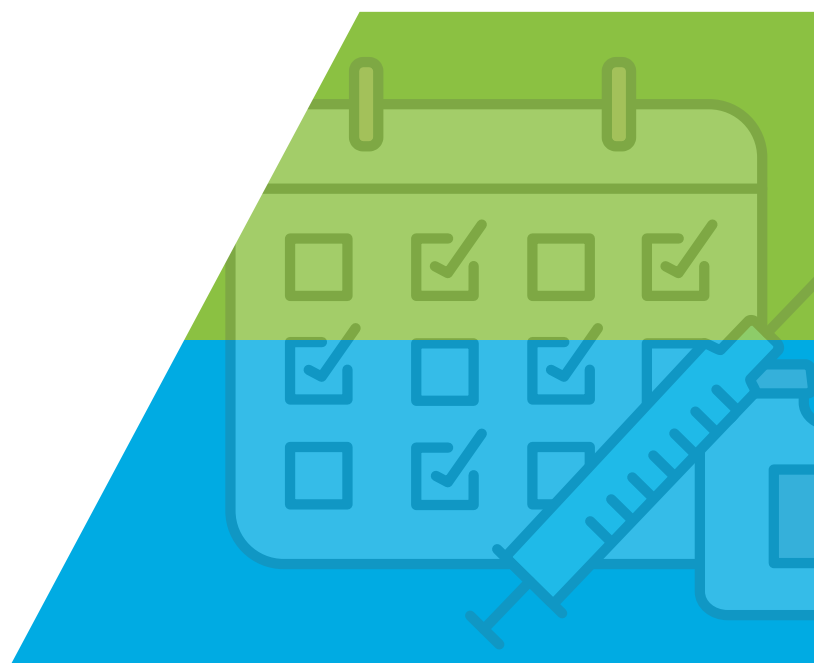


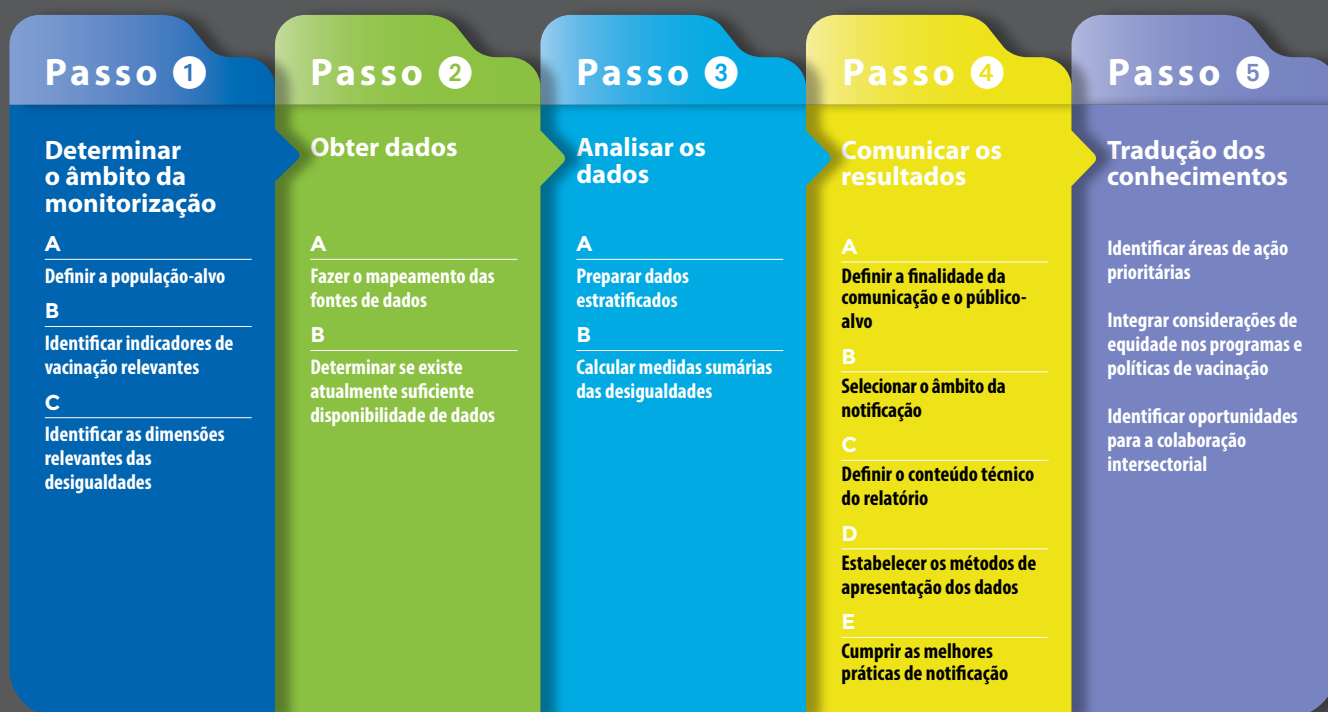
MONITORIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES NA VACINAÇÃO

UM MANUAL PASSO A PASSO



World Health
Organization

Fluxograma da monitorização das desigualdades na vacinação



MONITORIZAÇÃO DAS DESIGUALDADES NA VACINAÇÃO

UM MANUAL PASSO A PASSO

Monitorização das desigualdades na vacinação: um manual passo a passo [Inequality monitoring in immunization: a step-by-step manual]

ISBN 978-92-4-002233-1 (versão electrónica)

ISBN 978-92-4-002234-8 (versão impressa)

© **Organização Mundial da Saúde 2021**

Alguns direitos reservados. Este trabalho é disponibilizado sob licença de Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>).

