

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS
Américas

Registro epidemiológico semanal

20 DE MAYO DEL 2022

No 20, 2022, 97, 209–224

<http://www.who.int/wer>

Sumário

209 Compreensão dos fatores comportamentais e sociais associados à adesão às vacinas: Documento de posição da OMS – Maio de 2022

Compreensão dos fatores comportamentais e sociais associados à adesão às vacinas: Documento de posição da OMS – Maio de 2022

Introdução

Em conformidade com seu mandato de fornecer orientações aos Estados Membros sobre questões relacionadas a políticas de saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica regularmente documentos de posição sobre vacinação, sobretudo no que diz respeito a programas de imunização em larga escala. Esses documentos de posição trazem um resumo de informações essenciais para contextualização e concluem com a apresentação da atual posição da OMS.

Os documentos de posição são elaborados para serem usados principalmente por autoridades nacionais de saúde pública e gestores de programas de imunização. Esses documentos também podem ser de interesse para agências internacionais de financiamento, grupos consultivos de vacinas, fabricantes de vacinas, a comunidade médica e científica, defensores da imunização, jornalistas e o público. Primeiramente, os documentos são examinados por especialistas externos e pela equipe da OMS e, em seguida, examinados e endossados pelo Grupo Estratégico Assessor de Especialistas em Imunização (SAGE, na sigla em inglês) da OMS (<https://www.who.int/groups/strategic-advisory-group-of-experts-on-immunization/>). Uma descrição do processo de elaboração e endosso dos documentos de posição sobre vacinas está disponível em: www.who.int/publications/m/item/guidance-for-the-development-of-evidence-based-vaccine-related-recommendations.

Este é o primeiro documento de posição a ser publicado pela OMS sobre fatores comportamentais e sociais (FCS) associados à adesão às vacinas. O documento resume o desenvolvimento de novas ferramentas e indicadores para avaliar os FCS da adesão à vacinação infantil e à vacinação contra a COVID-19, permitindo que tomadores de decisão sobre políticas de imunização, gestores de programas e parceiros abordem baixos índices de vacinação por meio de uma melhor compreensão das causas subjacentes. Este documento também relata os principais achados de uma revisão de escopo que examinou as revisões sistemáticas e metanálises existentes de intervenções para melhorar a adesão às vacinas. Esse é o primeiro passo para entender quais intervenções funcionam para aumentar a adesão às vacinas, para quem e em quais contextos. Por fim, o documento apresenta recomendações sobre o uso das novas ferramentas e dos dados resultantes a fim de priorizar intervenções locais e conclui com orientações para pesquisas futuras.

O SAGE discutiu as recomendações descritas neste documento de posição em outubro de 2021; as evidências apresentadas na reunião podem ser acessadas em: https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/10/04/default-calendar/sage_meeting_october_2021.

Antecedentes

As vacinas são uma das maiores conquistas de saúde pública do século XX. No entanto, milhões de pessoas em todo o mundo não se beneficiam de vacinas capazes de prevenir doenças graves e mortes. Por exemplo, a cobertura mundial de imunização com três doses da vacina contra difteria, tétano e coqueluche (DTP3) em bebês caiu de 86% em 2019 para 83% em 2020, o que significa que 22,7 milhões de crianças deixaram de ser vacinadas e 3,7 milhões de crianças a mais do que em 2019 ficaram com cobertura vacinal incompleta.¹

¹ Cobertura de imunización. Ginebra: Organización Mundial da Saúde; julho de 2021 (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>, consultado em abril de 2022).

Essa queda na imunização de rotina foi associada a interrupções provocadas pela pandemia de COVID-19.^{1,2,3,4} Além disso, muitos países estão enfrentando dificuldades para alcançar um nível elevado de adesão às vacinas contra a COVID-19, apesar de disporem de um estoque adequado.¹

Para aumentar a cobertura vacinal, é fundamental entender os motivos pelos quais a adesão está baixa ou estagnada. Os estudos geralmente constataam uma cobertura mais baixa entre pessoas em situação de pobreza, com baixa escolaridade e letramento em saúde, com famílias maiores, com menos acesso a serviços de saúde ou que moram em áreas rurais ou remotas ou em áreas com altos níveis de instabilidade, conflito ou violência.⁵ Esses estudos de causas principais precisam ser complementados por uma avaliação das causas comportamentais e sociais mais proximais da baixa adesão.

Os FCS da vacinação são definidos como crenças e experiências relacionadas à vacinação potencialmente modificáveis de forma a ampliar a adesão às vacinas. Esses fatores geralmente não são mensurados de forma abrangente ou sistemática. Quando mensurados, a qualidade dos indicadores varia em termos de validade, clareza conceitual e comparabilidade dentro dos países e entre países.⁶ Essas limitações dificultam o acompanhamento de tendências e a realização de comparações entre países e entre períodos. Além disso, muitas vezes vários dos indicadores existentes pressupõem uma única explicação para a baixa cobertura, focando-se nos pensamentos e sentimentos das pessoas, sem dar atenção suficiente às influências sociais e questões práticas relacionadas à vacinação.

Para viabilizar a mensuração de um leque mais amplo de fatores da vacinação com base em discussões com os principais parceiros, a OMS criou, em outubro de 2018, o grupo de trabalho mundial sobre Mensuração dos Fatores Comportamentais e Sociais da Vacinação.⁷ Os membros do grupo de trabalho incluíam representantes de organismos mundiais e especialistas de várias regiões, abrangendo uma série de disciplinas de ciências comportamentais e sociais com experiência prática e programática em contextos de baixa e média renda. O grupo de trabalho sobre FCS também está vinculado ao Vaccination Demand Hub, um centro mundial multiparticipativo de demanda por vacinas, e responde aos objetivos da *Agenda de Imunização 2030* (IA2030), que enfatiza compromisso e demanda (Objetivo estratégico 2) e cobertura e equidade (Objetivo estratégico 3). O grupo de trabalho se concentrou inicialmente na vacinação infantil, expandindo seu escopo em meados de 2020 para incluir a adesão às vacinas contra a COVID-19, sobretudo para pessoas idosas e profissionais de saúde, conforme definido pelo Roteiro de Priorização do SAGE para as vacinas contra a COVID-19.⁸

As ferramentas de FCS incluem inquéritos populacionais (ou seja, ferramentas quantitativas), roteiros de entrevista em profundidade com as partes interessadas (ou seja, ferramentas qualitativas) e um guia para auxiliar na implementação das ferramentas. Este documento descreve o desenvolvimento das ferramentas de FCS, incluindo análises de evidências, contribuições de especialistas, consultas a parceiros, testes de campo, entrevistas cognitivas e validação psicométrica. No entanto, os indicadores por si sós não levam à ação. Por isso, a OMS iniciou uma revisão de escopo de revisões sistemáticas e metanálises sobre estratégias para aumentar a adesão às vacinas. As ferramentas e as orientações correspondentes estão disponíveis para ajudar os países a coletar e usar sistematicamente os dados para criar, implementar e avaliar as intervenções. Este documento conclui com recomendações para países e organizações de vacinação (consulte a seção 5, “Posição da OMS”) sobre a coleta e o uso rotineiro de dados e as estruturas necessárias para facilitar a implementação de intervenções para melhorar a cobertura vacinal.

