i>et al.</i> , 2018	Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews	BMC Public Health	Opção 2 Opção 4	4/9	PUBMED	2013
Adone <i>et al.</i> , 2015	Effectiveness of interventions that apply new media to improve	Human Vaccines & Immunotherapeutics	Opção 3	6/9	PUBMED	2013

	vaccine uptake and vaccine coverage A systematic review					
Lukusa <i>et al.</i> , 2018	A systematic review and meta analysis of the effects of educating parentes on the benefits and schedules of childhood vaccinations in low and middle-income countries	Human vaccines & immunotherapeutics	Opção 2	9/11	PUBMED	2015
De Cantuária Tauil <i>et al.</i> , 2016	Factors associated with incomplete or delayed vaccination across countries: A systematic review	Vaccine	Opção 1	5/9	PUBMED	2014

Fonte: Autoria própria.

ANEXOS

ANEXO 1: Instrumento de coleta de dados da amostra

Quadro Extrator	
Estudo [Autor, ano]	
Objetivo do estudo	
Foco primário	
Foco secundário	
Aumentou a cobertura vacinal?	
Elementos do estudo [Características da RS: Quantos estudos, tipos de estudo, tipo de intervenção, características da população, número de participantes].	
Principais achados (resultados) (primários e secundários), Conclusão, Benefícios, Danos potenciais, Custo efetividade, Incertezas – viés, principais elementos da intervenção (se já foi implementada/testada em outro lugar), Implementação ou teste em algum lugar.	
Considerações sobre implementação [Percepções e experiências: - Pacientes; indivíduos; tomadores de decisão/ - Trabalhadores em saúde/ -	

Organização de serviços de saúde/ - Sistemas de saúde].	
Considerações sobre equidade [descrição de dados, considerações ou levantamentos sobre questões de equidade ou possíveis fatores de iniquidade].	
Lacunas de conhecimento Descrever observações sobre estudos que não tenham resultados, poucos estudos sobre um determinado assunto etc.	
Proporção de estudos que incluíram a população-alvo [crianças, idosos etc.].	
Proporção de estudo com foco no problema [aumento da cobertura vacinal - n/x].	
Proporção de estudos realizados em LUHMIC e demais países [n/x estudos em países HI: descrever quais países (quantos entre parênteses); y/n estudos em países de UI; etc.].	
AMSTAR	
Último ano da busca	
Referência ABNT	
Observações	

Espaço opcional para descrever dúvidas ou considerações sobre o artigo.	
DECISÃO SOBRE INCLUSÃO DOS ESTUDOS [Sim/Não]	

Fonte: Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo/Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS.

ANEXO 2: Instrumento para avaliação da qualidade das revisões sistemáticas

AMSTAR:

<p>1. Foi fornecido um projeto a priori? Os critérios de inclusão e exclusão devem ser estabelecidos antes da realização da pesquisa. [Nota: É necessário haver referência a um protocolo, aprovação ética ou objetivos da pesquisa pré-determinados / publicados a priori para marcar um "sim".]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p>2. Seleção de estudos e extração de dados foi realizada duplamente? A extração de dados deve ser realizada por pelo menos 2 pessoas de forma independente e deve ser definido um procedimento para resolver discordâncias. [Nota: É necessário que pelo menos 2 pessoas tenham feito seleção de estudos, 2 pessoas tenham feito extração de dados, e divergências resolvidas por consenso ou uma pessoa verificou o trabalho da outra.]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p>3. Foi realizada uma pesquisa/busca bibliográfica abrangente? Pelo menos duas fontes eletrônicas devem ser pesquisadas. O relatório deve incluir os anos e as bases de dados usadas (por exemplo, Central, EMBASE e MEDLINE). As palavras-chave e/ou os termos MeSH devem ser informados e, quando possível, a estratégia de busca deve ser fornecida. Todas as buscas devem ser complementadas por meio de consulta a conteúdos, revisões, livros-texto, cadastros especializados atualizados ou especialistas no campo de estudo específico e por meio de revisão das referências dos estudos encontrados. [Nota: Se foram utilizadas pelo menos 2 fontes + 1 estratégia suplementar, responda "sim" (Cochrane register / Central conta como 2 fontes; pesquisa em literatura cinzenta conta como literatura suplementar).]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p>4. A situação da publicação (por exemplo, literatura cinzenta) foi utilizado como um critério de inclusão? Os autores devem declarar que procuraram por estudos independentemente de sua situação de publicação. Os autores devem declarar se excluíram ou não quaisquer estudos (da RS), com base em sua situação de publicação, idioma etc. [Nota: Se a revisão indica que houve uma busca por literatura cinzenta ou literatura não publicada, responder "sim". Banco de dados único, teses, anais de congressos e registros de estudos são considerados literatura cinzenta. Se a busca foi de uma fonte que contém literatura cinzenta e não cinzenta, deve-se especificar que eles estavam procurando literatura inédita.]</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica</p>