Nos termos desta licença, é possível copiar, redistribuir e adaptar o trabalho para fins não comerciais, desde que dele se faça a devida menção, como abaixo se indica. Em nenhuma circunstância, deve este trabalho sugerir que a OMS aprova uma determinada organização, produtos ou serviços. O uso do logótipo da OMS não é autorizado. Para adaptação do trabalho, é preciso obter a mesma licença de Creative Commons ou equivalente. Numa tradução deste trabalho, é necessário acrescentar a seguinte isenção de responsabilidade, juntamente com a citação sugerida: “Esta tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável, nem pelo conteúdo, nem pelo rigor desta tradução. A edição original em inglês será a única autêntica e vinculativa”.

Qualquer mediação relacionada com litígios resultantes da licença deverá ser conduzida em conformidade com o Regulamento de Mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. Monitorização das desigualdades na vacinação: um manual passo a passo [Inequality monitoring in immunization: a step-by-step manual]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris/>.

Vendas, direitos e licenças. Para comprar as publicações da OMS, ver <http://apps.who.int/bookorders>. Para apresentar pedidos para uso comercial e esclarecer dúvidas sobre direitos e licenças, consultar <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de partes terceiras. Para utilizar materiais desta publicação, tais como quadros, figuras ou imagens, que sejam atribuídos a uma parte terceira, compete ao utilizador determinar se é necessária autorização para esse uso e obter a devida autorização do titular dos direitos de autor. O risco de pedidos de indemnização resultantes de irregularidades pelo uso de componentes da autoria de uma parte terceira é da responsabilidade exclusiva do utilizador.

Isonção geral de responsabilidade. As denominações utilizadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não significam, por parte da Organização Mundial da Saúde, nenhum julgamento sobre o estatuto jurídico ou as autoridades de qualquer país, território, cidade ou zona, nem tampouco sobre a demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas e tracejadas nos mapas representam de modo aproximativo fronteiras sobre as quais pode não existir ainda acordo total.

A menção de determinadas companhias ou do nome comercial de certos produtos não implica que a Organização Mundial da Saúde os aprove ou recomende, dando-lhes preferência a outros análogos não mencionados. Salvo erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata dum produto de marca registado.

A OMS tomou todas as precauções razoáveis para verificar a informação contida nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia, nem expressa nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e utilização deste material recai sobre o leitor. Em nenhum caso se poderá responsabilizar a OMS por qualquer prejuízo resultante da sua utilização.

Índice

Prefácio	v
Agradecimentos	vi
Siglas e acrónimos.	vii
Introdução.	1
Acerca deste recurso	4
Grupo de Referência para a Equidade na Vacinação.	5
PASSO 1 Determinar o âmbito da monitorização.	9
Visão geral.	11
A. Definir a população-alvo.	12
B. Identificar indicadores de vacinação relevantes	13
C. Identificar as dimensões relevantes das desigualdades	15
PASSO 2 Obter dados	17
Visão geral.	19
A. Fazer o mapeamento das fontes de dados.	20
B. Determinar se existe atualmente suficiente disponibilidade de dados	23
PASSO 3 Analisar os dados	25
Visão geral.	27
A. Preparar dados estratificados	28
B. Calcular medidas sumárias das desigualdades	31
PASSO 4 Comunicar os resultados	35
Visão geral.	37
A. Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo	38
B. Selecionar o âmbito da notificação.	39
C. Definir o conteúdo técnico do relatório	41
D. Estabelecer os métodos de apresentação dos dados	42
E. Cumprir as melhores práticas de notificação	46
PASSO 5 Tradução dos conhecimentos	49
Visão geral.	51
Identificar áreas de ação prioritárias	52
Integrar considerações de equidade nos programas e políticas de vacinação	53
Identificar oportunidades para a colaboração intersectorial	55

Apêndice 1. Recursos adicionais	59
Apêndice 2. Quadro de monitorização, avaliação e revisão	61
Apêndice 3. Estratificação dupla	62
Apêndice 4. Fontes de dados para a cobertura vacinal.	63
Apêndice 5. Superar a limitada disponibilidade de dados	66
Apêndice 6. Medidas complexas das desigualdades	67
Apêndice 7. Análise de regressão múltipla e vulnerabilidade agravada	69
Apêndice 8. Estudo de caso: notificação das desigualdades na vacinação	70
Glossário	71