² Chandir S, et al. Impact of COVID-19 pandemic response on uptake of routine immunizations in Sindh, Pakistan: an analysis of provincial electronic immunization registry data. *Vaccine*. 2020;38(45):7146–7155.

³ McDonald HI, et al. Early impact of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and physical distancing measures on routine childhood vaccinations in England, January to April 2020. *Euro Surveill*. 2020;25(19):2000848.

⁴ Shapiro GK, et al. COVID-19 and missed or delayed vaccination in 26 middle- and high-income countries: an observational survey. *Vaccine*. 2022;40(6):945–952.

⁵ Equity Reference Group for Immunization (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/home>, consultado em abril de 2022).

⁶ Shapiro GK, et al. A critical review of measures of childhood vaccine confidence. *Curr Opin Immunol*. 2021;71:34–45.

⁷ Meeting report: Measuring behavioural and social drivers (BeSD) of vaccination working group; 1–3 May 2019. Genebra: Organização Mundial da Saúde. Grupo de Trabalho de Especialistas em Dados de Aceitação e Demanda da OMS (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/meeting_report-may2019-final.pdf?sfvrsn=4c4aee69_3_3, consultado em abril de 2022).

⁸ Hoja de ruta del SAGE de la OMS para el establecimiento de prioridades en el uso de vacunas contra la COVID-19 en un contexto de suministros limitados: conjunto de criterios para orientar la planificación y las recomendaciones posteriores en distintos contextos epidemiológicos y posibles situaciones de suministro de vacunas, 20 de octubre de 2020, Versión 1. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/341447>, consultado em abril de 2022).

Desenvolvimento de ferramentas de FCS

No intuito de promover o desenvolvimento de ferramentas padronizadas para uso em todos os países e contextos, o grupo de trabalho sobre FCS inicialmente se propôs a identificar os fatores comportamentais e sociais associados à adesão às vacinas infantis a partir da perspectiva dos cuidadores.^{9, 10} Inicialmente, para orientar o desenvolvimento das ferramentas, foi realizada uma revisão da literatura de pesquisas publicadas e da literatura cinzenta (não convencional) para identificar barreiras e facilitadores da vacinação infantil. Em seguida, o grupo de trabalho identificou indicadores quantitativos de avaliação da confiança na vacinação infantil e de suas propriedades psicométricas.⁶ Entre 2010 e 2019, foram publicados 14 indicadores exclusivos, que foram predominantemente desenvolvidos e validados em países de alta renda.⁶

O grupo avaliou as necessidades dos gestores e executores de programas como usuários finais dessas ferramentas por meio de entrevistas com participantes com funções de âmbito nacional, regional e mundial. As entrevistas reforçaram a necessidade de ferramentas padronizadas e validadas e identificaram uma grande variação de medidas, sistemas, recursos e competências técnicas existentes.¹¹ Durante todo o processo de desenvolvimento, o grupo de FCS continuou a integrar as contribuições dos usuários finais e trabalhou para que as ferramentas pudessem ser facilmente adaptadas e aplicadas em diferentes culturas, idiomas e contextos.

Uma nova estrutura orientou o desenvolvimento das ferramentas (*Figura 1*),¹⁰ com base em uma revisão dos modelos teóricos existentes, em revisões de estudos qualitativos sobre os fatores da adesão às vacinas infantis e no modelo de aumento da vacinação desenvolvido por Brewer et al.¹² A estrutura é composta por quatro dimensões de fatores comportamentais e sociais associados à vacinação:

- 1) *Pensamentos e sentimentos*, que inclui as respostas cognitivas e emocionais das pessoas a doenças imunopreveníveis e a vacinas;
- 2) *Processos sociais*, que inclui normas sociais sobre vacinação e o recebimento de recomendações de vacinação;
- 3) *Motivação*, que inclui a intenção, a disposição e a hesitação das pessoas em tomar vacinas; e
- 4) *Questões práticas*, que inclui as experiências que as pessoas têm quando tentam tomar vacinas, inclusive as barreiras enfrentadas, por exemplo, acesso ao posto de saúde ou custos de transporte até o posto.

A estrutura inclui influências mensuráveis, potencialmente modificáveis e específicas da vacinação. Em cada uma das quatro dimensões da estrutura, o grupo de trabalho identificou construtos (temas) subjacentes. Um exemplo de construto é a “Confiança nas vacinas”, inserido na dimensão *Pensamentos e sentimentos* (*Figura 1*).¹³ Cada construto foi associado a um indicador (por exemplo, o indicador “Porcentagem de pais que afirmam que as vacinas são importantes”).¹⁴ As definições dos principais construtos de FCS refletem as evidências atuais e favorecem a padronização e a confiabilidade das medidas.⁶ O construto “Confiança nas vacinas” foi definido como a crença de que as vacinas são efetivas, seguras e fazem parte de um sistema de saúde confiável. Uma baixa confiança nas vacinas não é o mesmo que hesitação vacinal, mas pode contribuir para ela.

A “hesitação vacinal” faz parte da dimensão *Motivação*, e é definida como um estado motivacional de conflito ou oposição à vacinação; isso inclui intenções e disposição. Essa definição substitui a definição dada pelo SAGE em 2014,¹⁵ quando a hesitação vacinal foi definida como demora em aceitar ou recusar a vacinação a despeito da disponibilidade de serviços de vacinação. A nova definição reconhece a hesitação como uma intenção ou motivação à parte do comportamento resultante. Isso permite compreender melhor e mensurar separadamente os comportamentos e suas muitas outras influências.

⁹ Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) - October 2021. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/10/04/default-calendar/sage_meeting_october_2021, consultado em abril de 2022).

¹⁰ SAGE Yellow Book for October 2021. Section 2. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, consultado em abril de 2022).

¹¹ Wiley KE, et al. A user-centered approach to developing a new tool measuring the behavioural and social drivers of vaccination. *Vaccine*. 2021;39(42):6283–6290.