<p>5. Foi fornecida uma lista de estudos (incluídos e excluídos)?</p> <p>Deve ser fornecida uma lista de estudos incluídos e excluídos. [Nota: É aceitável que a lista dos estudos excluídos esteja apenas referenciada. Se houver um link eletrônico para acesso à lista, mas o link não está ativo, responda "não".]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p>6. Foram fornecidas as características dos estudos incluídos?</p> <p>Devem ser fornecidos de forma agregada (como uma tabela), dados sobre os participantes, as intervenções e os resultados dos estudos originais. Devem ser relatadas as diversas características em todos os estudos analisados, como idade, raça, sexo, dados socioeconômicos relevantes, estágio da doença, duração, gravidade ou comorbidades. [Nota: É aceitável se não foi apresentado no formato de tabela, desde que contemple as informações acima descritas.]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p>7. A qualidade científica dos estudos incluídos foi avaliada e documentada?</p> <p>Devem ser fornecidos a priori os métodos de avaliação (por exemplo, para estudos de eficácia, caso os autores optem por incluir apenas ensaios clínicos randomizados, duplo-cego, controlados por placebo, ou alocação sigilosa como critérios de inclusão). Para outros tipos de estudos, é importante que existam itens alternativos. [Nota: Pode incluir o uso de uma ferramenta de avaliação de qualidade ou checklist (por exemplo, escala de Jadad, risco de viés, análise de sensibilidade, etc.), ou uma descrição de itens de qualidade, com algum tipo de resultado para cada estudo (é adequado informar escore "baixo" ou "alto", desde que claramente descritos os estudos que receberam esses escores. Não é aceitável um escore / intervalo resumo para todos os estudos em conjunto).]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p>8. A qualidade científica dos estudos incluídos foi utilizada de forma adequada na formulação das conclusões?</p> <p>O rigor metodológico e a qualidade científica dos estudos deverão ser considerados na análise e conclusões da revisão e explicitamente informados na formulação de Recomendações. [Nota: Se foi dito algo como "os resultados devem ser interpretados com cautela, devido à má qualidade dos estudos incluídos", não é possível responder "sim" para esta pergunta, se respondeu "não" para a pergunta 7.]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica

<p>9. Os métodos foram usados para combinar os resultados de estudos adequados?</p> <p>Para os resultados agrupados deve ser feito um teste para garantir que os estudos podiam ser agrupados e para avaliar a sua homogeneidade (teste de qui-quadrado para homogeneidade, I^2). Se houver heterogeneidade, deverá ser usado um modelo de efeitos aleatórios e/ou a adequação clínica da combinação deverá também ser levada em consideração (isto é, combinar os resultados era apropriado?).</p> <p>[Nota: Responda "sim" se houve menção ou descreveu a heterogeneidade, ou seja, se os autores explicaram que os resultados não puderam ser agrupados por causa de heterogeneidade / variabilidade entre as intervenções.]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p>10. A probabilidade de viés de publicação foi avaliada?</p> <p>Uma avaliação de viés de publicação deve incluir uma combinação de ferramentas gráficas (por exemplo, um gráfico de funil e outros testes disponíveis) e/ou testes estatísticos (por exemplo, teste de regressão Egger, Hedges-Olken).</p> <p>[Nota: Se nenhum valor de teste ou gráfico de funil foi incluído, responda "não". Se houve menção que viés de publicação não pôde ser avaliado porque havia menos de 10 estudos, responda "sim".]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica
<p>11. O conflito de interesses foi informado?</p> <p>Possíveis fontes de apoio devem ser claramente informadas, tanto na RS quanto nos estudos incluídos.</p> <p>[Nota: Para obter um "sim", deve indicar fonte de financiamento ou apoio à RS e para cada um dos estudos incluídos.]</p>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível responder <input type="checkbox"/> Não se aplica

Fonte: http://amstar.ca/docs/Unpublished_AMSTAR.doc

Total: X/11