Prefácio

A vacinação é, juntamente com a Agenda do Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas 2030 para garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (Objectivo 3), um dos marcadores mais eficazes para garantir que ninguém será esquecido. A equidade é uma das pedras basilares da estratégia de vacinação e a redução das desigualdades constitui parte integrante das metas e objectivos. Neste momento, a atenção está a ser orientada para a rápida eliminação do fosso das desigualdades e para as populações mais difíceis de alcançar, incluindo as pessoas pobres das cidades, as que vivem em zonas de conflito ou em zonas rurais remotas e as pessoas marginalizadas. Um sistema rigoroso de vigilância e monitorização, com foco cirúrgico na estratificação de dados, torna-se imprescindível para se atingirem os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas relacionados com a saúde e as metas do 13.º Programa Geral de Trabalho (13.º PGT) da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A OMS continua a dar prioridade e a formar as capacidades dos países para a monitorização das desigualdades. Em 2016, o relatório sobre o *Estado da Desigualdade: vacinação infantil* analisou os dados de um inquérito feito a 69 países de baixa e média renda usando imagens interativas para ilustrar as desigualdades socioeconómicas, demográficas e geográficas. No mesmo ano, a OMS publicou a Ferramenta de avaliação de desigualdades em saúde (Health Equity Assessment Toolkit (HEAT)) que permite estudar e comparar os dados acerca da vacinação (e outras áreas da saúde) nos próprios países e entre eles. Em 2017, a OMS publicou um documento intitulado *Monitorização Nacional das Desigualdades na Saúde: um manual passo a passo*, que apresentava os passos gerais para a monitorização das desigualdades na saúde, nas jurisdições nacionais. Aplicando os passos recomendados no manual, uma colaboração entre a OMS e partes interessadas da Indonésia produziu o relatório *O Estado das Desigualdades na Saúde: Indonésia*, que quantifica as desigualdades em 11 áreas da saúde, incluindo a vacinação. Posteriormente, usaram-se técnicas improvisadas de análise para determinar os fatores associados à cobertura vacinal num conjunto de 10 países prioritários, que foram reunidos no relatório de 2018 intitulado *Estudos sobre desigualdades: vacinação infantil*.

O documento *Monitorização das desigualdades na vacinação: um manual passo a passo* complementa o documento de 2017 *Monitorização Nacional das Desigualdades na Saúde: um manual passo a passo*. A partir destes conceitos básicos, os passos práticos são retomados no presente recurso, com especial incidência na monitorização das desigualdades na vacinação. As orientações, instrumentos e exemplos apresentados neste manual demonstram o modo como podem ser aplicados para acelerar e atingir as metas.



Samira Asma
Diretora-Geral Adjunta
Divisão de Dados, Análise e Execução para Impacto
Organização Mundial da Saúde

Agradecimentos

Ahmad Reza Hosseinpour (Health Equity Monitoring Lead, Division of Data, Analytics and Delivery for Impact, World Health Organization, Geneva, Switzerland), Nicole Bergen (Faculty of Health Sciences, University of Ottawa, Ottawa, Canada) conceptualizaram e elaboraram o manual.

As primeiras versões do manual beneficiaram do contributo dos seguintes revisores:

Cesar Victora (International Center for Equity in Health, Federal University of Pelotas, Pelotas, Brazil)

Heather Scobie (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, United States)

Molly Abbruzzese, Tove Ryman (Gates Foundation, Seattle, United States)

Laura Craw, Anuradha Gupta (Gavi, The Vaccine Alliance, Geneva, Switzerland)

Nikki Gurley, Jessica Shearer (PATH, Seattle, United States)

Richard Duncan, Mamadou Saliou Diallo, Ahmadu Yakubu (UNICEF, Geneva, Switzerland)

Niklas Danielsson (UNICEF, Geneva, Switzerland and UNICEF Eastern and Southern Africa Regional Office, Nairobi, Kenya)

Celina Hanson (UNICEF Middle East and North Africa Regional Office, Amman, Jordan)

Gunter Boussey (UNICEF West and Central Africa Regional Office, Dakar, Senegal)

Marta Gacic-Dobo, Jan Grevendonk, Katherine Kirkby, Anne Schlottheuber, Samir Sodha (World Health Organization, Geneva, Switzerland)

Oscar Mujica (Pan-American Health Organization/World Health Organization Regional Office for the Americas, Washington DC, United States)

Roberta Pastore (World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, Manila, Philippines)

AvisAnne Julien ajudou na correção e fez a revisão de provas da versão original do documento em inglês.

A versão portuguesa do documento foi revista por vários técnicos, entre eles, Aluisio Barros, Bianca Cata Preta e Thiago Melo (Centro Internacional para a Equidade em Saúde, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil – Centro de Colaboração da OMS para a Monitorização da Equidade em Saúde), e Daisy Trovoada (Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para a África, Brazzaville, Congo).

O projeto foi parcialmente financiado pela Gavi, a Aliança para as Vacinas.

Siglas e acrónimos

BCG	vacina contra o Bacilo de Calmette-Guérin
CRVS	registo civil e estatísticas vitais
DHS	Inquéritos Demográficos e de Saúde
DTP	vacina combinada contra a difteria, tétano e tosse convulsa
DTP1	primeira dose da vacina combinada contra a difteria, tétano e tosse convulsa
DTP3	terceira dose da vacina combinada contra a difteria, tétano e tosse convulsa
DTP-HepB	vacina contra a difteria, tétano, tosse convulsa e hepatite B
EIR	registo electrónico da vacinação
ERG	Grupo de Referência da Equidade na Vacinação
Gavi	Gavi, Aliança das Vacinas
HEAT	ferramentas de avaliação de desigualdades em saúde
MCV	vacina do sarampo
MCV1	primeira dose da vacina do sarampo
MCV2	dose da vacina do sarampo
MICS	Inquéritos de Indicadores Múltiplos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEPA	Plano Estratégico Plurianual Abrangente
RHS	Inquéritos sobre a Saúde Reprodutiva
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

Introdução

A vacinação é uma medida segura, eficaz e económica para prevenir e conferir proteção contra as doenças. Garantir o acesso universal à vacinação é promover uma melhor saúde para as populações e a obtenção de melhores resultados em vários aspectos do desenvolvimento. Os esforços de vacinação infantil contribuíram para os progressos obtidos rumo aos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (1), tendo igualmente um papel crucial na consecução dos objectivos do Desenvolvimento Sustentável (2).