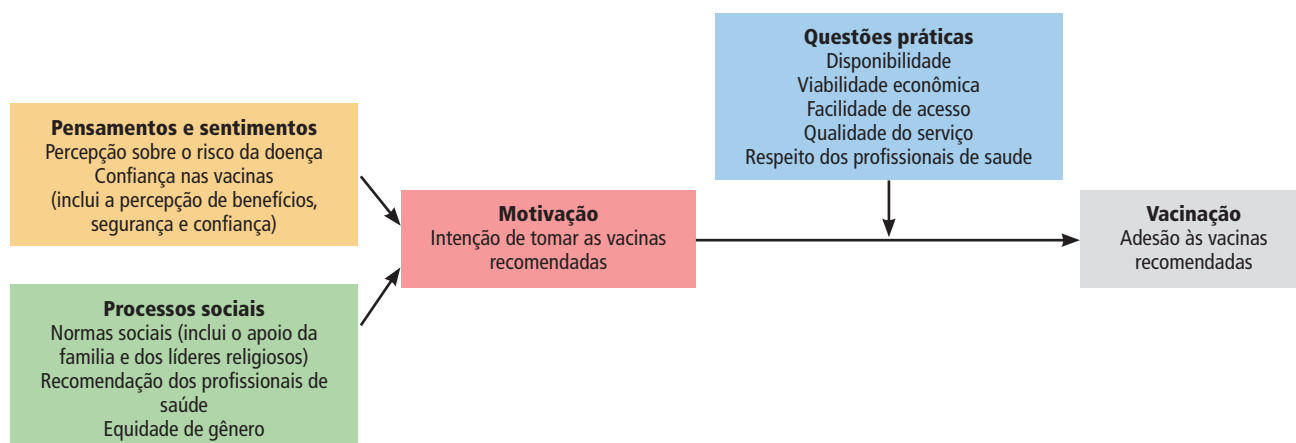
¹² Brewer NT, et al. Increasing vaccination: putting psychological science into action. *Psychol Sci Public Interest*. 2017;18149–207.

¹³ Lavrakas PJ. Construct. In *Encyclopedia of survey research methods* (Vol. Vols. 1-0). 2008. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

¹⁴ Mathison S. Indicadores. In *Encyclopedia of evaluation* (Vol. Vols. 1-0). 2005. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

¹⁵ MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161–4.

Figura 1 Estrutura de fatores comportamentais e sociais da vacinação da OMS



Fonte: Grupo de trabalho sobre FCS. Com base em Brewer et al. Psychol Sci Public Interest. (2017).^a

^a Brewer NT, et al. Increasing vaccination: putting psychological science into action. Psychol Sci Public Interest. 2017;18149–207.

As seções a seguir resumem os principais aspectos dos processos de desenvolvimento, teste e validação das ferramentas de FCS da vacinação infantil e da vacinação contra a COVID-19 e destacam descobertas e achados relevantes que levaram à finalização de ferramentas, indicadores e orientações de uso. Um resumo do processo geral de desenvolvimento das ferramentas e do guia de FCS é apresentado na *Tabela 1*.

Roteiros de entrevista sobre FCS da vacinação infantil

O grupo de trabalho sobre FCS elaborou quatro roteiros de entrevista qualitativa sobre a vacinação infantil a fim de assegurar uma compreensão aprofundada das experiências, perspectivas e atitudes de: *a*) cuidadores de crianças elegíveis para receber a vacina; *b*) profissionais de saúde da linha de frente; *c*) representantes comunitários; e *d*) gestores de programas de vacinação. Os quatro roteiros de entrevista foram testados em campo com essas partes interessadas em 12 países: Angola, Austrália, Estados Unidos da América, Etiópia, Guatemala, Índia, Indonésia, Nigéria, Paquistão, República Democrática do Congo (RDC), Serra Leoa e Uzbequistão. Os países foram selecionados com base em critérios endossados pelo Comitê Consultivo de Pesquisa em Implementação de Imunização e Vacinas da OMS (IVIR-AC), ou seja, países que representam o maior número de crianças com cobertura vacinal incompleta e os idiomas mais falados em todo o mundo. Todos os dados dessa avaliação pré-teste embasaram as revisões dos roteiros de entrevista e das orientações de implementação.

Tabela 1 Resumo das quatro fases e das principais atividades do desenvolvimento das ferramentas

FASE	PRINCIPAIS ATIVIDADES	CONTRIBUIÇÕES DOS USUÁRIOS FINAIS
1 Desenvolvimento inicial das ferramentas	Revisão da literatura Identificação de construtos Perguntas da entrevista qualitativa Elementos do inquérito e redução iterativa Elementos demográficos e instruções para o inquérito	Entrevistas com informantes-chave Validação de especialistas
2 Testes de campo	Idiomas e países selecionados Protocolo de estudo e roteiros Tradução de todos os materiais (e feedback dos tradutores) Inquéritos: Entrevistas cognitivas Planilha de análise: elemento, resultados, revisões Ferramentas qualitativas: Versões preliminares de roteiros qualitativos Formulário de relatório do entrevistador e estrutura de análise	Feedback dos escritórios regionais e representações nos países Feedback do programa e da entidade executora
3 Validação psicométrica e seleção de indicadores	Protocolo de estudo de validação Traduções e coleta de dados Análise de dados Revisão do grupo de trabalho e seleção de indicadores	Feedback da entidade executora sobre o guia
4 Finalização de todas as ferramentas e orientações	Ferramentas para vacinação infantil Ferramentas para vacinação contra a COVID-19 Guia de dados para ação	Continuidade da coleta de feedback dos usuários finais

Os roteiros facilitam uma exploração mais aprofundada dessas dimensões, mas também permitem a identificação de problemas até então desconhecidos. Os roteiros podem ser usados para entender influências mais amplas, como letramento, opiniões políticas e status socio-econômico, que não são capturadas no inquérito de FCS da vacinação infantil (ver adiante). Eles devem ser reservados para contextos específicos, principalmente se houver iniquidades acentuadas na adesão, de forma a entender melhor os motivos específicos ao contexto para a baixa adesão às vacinas. As perguntas abertas podem ser adaptadas para uso local e são de fácil compreensão para o participante e o entrevistador. Os programas podem usar os roteiros de forma flexível, dependendo das suas necessidades: antes do inquérito de vacinação infantil, a fim de ajudar a identificar as áreas de foco do inquérito, ou paralelamente ao inquérito ou depois dele, para enriquecer e contextualizar os achados do inquérito.

Encuesta sobre los FCS de la vacunación infantil

O inquérito de FCS da vacinação infantil visa questionar pais e responsáveis sobre os fatores comportamentais e sociais da adesão à vacinação infantil. O desenvolvimento da pesquisa de vacinação infantil cumpriu cinco etapas (Figura 2), começando pelos resultados das revisões da literatura publicada e literatura cinzenta.^{6,7,16} Por meio de um processo iterativo, os membros do grupo de trabalho sobre FCS reduziram a lista inicial de 259 perguntas para 30 com base em critérios como simplicidade, legibilidade (adequada para pessoas com baixo nível de letramento), traduzibilidade, validade nominal e validade preditiva das perguntas. Depois disso, 10 funcionários e parceiros regionais do UNICEF e da OMS pontuaram as perguntas propostas para o inquérito, o que gerou uma lista reduzida de 25 perguntas para validação posterior.