Infelizmente, porém, os benefícios das vacinas estão desigualmente distribuídos. Certos grupos populacionais e certas zonas onde grande número de crianças continuam sem ser vacinadas estão mais expostos a surtos de doenças ou à reemergência de doenças infecciosas. Em muitos países de baixa e média renda, a cobertura vacinal nacional tem aumentado nas últimas décadas, mas as desigualdades socioeconómicas e geográficas continuam a constituir um desafio. As crianças de famílias pobres e as que vivem com mães com baixo nível de escolaridade têm uma menor cobertura vacinal; em muitos países, as zonas rurais ainda estão muito atrasadas em relação às zonas urbanas (3). Por exemplo, em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) revelou o seguinte (4):

- No Afeganistão, em 2015, um filho de uma adolescente sem escolaridade tinha um terço das chances de ser vacinado com as três doses da vacina combinada da difteria, tétano e tosse convulsa (DTP3), em comparação com o filho de uma mãe de 20–49 anos com o ensino secundário ou superior; se o filho da adolescente não escolarizada pertencesse aos 20% mais pobres, então a chance caía para um nono (em comparação com o filho de uma mãe com escolaridade avançada de 20–49 anos no grupo dos 20% mais ricos).
- No Chade, em 2014–2015, o filho de uma mãe de 20–34 anos com o ensino secundário ou superior e pertencente aos 20% das famílias mais ricas tinha até 7,2 vezes mais chances de receber a vacina DTP3, em comparação com o filho de uma adolescente sem escolaridade, no grupo dos 20% mais pobres.
- Na Etiópia, em 2016, a chance de receber a vacina DTP3 era 6,7 vezes mais alta para o filho de uma mãe de 20–49 anos com o ensino primário, vivendo numa família sustentada por um homem, em comparação com o filho de uma adolescente sem escolaridade numa família sustentada por uma mulher.
- Na Índia, em 2015–2016, os filhos de mães com escolaridade avançada entre os 20–49 anos e pertencentes aos 20% das famílias mais ricas, tinham uma chance 5,3 vezes mais alta de serem vacinados com a DTP3 do que os filhos de adolescentes sem escolaridade, no grupo dos 20% mais pobres.
- Na Nigéria, em 2013, os filhos de mães entre os 20–34 anos com escolaridade avançada, vivendo numa família rica na região sul, estavam entre as mais favorecidas em termos de vacinação dos seus filhos: a chance destes serem vacinados era 300 vezes superior à das crianças com mães adolescentes sem escolaridade, vivendo em habitações pobres no Noroeste do país.

A equidade é considerada uma prioridade nos esforços mundiais para promover a vacinação. O Plano de Ação Mundial para a Vacinação (PAMV) da Década das Vacinas (2011–2020) inclui a equidade como um princípio orientador, medida como percentagem dos distritos com menos de 80% de cobertura com a DTP3, e como lacunas na cobertura entre os quintis mais baixos e mais altos da riqueza (5). Em 2018, apenas 39 países notificaram, pelo menos, uma cobertura de 80% em todos os distritos (6). Com base no PAMV, a futura *Agenda 2030 da OMS para a Vacinação: uma estratégia mundial para não deixar ninguém para trás* perspectiva “um mundo onde todos,

em toda a parte, em todas as idades, beneficiem integralmente das vacinas para a sua boa saúde e bem-estar” (7). A Gavi, a Aliança para as Vacinas, trabalha para melhorar o acesso às vacinas nos países mais pobres do mundo e avalia os progressos monitorizando a cobertura vacinal de acordo com a distribuição geográfica, a distribuição da riqueza e o nível de escolaridade das mães (8). A igualdade é uma prioridade na estratégia de alto nível da Gavi para 2021–2025 (Gavi 5.0), que pretende chegar aos grupos que, normalmente, são esquecidos (9). O Grupo de Referência para a Igualdade na Vacinação (ERG), um grupo de reflexão orientado para a ação da iniciativa do Fundo das Nações Unidas (UNICEF) e da Fundação Bill & Melinda Gates, tem o objectivo específico de acelerar os progressos no sentido de alcançar a equidade na vacinação (10). O ERG promove abordagens melhoradas de acompanhamento e monitorização da equidade na vacinação, chamando a atenção para quatro áreas temáticas de trabalho prioritárias: zonas urbanas pobres; zonas remotas/rurais; crianças afectadas por conflitos; desigualdades relacionadas com o género e obstáculos colocados à vacinação.

Monitorizar as desigualdades na vacinação é uma parte importante dos esforços de promoção da equidade (Caixa 1). Em geral, as desigualdades na saúde são definidas como as diferenças observadas na saúde entre os subgrupos de uma população. Por exemplo, se a cobertura da vacina da poliomielite for mais elevada nas zonas urbanas do que nas zonas rurais, isso constitui uma desigualdade. As desigualdades são consideradas falta de equidade, se forem evitáveis e puderem ser reduzidas através de medidas como programas e políticas governamentais.



Caixa 1. Promover a equidade na vacinação através da monitorização das desigualdades

Há muitos esforços importantes de vacinação que sustentam a noção de “equidade”: a ideia de que os benefícios da vacinação devem ser equitativamente alargados a todos, independentemente do seu local de residência, das condições que os rodeiam e das suas características pessoais ou familiares, tais como a idade, o género, o nível socioeconómico, a etnia, o nível de escolaridade ou as incapacidades. O acesso equitativo à vacinação é considerado uma componente essencial do direito à saúde.

O processo de “monitorização das desigualdades” na vacinação refere-se a uma abordagem sistemática para a recolha de dados e a medição e notificação das diferenças observáveis entre os subgrupos de uma população. A monitorização das desigualdades na cobertura vacinal é uma forma de identificar onde essas desigualdades existem e em que ponto se encontram os grupos desfavorecidos em termos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Os resultados da monitorização das desigualdades ao longo do tempo podem ajudar a avaliar o modo como a população está a progredir no domínio da promoção da equidade.

Monitorização refere-se ao processo de medir repetidamente um determinado indicador, para observar as alterações registadas ao longo do tempo. Monitorizando as desigualdades na cobertura vacinal é possível verificar se o fosso na cobertura está a aumentar ou a diminuir, avaliar o impacto dos programas e políticas e identificar os grupos populacionais desfavorecidos. As abordagens sistemáticas para a medição das desigualdades na vacinação fornecem informações que podem ajudar os países a ajustarem as suas políticas, programas, prestação de serviços e promoção da procura, com vista a colmatar as lacunas existentes no campo da vacinação. Os cinco passos gerais da monitorização das desigualdades na saúde são sintetizados abaixo. Para mais informações sobre a teoria subjacente a esses passos, ver os recursos enumerados no Apêndice 1.

- 1 **Determinar o âmbito da monitorização:** depois de se definir uma população-alvo para monitorização, são identificados vários indicadores de saúde relevantes e as dimensões das desigualdades (categorias em que são integrados os subgrupos populacionais, tais como riqueza, educação, região, sexo, etc.).
- 2 **Obter dados:** as fontes de dados que contêm informação acerca dos indicadores de saúde e as dimensões das desigualdades são identificadas no Passo 1: Determinar o âmbito da monitorização, obtendo-se assim os dados necessários.

- 3 **Analisar os dados:** a análise dos dados envolve calcular estimativas de saúde por subgrupos populacionais e estabelecer comparações entre os níveis de saúde desses subgrupos.
- 4 **Notificar os resultados:** a notificação dos resultados da monitorização das desigualdades na saúde ao público-alvo em causa é importante para promover o uso dessas evidências na elaboração de políticas, programas e práticas.
- 5 **Tradução de conhecimentos:** os resultados da monitorização das desigualdades na saúde podem ajudar os decisores políticos a determinarem áreas prioritárias para acções futuras, com vista a reduzir as desigualdades.

Referências

1. Millennium Development Goals [Internet]. Global Health and Development. Gavi, the Vaccine Alliance; 2018 (<https://www.gavi.org/about/ghd/mdg/>, acedido em 6 de Setembro de 2019).
2. Sustainable Development Goals [Internet]. Global Health and Development. Gavi, the Vaccine Alliance; 2018 (<https://www.gavi.org/about/ghd/sdg/>, acedido em 6 de Setembro de 2019).
3. State of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2016.
4. Explorations of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.
5. Global Vaccine Action Plan 2011–2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. 2018 Assessment report of the Global Vaccine Action Plan: strategic advisory group of experts on immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. Immunization Agenda 2030: a global strategy to leave no one behind, Draft 1 [Internet]. World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/immunization/ia2030_Draft_One_English.pdf?ua=1, acedido em 6 de Setembro de 2019).
8. Annual progress report: 2017, Year 2 of our five-year strategy [Internet]. Gavi, the Vaccine Alliance; 2017 (<https://www.gavi.org/library/publications/gavi-progress-reports/gavi-progress-report-2017/>, acedido em 8 de Setembro de 2019).
9. New 2021–2025 high-level strategy to leave no-one behind with immunisation approved by Gavi Board [Internet]. Gavi, the Vaccine Alliance; 2019 (<https://www.gavi.org/library/news/press-releases/2019/new-2021-2025-high-level-strategy-to-leave-no-one-behind-with-immunisation-approved-by-gavi-board/>, acedido em 6 de Setembro de 2019).
10. Equity Reference Group for Immunization [Internet]. 2019 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/home>, acedido em 6 de Setembro de 2019).

Acerca deste recurso

O presente recurso "*Monitorização das desigualdades na vacinação: um manual passo a passo*" aplica os passos gerais da monitorização das desigualdades na saúde ao domínio da vacinação. O manual pretende servir como um guia introdutório à formação de capacidades para o recurso e aperfeiçoamento das práticas de monitorização das desigualdades na vacinação. Através deste recurso, esperamos que as regiões, países, distritos e outras jurisdições adotem a notificação regular das desigualdades na vacinação, as quais, por sua vez, servirão de base aos esforços orientados para resolver a situação. Os resultados da monitorização das desigualdades na vacinação são particularmente relevantes para a revisão do programa de vacinação e para as atividades de planeamento, nomeadamente na fase de análise documental do Programa Alargado de Vacinação (PAV) e na elaboração de planos estratégicos plurianuais abrangentes (PEPA).

O manual é redigido e concebido, principalmente, para os responsáveis pela monitorização e avaliação da vacinação e para outros leitores interessados que tenham conhecimentos básicos e experiência de trabalho com os dados da vacinação. Apresenta informação de forma prática e simples e remete o leitor para outras informações mais pormenorizadas. Embora a monitorização das desigualdades seja descrita como um processo passo a passo, na realidade, a implementação desses passos é iterativa por natureza e requer contextualização no ambiente em que for aplicada. Ao longo de todo o processo de monitorização, o leitor sentirá, por vezes, a necessidade de consultar passos anteriores ou de refletir sobre considerações apresentadas em passos subsequentes. Por conseguinte, poderá sentir que é útil fazer uma revisão de todo o manual, antes de iniciar as atividades de monitorização das desigualdades.