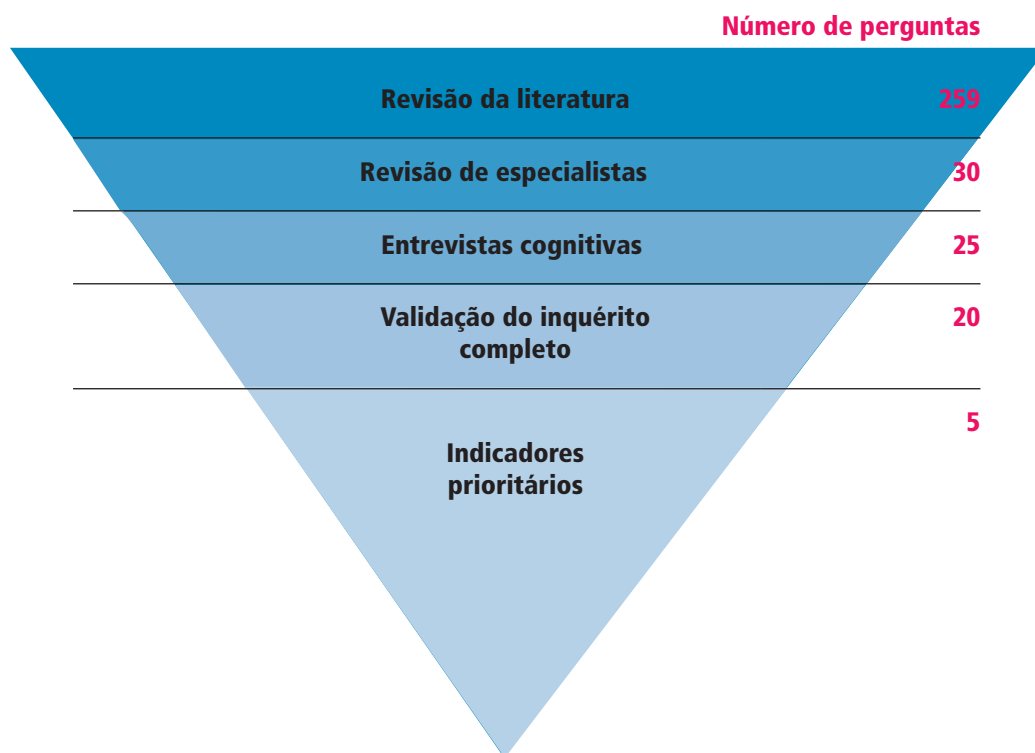
Em seguida, o grupo de trabalho refinou os elementos do inquérito (perguntas e opções de resposta) por meio de um processo de pré-teste conhecido como entrevista cognitiva, uma técnica de “pensar em voz alta” em que uma pequena amostra do grupo-alvo de entrevistados é solicitada a manifestar verbalmente seu processo de raciocínio ao responder às perguntas da pesquisa.¹⁷ O objetivo é assegurar que as perguntas gerem as informações pretendidas e que as opções de resposta sejam adequadas.

¹⁶ SAGE Yellow Book for October 2021. Section 2. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, consultado em abril de 2022).

¹⁷ Miller K, et al A. Design and analysis of cognitive interviews for comparative multi-national testing. *Field methods*. 2011;23(4):379–396.

Primeiramente, as entrevistas cognitivas foram realizadas em inglês nos Estados Unidos e na Austrália para refinar e estabilizar uma versão em inglês do inquérito, conforme recomendação do IVIR-AC. Em seguida, foi realizada uma tradução paralela para comparar as diferenças entre pelo menos duas traduções. Outras entrevistas cognitivas foram realizadas em países de baixa e média renda (PBMRs) onde foram realizados testes de campo (Angola, Etiópia, Guatemala, Índia, Indonésia, Nigéria, Paquistão, RDC, Serra Leoa e Uzbequistão). O grupo de trabalho utilizou os achados das entrevistas cognitivas e dos inquéritos traduzidos para resolver interpretações errôneas, verificar a clareza das opções de resposta, simplificar a redação e melhorar o fluxo do inquérito. Os resultados e as recomendações das entrevistas cognitivas embasaram atualizações do inquérito, que foi reduzido de 25 para 20 perguntas.

Figura 2 Principais estágios no desenvolvimento do inquérito de vacinação infantil e número correspondente de perguntas



O inquérito de 20 perguntas foi validado psicometricamente com uma amostra de 1.819 pais e cuidadores de crianças de 0 a 4 anos de Angola (n=300); Etiópia (n=301);¹⁸ Índia (n=305); Nigéria (n=300); Paquistão (n=304) e RDC (n=309). Para identificar as perguntas mais informativas do inquérito e orientar a seleção de indicadores prioritários, três critérios de qualidade foram aplicados ao conjunto de dados resultante. Primeiro, examinou-se a sobreposição de perguntas usando análises de fatores exploratórios e as curvas de informação dos fatores; as curvas de informação também identificaram efeitos piso ou teto. Em seguida, examinamos a *validade preditiva* das perguntas, analisando a associação de cada pergunta com o recebimento de todas as vacinas infantis recomendadas.

Por fim, examinamos a *estabilidade* das perguntas por meio da inspeção do funcionamento do elemento em diferentes países, níveis de escolaridade e gênero do respondente, bem como análises de validade preditiva estratificadas por essas variáveis.

¹⁸ SAGE Yellow Book for October 2021. Section 6. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://terrace.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, consultado em abril de 2022).

As análises psicométricas resultaram em um inquérito de FCS da vacinação infantil de 20 perguntas que avalia com eficiência todas as dimensões de FCS. O inquérito tem 5 perguntas prioritárias (correspondentes a indicadores prioritários), que são as perguntas com melhor desempenho nas 4 dimensões (*Tabela 2*). Essas perguntas prioritárias são úteis para atividades apropriadas de coleta de dados de rotina ou em caráter extraordinário. (Para obter resultados detalhados da avaliação psicométrica completa, consulte o documento de referência sobre FCS do SAGE.¹⁸)

Ferramentas de FCS da vacinação contra a COVID-19

Com o início da pandemia de COVID-19 em 2020 e o rápido desenvolvimento das vacinas contra a COVID-19, ferramentas específicas para mensuração de FCS da vacinação contra a COVID-19 também foram rapidamente elaboradas, com base em esforços anteriores relacionados aos FCS da vacinação infantil.¹⁹ Os inquéritos de FCS e os roteiros de entrevista em profundidade sobre vacinação contra a COVID-19 foram elaborados para as populações identificadas pelo Roteiro de Priorização do SAGE em outubro de 2020⁸: *i*) adultos com idade ≥ 65 anos ou com um problema crônico de saúde; e *ii*) profissionais de saúde envolvidos de perto na resposta à pandemia. O grupo de trabalho usou a estrutura e as ferramentas existentes de FCS da vacinação infantil como ponto de partida; foram adicionados muitos construtos específicos para a COVID-19, embasados por uma pesquisa bibliográfica suplementar que identificou construtos exclusivamente relevantes para a vacinação de adultos e profissionais de saúde. As lições aprendidas durante os testes de campo dos roteiros de entrevista para crianças, que têm estruturas semelhantes, serviram de base para o desenvolvimento dos roteiros de entrevista em profundidade.