O manual está organizado em cinco secções principais, cada uma delas correspondendo a um passo da monitorização das desigualdades. Para cada secção, é apresentada uma visão geral do passo, situando-o no âmbito mais vasto do processo de monitorização. Em seguida, é apresentada uma série de sub-passos, que sublinham as principais questões, as melhores práticas, considerações e exemplos. Os apêndices apresentam informação técnica mais aprofundada, recursos e exemplos sobre determinados temas. No final do manual, há um glossário de termos que permite uma consulta fácil da principal terminologia e um fluxograma desdobrável na contracapa que resume o conteúdo dos cinco passos.

O principal foco deste recurso é a vacinação, sendo a maior parte das explicações e exemplos referentes às desigualdades na cobertura vacinal, uma forma comum de avaliar os progressos rumo aos objectivos da vacinação. Por conseguinte, este recurso pode ser considerado um ponto de partida para a expansão das práticas de monitorização das desigualdades na vacinação. Usando os métodos descritos neste manual, a monitorização das desigualdades na vacinação pode (e deve) ser alargada, de modo a cobrir aspectos mais vastos do sistema de saúde, incluir subgrupos populacionais vulneráveis de contextos específicos e incorporar formas mais diversas e sofisticadas de análise e notificação dos dados.

Por uma questão de exequibilidade e facilidade de utilização, há certos aspectos da monitorização que recebem menos atenção neste recurso. Por exemplo, o Passo 3 descreve apenas abordagens básicas para a análise dos dados sobre as desigualdades, referindo-se a métodos tecnicamente mais avançados nos Apêndices 6 e 7 e recursos sugeridos. Do mesmo modo, enquanto o Passo 5 apresenta considerações básicas sobre as atividades de aplicação dos conhecimentos, outros pormenores sobre o modo de conceber e monitorizar a eficácia das intervenções pró-equidade encontram-se fora do âmbito do presente manual. Na verdade, estão ainda por decidir as melhores práticas e exemplos no terreno sobre o modo como os resultados da monitorização das desigualdades na vacinação são adoptados pelos programas, políticas e práticas. Aconselha-se o leitor a consultar os recursos mencionados ao longo do manual, para encontrar respostas para os seus interesses e necessidades específicas.

Grupo de Referência para a Equidade na Vacinação

Reconhecendo os enormes progressos alcançados durante a Década das Vacinas, o Grupo de Referência para a Equidade na Vacinação (ERG) pretende colmatar as lacunas ainda existentes na vacinação, promovendo maior equidade através de políticas e programas. O trabalho do ERG chama a atenção para os desafios que subsistem em quatro áreas temáticas principais.

1. Desafios à vacinação em zonas rurais remotas

As populações das zonas rurais remotas não têm contacto regular com o sistema de saúde, pelo que dispõem de menos oportunidades e menos conhecimentos relativamente à vacinação. Por exemplo, um estudo sobre cobertura da vacina do sarampo em 26 países africanos revelou que o isolamento geográfico (medido em termos de tempo de viagem até ao centro urbano mais próximo) constituía um fator essencial para determinar o nível de desigualdade na cobertura vacinal (1). Os países com cobertura vacinal global mais baixa poderão conseguir uma maior equidade, se melhorarem os níveis de cobertura nas zonas remotas, embora exista um elevado custo adicional para se chegar a essas zonas e se coloquem alguns desafios à retenção e motivação dos agentes de saúde (2).

Os programas de agentes comunitários de saúde têm sido uma estratégia bem sucedida em algumas zonas, para ligar as populações remotas ao sistema de saúde e aumentar a cobertura dos serviços de saúde básicos. No Paquistão, onde quase dois terços da população reside em zonas rurais (3), os subgrupos que viviam mais longe das unidades de vacinação ou tinham menos contacto com a rede de agentes comunitários de saúde tinham níveis mais baixos de vacinação total; pelo contrário, as zonas rurais com uma maior presença de apoio vacinal de proximidade notificaram percentagens mais elevadas de crianças totalmente vacinadas (4). Outras recomendações para melhorar a vacinação nas zonas rurais remotas incluem a identificação de oportunidades para integrar os serviços de vacinação noutros serviços de saúde e o reforço dos serviços de informação de saúde, para se recolherem dados junto dessas populações, em tempo oportuno.

2. Desafios que se colocam em zonas de conflito

As populações de zonas afectadas por conflitos ativos estão em maior risco de surtos de doenças evitáveis pela vacinação, devido a fatores como a má nutrição, superlotação e ambientes de vida insalubres. Por exemplo, a erradicação do poliovírus selvagem e derivado das vacinas está a ser mais difícil nas zonas de conflito no Afeganistão, na República Democrática do Congo, Nigéria, Paquistão e Somália (5,6). As situações de instabilidade podem impedir os esforços de administração de vacinas através de visitas ou campanhas de rotina. Os principais desafios são: a disrupção das infraestruturas e das cadeias de abastecimento; a violência contra os agentes de saúde; as dificuldades em reter os agentes de saúde; as interrupções na prestação de serviços; a falta de confiança entre as autoridades e as comunidades; e as deslocamentos e migrações (7). Relativamente às populações afectadas por conflitos ativos, a adopção de flexibilidade relativamente à idade e aos critérios de elegibilidade é uma estratégia essencial para melhorar a cobertura vacinal. Como estratégias adicionais para reforçar a vacinação em zonas de conflito, o ERG sugere coordenação com atores humanitários para prestar serviços de vacinação, mecanismos de pagamento melhorados para o pessoal das unidades de saúde e envolvimento com os líderes comunitários (7).

3. Desafios à vacinação em zonas de rápida urbanização

Cada vez mais, as desigualdades na saúde entre as populações urbanas requerem especial atenção. Tradicionalmente, as populações urbanas tendem a beneficiar de uma cobertura vacinal mais elevada do que as populações rurais; contudo, em muitas zonas de rápida urbanização essa tendência está a inverter-se. Na Índia, por exemplo, as zonas urbanas e rurais apresentaram níveis semelhantes da cobertura com a vacina DTP3 entre as crianças de um ano de idade e, em iguais condições, as crianças das zonas urbanas tinham menos chance de ser vacinadas do que as crianças das zonas rurais igualmente pobres (8).

O estudo da situação da vacinação nas populações urbanas revela uma história complexa. Os recentes migrantes das zonas rurais para as zonas urbanas, as crianças que vivem em povoados informais e os filhos de famílias pobres estão entre os subgrupos populacionais frequentemente desfavorecidos em termos de acesso e utilização dos serviços de vacinação. Para além disso, essas populações, que muitas vezes vivem em zonas altamente povoadas com más condições ambientais e de vida, correm maior risco de transmissão de doenças e de surtos graves, tendo, normalmente, difícil acesso a serviços de saúde (9,10). As populações dessas zonas são, frequentemente, difíceis de identificar e de alcançar, podendo revelar desconfiança nas autoridades públicas. As estratégias adoptadas para o reforço dos serviços de vacinação em ambiente urbano incluem a instituição de políticas de “auto-exclusão”, reforço das redes de pares para os agentes de saúde, o ajustamento do tempo e dos locais dos serviços de vacinação, a implementação de registos electrónicos da vacinação (REV) e o envio de alertas através de telemóveis (11).

4. Desafios à vacinação relacionados com as desigualdades e barreiras de género

Em muitos países, as características associadas às mães das crianças (por exemplo, idade, nível de escolaridade, emprego, nível socioeconómico e capacidade para tomar decisões) são, muitas vezes, importantes dimensões da desigualdade que afectam o recurso à vacinação, assim como uma utilização mais frequente dos serviços de saúde. As mães e outras mulheres são as principais responsáveis pelos cuidados de saúde das crianças, mas também têm, normalmente, um estatuto inferior na comunidade e na família, podendo ter uma capacidade limitada para agir no melhor interesse dos filhos. Por exemplo, embora os serviços de vacinação sejam, muitas vezes, prestados sem encargos, as mulheres poderão não ter acesso aos recursos necessários para despesas indirectas relacionadas com o custo dos transportes, cuidados infantis ou dispensa de trabalho. Em alguns cenários, os homens ou os líderes comunitários poderão ter um maior papel na tomada de decisões sobre a saúde, agindo como os guardiões do uso dos serviços de vacinação.

Os profissionais de saúde que administram as vacinas são, muitas vezes, mulheres, que poderão ter de enfrentar questões de segurança que afectam os horários ou a zona geográfica em que os serviços são prestados. Resolver as desigualdades na saúde relacionadas com o género exige o reforço do sistema de saúde e requer esforços abrangentes, que se estendem desde a comunidade até aos níveis administrativos mais elevados do sistema de saúde (12).

Referências

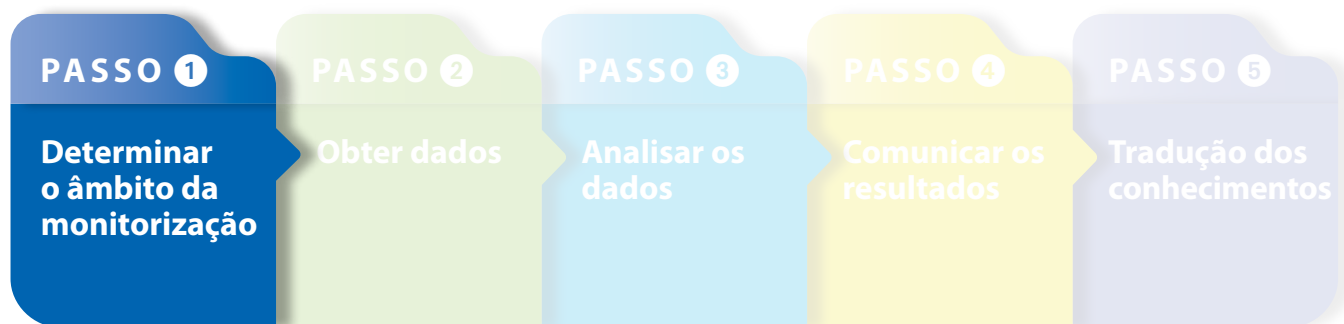
1. Metcalf CJE, Tatem A, Bjornstad ON, Lessler J, O’Reilly K, Takahashi S et al. Transport networks and inequities in vaccination: remoteness shapes measles vaccine coverage and prospects for elimination across Africa. *Epidemiol Infect.* 2015 May;143(7):1457–66.