A validação das ferramentas de FCS da vacinação contra a COVID-19 adotou a mesma abordagem e os mesmos critérios das ferramentas de FCS para vacinação infantil. O grupo de trabalho realizou um inquérito de validação em 6 dos 12 PBMRs selecionados para testes de campo (Angola, Etiópia, Índia, Nigéria, Paquistão e RDC). Dos adultos pesquisados, 1.817 trabalhavam na área de saúde e 1.875 trabalhavam em outras áreas. Havia 21 perguntas finais no inquérito de vacinação contra a COVID-19; 5 eram perguntas prioritárias e foram identificadas com base na análise psicométrica e para alinhamento com o inquérito de vacinação infantil (*Tabela 2*).

Até o momento, vários países usaram as ferramentas de vacinação contra a COVID-19 que foram publicadas on-line em um formato anterior em abril de 2021 a fim de atender a uma necessidade urgente.²⁰

Guia de FCS para usuários finais

É necessário haver uma clara orientação sobre como usar as ferramentas de FCS de forma a permitir implementação mundial em programas com recursos limitados. Na elaboração do guia de FCS, consideramos dois perfis típicos de usuários finais: a equipe do programa e o consultor de pesquisa. O guia resume três etapas: planejar, investigar e agir. Um “guia de início rápido” de uma página oferece uma visão geral do processo e uma referência rápida sobre as etapas de uso das ferramentas de FCS.²¹ O guia promove a importância de contar com um processo contínuo de mensuração e aprendizado, concentrando-se em como o planejamento, o monitoramento e a avaliação do programa podem usar a coleta contínua de dados dos principais indicadores. Estão incluídos modelos e sugestões para análise de dados e relatórios simplificados, a fim de facilitar o uso dos dados para planejamento e ação.

Para ajudar a facilitar a implementação e auxiliar no uso eficiente dos recursos, a orientação também inclui sugestões práticas sobre como integrar as ferramentas e indicadores de FCS aos processos existentes de coleta de dados, como inquéritos de cobertura de imunização, revisões do Programa Ampliado de Imunização (PAI), Pesquisas de Indicadores Múltiplos por Conglomerados (MICS), Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS, na sigla em inglês) e outras pesquisas nacionais. Essas atividades também podem ser complementadas com outras perguntas de pesquisa ou com a realização de pesquisas qualitativas com os roteiros de entrevista sobre FCS em nível nacional ou subnacional visando uma coleta de dados mais frequente ou aprofundada, principalmente em contextos específicos de baixa adesão. As orientações dão informações sobre

¹⁹ SAGE Yellow Book for October 2021. Section 5. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://terrace.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, consultado em abril de 2022).

²⁰ Datos para la acción: lograr una alta aceptación de vacunas contra la COVID-19. Genebra: Organización Mundial da Saúde; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340693>, consultado em abril de 2022).

²¹ SAGE Yellow Book for October 2021. Section 8. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://terrace.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, consultado em abril de 2022).

como realizar uma análise integrada de dados qualitativos e de inquéritos para promover ações e como usar os dados resultantes (por exemplo, por meio de planejamento programático e dos processos decisórios e envolvimento dos Grupos Técnicos Assessores Nacionais sobre Imunização). O uso do guia e das ferramentas será analisado continuamente, com coleta periódica de feedback dos usuários finais, a fim de subsidiar a documentação das lições aprendidas e dos sucessos e para orientar futuras atualizações oportunas.

Tabela 2 Dimensões, construtos e indicadores prioritários de fatores comportamentais e sociais

Dimensão	Construto	Indicador prioritário para vacinação infantil	Indicador prioritário para vacinação contra a COVID-19
Pensamentos e sentimentos	Confiança nos benefícios da vacina	% de pais que afirmam que as vacinas são “moderadamente” ou “muito” importantes para a saúde de seus filhos	% de adultos ou profissionais de saúde que afirmam que a vacina contra a COVID-19 é “moderadamente” ou “muito” importante para sua saúde
Processos sociais	Normas familiares	% de pais que afirmam que a maioria de seus familiares e amigos próximos quer que seus filhos sejam vacinados	% de adultos ou profissionais de saúde que afirmam que a maioria de seus familiares e amigos próximos quer que eles tomem a vacina contra a COVID-19
Motivação	Intenção de tomar a vacina	% de pais que afirmam querer que seus filhos recebam “todas” as vacinas recomendadas	% de adultos ou profissionais de saúde que afirmam querer tomar a vacina contra a COVID-19
Questões práticas	Conhecimento sobre onde tomar a vacina	% de pais que afirmam saber onde vacinar seus filhos	% de adultos ou profissionais de saúde que afirmam saber onde obter uma vacina contra a COVID-19 para si mesmos
Questões práticas	Viabilidade econômica	% de pais que afirmam que a vacinação é “moderadamente” ou “muito” fácil de pagar	% de adultos ou profissionais de saúde que afirmam que a vacinação é “moderadamente” ou “muito” fácil de pagar

Obs.: As ferramentas e orientações completas estão disponíveis em: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/demand>.

Apoio para a implementação das ferramentas de FCS

Em consulta com parceiros, a OMS está planejando uma série de atividades para auxiliar na implementação das ferramentas e orientações sobre FCS.²² Essas atividades se concentrarão no aprimoramento de capacidades, fornecimento de assistência técnica, disseminação mundial de achados e tendências e documentação de exemplos de casos para demonstrar o uso prático das ferramentas. Sempre que possível, as atividades serão integradas às estratégias existentes para ajudar a mensurar os resultados; elas buscam ser o mais simples e acessíveis possível. A análise integrada também será incentivada para promover o uso de dados de FCS juntamente com outros indicadores programáticos.

As ferramentas podem ser integradas aos processos existentes de coleta de dados e planejamento do programa para minimizar a necessidade de recursos adicionais. No entanto, será necessário fazer periodicamente alguns investimentos adicionais essenciais para a implementação (por exemplo, adaptação local, desenvolvimento de protocolos, capacitação de coletores de dados, custos da coleta de dados e análises específicas) ou para viabilizar atividades de coleta de dados suplementares em populações prioritárias. Esses investimentos adicionais precisarão ser incluídos nos planos nacionais de imunização (incluindo atividades, orçamentos, funções e responsabilidades) e atualizados anualmente conforme a evolução do contexto e das necessidades. Outras oportunidades poderão estar disponíveis por meio de outros doadores mundiais ou bilaterais, principalmente em relação à distribuição das vacinas contra a COVID-19. É importante ressaltar que essas ferramentas oferecem um novo potencial de monitoramento e avaliação de intervenções para aumentar a vacinação, oferecendo a todas as partes interessadas ideias essenciais para orientar investimentos futuros. A expansão do conjunto de ferramentas de FCS para as vacinas contra o papilomavírus humano e a gripe em 2022 será a próxima etapa para oferecer uma melhor compreensão dos fatores por trás da adesão às vacinas em coortes adicionais do curso de vida.

²² SAGE Yellow Book for October 2021. Section 9. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, consultado em abril de 2022).

Intervenções para aumentar a adesão às vacinas

Para ajudar os programas a passarem da compreensão dos FCS à ação, a OMS iniciou uma revisão de escopo para examinar as revisões sistemáticas e metanálises existentes sobre intervenções para melhorar a adesão às vacinas em todas as faixas etárias.²³ Embora existam evidências sobre intervenções para aumentar a adesão às vacinas,^{24,25,26} os usuários precisam ter clareza sobre o que funciona para quais populações, em quais contextos e em quais momentos e como os dados de FCS podem nortear a seleção de intervenções adequadas ao contexto.²⁷

A pesquisa bibliográfica identificou 264 revisões de janeiro de 2010 a junho de 2021 para triagem; dessas, 107 atenderam aos critérios de inclusão. Em 2010, apenas 8 revisões foram publicadas; em 2021, no entanto, foram publicadas 38 (de janeiro a junho). A população mais comum foi a de crianças (22 revisões). Das 107 revisões, apenas 13 tiveram como foco principal PBMRs.^{28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40} A qualidade das evidências, conforme avaliada pela Classificação de Análise, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações (GRADE, na sigla em inglês)^{41,42,43}, era “moderada” em 25 dos 132 resultados (19%); “baixa” em 80 (61%); e “muito baixa” em 28 (21%). Foram identificadas 48 intervenções em todas as revisões que atenderam aos critérios de inclusão. No entanto, em muitos estudos, as descrições das intervenções e de seus componentes principais estavam ausentes ou não eram claras, o que dificultou a determinação de quais partes das intervenções multicomponentes eram efetivas e, conseqüentemente, a indexação precisa das intervenções examinadas.

Com base nos achados da revisão de escopo e em outras contribuições de especialistas, foi desenvolvida e organizada uma visão geral de intervenções promissoras relacionadas às quatro dimensões de FCS (Tabela 3). Em alguns contextos, uma intervenção pode atuar em mais de uma dimensão. Um processo adequado de monitoramento e avaliação das intervenções, com base em indicadores de FCS, é essencial para determinar o impacto das intervenções em contextos específicos. Isso favorece o trabalho dos programas de vacinação e identifica como os fatores por trás de um baixo índice de vacinação podem ser abordados depois de identificados. Para passar da análise de dados à implementação, as principais partes inter-

²³ SAGE Yellow Book for October 2021. Section 7. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2021 (https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_eYB_Oct2021.pdf, consultado em abril de 2022).

²⁴ Vaccination programs: client or family incentive rewards. Community Preventive Services Task Force. (2015) (<https://www.thecommunityguide.org/findings/vaccination-programs-client-or-family-incentive-rewards>, consultado em abril de 2022).

²⁵ The Community Guide: CPSTF findings for increasing vaccination. Community Preventive Services Task Force. (2021) (<https://www.thecommunityguide.org/content/task-force-findings-increasing-vaccination>, consultado em abril de 2022).

²⁶ Routine immunization of children in LMICs: EGM. International Initiative for Impact Evaluation (3ie). (2021) (<https://gapmaps.3ieimpact.org/evidence-maps/routine-immunisation-children-lmics-egm>, consultado em abril de 2022).

²⁷ Heneghan CJ, et al. Interventions designed to improve vaccination uptake: Scoping review of systematic reviews and meta-analyses – protocol (versão 1). medRxiv. 2021. doi:10.1101/2021.08.18.21262232

²⁸ Bassani DG, et al. Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health [Internet]. 2013;13 Suppl 3(Suppl 3):S30.

²⁹ Bright T, et al. A systematic review of strategies to increase access to health services among children in low and middle income countries. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):252.

³⁰ Eze P, et al. Short message service (SMS) reminders for childhood immunisation in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. BMJ Glob Health. 2021;6(7):e005035.

³¹ Jarrett C, et al. Strategies for addressing vaccine hesitancy – a systematic review. Vaccine. 2015;33(34):4180–90.

³² Johri M, et al. Strategies to increase the demand for childhood vaccination in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2015;93(5):339–346C.

³³ Lassi ZS, Bhutta ZA. Community-based intervention packages for reducing maternal and neonatal morbidity and mortality and improving neonatal outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2015;2015:CD007754.

³⁴ Lukusa LA, 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. Hum Vaccin Immunother. 2018;14(8):2058–2068.

³⁵ Munk C, et al. Systematic review of the costs and effectiveness of interventions to increase infant vaccination coverage in low- and middle-income countries. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):741.

³⁶ Nelson KN, 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. 2016;34(46):5495–5503.

³⁷ Odendaal WA, et al. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2018;4(4):CD008133.

³⁸ Owusu-Addo E, Cross R. The impact of conditional cash transfers on child health in low- and middle-income countries: a systematic review. Int J Public Health. 2014;59(4):609–18.

³⁹ Oyo-Ita A, et al. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2016;7(7):CD008145.

⁴⁰ Yunusa U, et al. Mobile phone reminders for enhancing uptake, completeness and timeliness of routine childhood immunization in low and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. Vaccine. 2021;39(2):209–221.

⁴¹ Guyatt GH, et al. Going from evidence to recommendations. BMJ. 2008;336(7652):1049–51.

⁴² Guyatt GH, et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? BMJ. 2008;336(7651):995–8.

⁴³ Higgins J, et al. Interpreting results and drawing conclusions. In: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Versão 6.2 (atualizado em fevereiro de 2021). Capítulo 15 (<https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-15#section-15-2>, consultado em abril de 2022).

essadas podem se reunir para analisar e disseminar os resultados, planejar reuniões, considerar e priorizar intervenções e combinar as etapas subsequentes para monitoramento e avaliação contínuos.

A revisão ajudou a identificar três necessidades específicas para os esforços futuros. Em primeiro lugar, há necessidade de mais evidências sobre quais intervenções aumentam a adesão às vacinas nos países de baixa e média renda. Em segundo lugar, dispor de taxonomia e definições padronizadas de intervenções para aumentar a adesão permitiriam melhorar a comparabilidade dentro dos programas e entre os programas. Terceiro, muitas análises examinaram a efetividade de mais de uma estratégia em conjunto (por exemplo, lembretes e educação). O delineamento dos estudos deve permitir a desagregação do impacto de cada componente da intervenção e da magnitude desse efeito.

Estão sendo empreendidos esforços substanciais em PBMRs, que não estão sendo documentados na literatura de pesquisa revisada por pares. É preciso haver um programa estruturado e financiado de pesquisa em implementação, com a respectiva prestação de contas, para resolver essas deficiências. As recomendações da OMS descritas na Seção 5 tentam resolver essas falhas.

Esta revisão de escopo, portanto, é um primeiro passo para ajudar os programas de vacinação a entender quais intervenções funcionam, para quem e em quais contextos, sobretudo em PBMRs e em outros contextos nos quais os recursos são escassos. As revisões também revelam lacunas sobre as intervenções ideais para determinados contextos e populações. As limitações da revisão incluem a exclusão de pesquisas substanciais sobre intervenções, como mudanças específicas de políticas, que são menos passíveis de avaliação por ensaios clínicos randomizados.

Posição da OMS

O trabalho sobre FCS apresenta novas evidências, ferramentas e orientações para ajudar os programas a avaliar os fatores que levam à não vacinação ou a um baixo índice de vacinação e a adotar as medidas correspondentes. As ferramentas de FCS incluem inquéritos e roteiros de entrevista em profundidade sobre vacinação infantil e contra a COVID-19, além de um guia para subsidiar a coleta e o uso de dados. Destaca-se a importância de mensurar pensamentos e sentimentos, processos sociais, motivações e questões práticas, e são fornecidos indicadores prioritários para a avaliação padronizada. As ferramentas de FCS foram testadas em campo e validadas e são fáceis de usar; podem fornecer dados padronizados sobre os motivos modificáveis para a baixa adesão às vacinas, guiar o planejamento de programas de vacinação em nível subnacional, nacional, regional e mundial e embasar aprendizado e melhoria contínuos.

As ferramentas promovem as medidas, o monitoramento e a avaliação das prioridades estratégicas. Na orientação que acompanha o documento, uma série de atividades de apoio é descrita para ajudar os programas a coletar e usar sistematicamente dados de FCS. Essas atividades incluem financiamento adequado, assistência técnica, desenvolvimento de capacidades locais, estruturas operacionais e integração a grupos técnicos assessores nacionais e regionais sobre imunização para orientar a tomada de decisões e o planejamento. A OMS e os parceiros também estabelecerão mecanismos para monitorar os dados de indicadores prioritários que estejam integrados aos sistemas existentes de gerenciamento de informações dos programas de imunização.

Recomendações

Recomenda-se que os países colem e analisem sistematicamente os dados de FCS da adesão às vacinas. Esses dados podem ser usados rotineiramente para orientar o planejamento, a implementação e a avaliação do programa e para contribuir para o monitoramento e a prestação de contas em nível mundial (por exemplo, para IA2030 e Gavi 5.0 por meio do formulário eletrônico de notificação conjunta). Recomenda-se aos países:

- i. **Coletar regularmente dados quantitativos padronizados de qualidade usando inquéritos validados e indicadores prioritários de FCS**, concentrando-se em distritos e subgrupos com lacunas e iniquidades na cobertura vacinal:
 - *Todos os países*: Integrar as 5 perguntas sobre FCS vinculadas aos indicadores prioritários (na Tabela 2) aos processos de rotina de coleta de dados e avaliação, incluindo inquéritos de cobertura, revisões do PAI, MICS, DHS e outras pesquisas de representatividade nacional.

Tabela 3 Intervenções promissoras por dimensão de FCS para guiar o planejamento

Dimensão em que o problema é identificado	Intervenções que comprovadamente aumentam a vacinação
Pensamentos e sentimentos Motivação	Campanhas para informar ou instruir o público sobre a vacinação, incluindo abordagens baseadas no estabelecimento de saúde ou na comunidade ^{a, b, c, d} Intervenções baseadas no diálogo, incluindo aconselhamento individualizado para incentivar a vacinação ^{e, f}
Processos sociais	Envolvimento da comunidade ^{g, 9} Mensagens de normas sociais positivas ^{h, i} Defensores e apoiadores da vacina ^k Recomendações de vacinação feitas por profissionais de saúde ^l
Aspectos práticos	Redução dos pagamentos diretos do bolso ^m Melhorias na qualidade do serviço ^{b, m, n} Lembrete da próxima dose da vacina/nova chamada para dose perdida ^{o, p, q, r} Vacinação no local de trabalho, em domicílio e na escola ^{b, k, m, s, t, u} Consultas padrão ⁱ Incentivos ^{i, m, v, w} Requisitos da escola e de trabalho (mandatos) ^{m, x}

FCS: Fatores comportamentais e sociais

Obs.: As referências se referem a revisões sistemáticas ou metanálises que mostraram que a intervenção levou a uma maior adesão às vacinas em países de baixa e média renda, quando esses dados estavam disponíveis. Nas referências de notas de rodapé, (*) indica publicações em que os PBMRs foram incluídos; (**) indica publicações em que os PBMRs foram o foco.

- ^a (**) Lukusa LA, 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. *Hum Vaccin Immunother.* 2018;14(8):2058–2068.
- ^b (**) Oyo-Ita A, et al. Interventions for improving coverage of childhood immunisation in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;7(7):CD008145.
- ^c (*) Kaufman J, et al. Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;5(5):CD010038.
- ^d Saeterdal I, et al. Interventions aimed at communities to inform and/or educate about early childhood vaccination. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD010232.
- ^e (*) Jarrett C, et al. Strategies for addressing vaccine hesitancy – a systematic review. *Vaccine.* 2015;33(34):4180–90.
- ^f Sanftenberg L, et al. Assessing the impact of shared decision making processes on influenza vaccination rates in adult patients in outpatient care: a systematic review and meta-analysis. *Vaccine.* 2021;39(2):185–196.
- ^g Deardorff KV, et al. Strategies to improve treatment coverage in community-based public health programs: a systematic review of the literature. *PLoS Negl Trop Dis.* 2018;12(2):e0006211.
- ^h (*) Cooper S, et al. Factors that influence parents’ and informal caregivers’ views and practices regarding routine childhood vaccination: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;10(10):CD013265.
- ⁱ Brewer NT, et al. Increasing vaccination: Putting psychological science into action. *Psychol Sci Public Interest.* 2017;18:149–207.
- ^j (*) Glenton C, et al. Can lay health workers increase the uptake of childhood immunisation? Systematic review and typology. *Trop Med Int Health.* 2011;16(9):1044–53.
- ^k Rashid H, et al. Assessing interventions to improve influenza vaccine uptake among health care workers. *Health Aff (Millwood).* 2016;35(2):284–92.
- ^l Oh NL, et al. Provider communication and HPV vaccine uptake: a meta-analysis and systematic review. *Prev Med.* 2021;148:106554.
- ^m The Community Guide: CPSTF findings for increasing vaccination. Community Preventive Services Task Force. (2021). Disponível em: <https://www.thecommunityguide.org/content/task-force-findings-increasing-vaccination>.
- ⁿ Norman DA, et al. Improving influenza vaccination in children with comorbidities: a systematic review. *Pediatrics.* 2021;147:e20201433.
- ^o (**) Eze P, et al. Short message service (SMS) reminders for childhood immunisation in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health.* 2021;6(7):e005035.
- ^p (**) Yunusa U, et al. Mobile phone reminders for enhancing uptake, completeness and timeliness of routine childhood immunization in low and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. *Vaccine.* 2021;39(2):209–221.
- ^q (**) Sondaal SF, et al. Assessing the effect of mHealth interventions in improving maternal and neonatal care in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS One.* 2016;11(5):e0154664.
- ^r (**) Linde DS, et al. One-way SMS and healthcare outcomes in Africa: systematic review of randomised trials with meta-analysis. *PLoS One.* 2019;14(6):e0217485.
- ^s (**) Bright T, et al. A systematic review of strategies to increase access to health services among children in low and middle income countries. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):252.
- ^t (**) Nelson KN, 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.* 2016;34(46):5495–5503.
- ^u Cawley J, et al. Strategies for implementing school-located influenza vaccination of children: systematic literature review. *J Sch Health.* 2010;80(4):167–75.
- ^v (**) Owusu-Addo E, Cross R. The impact of conditional cash transfers on child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Public Health.* 2014;59(4):609–18.
- ^w Giles EL, et al. The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014;9:e90347.
- ^x Lytras T, et al. Interventions to increase seasonal influenza vaccine coverage in healthcare workers: a systematic review and meta-regression analysis. *Hum Vaccin Immunother.* 2016;12:671–81.

- *Países com baixa cobertura geral (de vacinação infantil ou vacinação contra a COVID-19):* Aplicar o inquérito completo de FCS em nível nacional a cada 2 ou 3 anos, ou anualmente se for motivado por um evento que cause uma queda abrupta de confiança nas vacinas, com a alocação de recursos apropriados nos planos anuais do PAI.
- *Países com iniquidades na adesão às vacinas (por exemplo, disparidades de adesão dentro da população):* Aplicar o inquérito completo de FCS e os roteiros de entrevista em profundidade em contextos subnacionais priorizados no mínimo a cada 2 ou 3 anos.

- ii. **Realizar entrevistas em profundidade usando os roteiros sobre FCS** em contextos subnacionais prioritizados, adaptando-os à população e à finalidade. A frequência pode ser determinada por lacunas de cobertura e pela necessidade de monitoramento para orientar uma melhoria contínua das intervenções.
- iii. **Analisar, desagregar e usar dados comportamentais e sociais em conjunto com outros dados do programa de vacinação**, com vistas a melhorar a implementação do programa e abordar os motivos da baixa adesão e a seleção de intervenções para aumentar a qualidade do atendimento; reduzir barreiras ao acesso; aproveitar motivações positivas e normas sociais; e defender a alocação de recursos para aumentar a adesão à vacinação.
- iv. **Realizar monitoramento e avaliação contínuos** para acompanhar e avaliar tendências e padrões nos indicadores prioritários de FCS e expandir e aprimorar as intervenções no intuito de melhorar a adesão às vacinas para populações prioritárias específicas.
- v. **Estabelecer ou fortalecer mecanismos de coordenação de parceiros** para a coleta de dados de rotina e usar esses dados para embasar o planejamento e a implementação do programa de vacinação (incluindo o envolvimento de especialistas em ciências sociais e representantes da sociedade civil e das comunidades) e fazer conexões com plataformas de escuta digital e iniciativas pertinentes.

Recomenda-se que os Grupos Técnicos Assessores Nacionais e Regionais sobre Imunização: *i)* analisem e usem os dados dos inquéritos de FCS e os roteiros de entrevista em profundidade (em conjunto com outros dados do programa, como insights da escuta digital) para orientar o planejamento e a priorização; e *ii)* incluam especialistas em ciências sociais e representantes da sociedade civil em sua composição para fortalecer o trabalho sobre vacinação.

Para contribuir com as recomendações acima, organizações mundiais e regionais, parceiros de implementação, doadores e outras partes interessadas podem oferecer apoio em diversas áreas, incluindo assistência técnica; desenvolvimento de capacidades; documentação de intervenções efetivas e lições relacionadas; e promoção do uso de ferramentas validadas para mensurar FCS a fim de possibilitar a padronização e aumentar a comparabilidade dos dados no futuro.

Outras prioridades de pesquisa

O uso das ferramentas de FCS propicia aos programas e parceiros dados melhores para lidar de forma sustentável com a vacinação abaixo do ideal. Após a pandemia de COVID-19, é provável que surjam novas fronteiras em termos de iniquidades mundiais, o que exigirá flexibilidade nas abordagens. A mensuração sistemática e a documentação contínua de experiências e percepções têm o potencial de ajudar as comunidades a agir e estimular a implementação de programas orientados por dados.

Para que as ferramentas de FCS sejam mais efetivas, pode ser útil elaborar mais perguntas de pesquisa para entender outros fatores modificáveis da vacinação, como o senso de responsabilidade social de se vacinar ou barreiras como a dor durante a injeção da vacina. Novas perguntas poderão ser incluídas nas ferramentas quando ocorrerem mudanças contextuais e programáticas, e novas versões poderão ser úteis para populações prioritárias ou ampliadas ao longo do curso de vida ou para vacinas específicas. Além disso, a pesquisa longitudinal deve examinar a capacidade dessas perguntas de pesquisa em prever quem será vacinado.

Também é necessário um trabalho futuro para desenvolver uma compreensão mais abrangente de intervenções efetivas em diversos contextos. A revisão de escopo da literatura sobre intervenções para aumentar a vacinação identificou lacunas importantes, sobretudo a falta de pesquisas de intervenção de alta qualidade em PBMRs. Muitas das intervenções que funcionam bem em países de alta renda também podem ser efetivas em PBMRs; no entanto, são necessárias pesquisas em implementação para identificar quando, onde e com quem essas intervenções são bem-sucedidas. Uma taxonomia das intervenções e dos principais requisitos e recursos para uma aplicação bem-sucedida podem ajudar nessa empreitada. É importante ressaltar que pesquisas adicionais devem examinar as evidências das estratégias para implementar intervenções em larga escala, com sucesso e com alta fidelidade. ■

OPAS/CIM/24-0008

© **Organização Pan-Americana da Saúde, 2024.** Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).