2. Levine O, Lemango ET, Bernson J, Gurley N, Rowley E, McIlvaine B. ERG Discussion paper No. 8. Tackling inequities in immunization outcomes in remote rural contexts [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, acedido em 6 de Setembro de 2019).
3. Rural population (% of total population): Data [Internet]. The World Bank Group; 2019 (<https://data.worldbank.org/Indicador/sp.rur.totl.zs>, acedido em 6 de Setembro de 2019).
4. Khowaja AR, Zaman U, Feroze A, Rizvi A, Zaidi AK. Routine EPI coverage: subdistrict inequalities and reasons for immunization failure in a rural setting in Pakistan. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):NP1050–NP1059.
5. Nnadi C, Etsano A, Uba B, Ohuabunwo C, Melton M, Wa Nganda G et al. Approaches to vaccination among populations in areas of conflict. *J Infect Dis*. 2017 Jul 1;216(Suppl. 1):S368–72.
6. Mbaeyi C, Alleman MM, Ehrhardt D, Wiesen E, Burns CC, Liu H et al. Update on vaccine-derived poliovirus outbreaks: Democratic Republic of the Congo and Horn of Africa, 2017–2018. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2019;68(9):225.
7. Okwo-Bele J-M, Conner R, McIlvaine B, Rowley E, Bernson J. ERG Discussion paper No. 6. Tackling inequities in immunization outcomes in conflict contexts [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, acedido em 6 de Setembro de 2019).
8. Explorations of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. Health and immunization services for the urban poor in East Asia: case studies from seven countries in East Asia on access by the urban poor to health services. Bangkok: UNICEF East Asia and Pacific Regional Office; 2016.
10. Awoh AB, Plugge E. Immunisation coverage in rural–urban migrant children in low- and middle-income countries (LMICs): a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2016 Mar 1;70(3):305–11.
11. Nandy R, Rees H, Bernson J, Digre P, Rowley E, McIlvaine B. ERG Discussion paper No. 7. Tackling inequities in immunization outcomes in urban contexts [Internet]. PATH and Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, acedido em 6 de Setembro de 2019).
12. Feletto M, Sharkey A, Rowley E, Gurley N, Sinha A, Champions ERG et al. A gender lens to advance equity in immunization [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, acedido em 6 de Setembro de 2019).

PASSO

1

Determinar o âmbito
da monitorização



PASSO 1

Determinar o âmbito da monitorização

A

Definir a população-alvo

PERGUNTA-CHAVE

Quais são as características demográficas e geográficas da população-alvo?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Rever os objectivos e as prioridades das políticas, programas e iniciativas da vacinação e avaliar a população-alvo a que se destinam
- Determinar a idade dos grupos especificados nos programas nacionais de vacinação
- Identificar as populações que estão sub-representadas nas atuais atividades de monitorização

B

Identificar indicadores de vacinação relevantes

PERGUNTA-CHAVE

Que indicadores representam as prioridades pertinentes em matéria de vacinação

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Selecionar indicadores de vacinação relevantes para a população-alvo

C

Identificar as dimensões de desigualdade relevantes

PERGUNTA-CHAVE

Que dimensões das desigualdades são relevantes para a vacinação da população-alvo?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Considerar as dimensões comuns das desigualdades: nível socioeconómico das famílias, nível de escolaridade dos pais (especialmente das mães), local de residência, sexo, idade da mãe e outros fatores específicos dos países ou dos contextos, designadamente religiosos, tribais e étnicos
- Considerar se as dimensões das desigualdades se entrecruzam e se deve ser feita a estratificação dupla
- Para cada dimensão das desigualdades acima identificadas, determinar os critérios para a sua medição

Visão geral

O PASSO 1 da monitorização das desigualdades na vacinação considera a finalidade e o âmbito da monitorização, começando com as razões pelas quais se faz a monitorização e o modo como os resultados serão usados. Em seguida, este passo coloca questões como: Que população vai ser abrangida pelas atividades de monitorização (por exemplo, todo o país ou apenas determinadas províncias ou distritos)? Que indicadores da vacinação vão ser usados para a monitorização? E como serão identificados os subgrupos da população? É preciso ter presente que este passo é aquele que encerra uma natureza mais conceptual e requer reflexão sobre o planeamento do modo como serão estabelecidas as atividades de monitorização das desigualdades, no geral. Reconhecendo que o processo de monitorização é iterativo, ele implica pensar com antecedência no impacto pretendido da atividade de monitorização, público-alvo, abordagem de notificação e disponibilidade de dados (Passo 1A). No Passo 1B e no Passo 1C, as decisões relativas à seleção dos indicadores de monitorização e das dimensões das desigualdades podem, em parte, basear-se na disponibilidade de dados.

Poderá ser útil identificar os objectivos e o público-alvo para a atividade de monitorização, ainda que provisória. As principais partes interessadas, relatórios ou outra literatura poderão ser importantes fontes de informação básica, para ajudar a seleccionar a população-alvo, os indicadores da vacinação e as dimensões das desigualdades.

Por uma questão de simplicidade, os indicadores da vacinação apresentados neste recurso refletem os que são mais habitualmente utilizados na monitorização: indicadores da cobertura. Uma discussão mais pormenorizada sobre outros tipos de indicadores da monitorização especificados no Quadro da OMS para a Monitorização, Avaliação e Revisão é apresentada no Apêndice 2. Embora este manual tenda a concentrar-se na aplicação de dimensões únicas das desigualdades, o Apêndice 3 salienta considerações adicionais relacionadas com a interseccionalidade e o uso das múltiplas dimensões das desigualdades, um processo conhecido como estratificação dupla ou múltipla.

A. Definir a população-alvo

PASSO 1

Determinar o âmbito da monitorização

A

Definir a população-alvo

B

Identificar os indicadores de vacinação relevantes

C

Identificar as dimensões de desigualdade relevantes

PERGUNTA-CHAVE

Quais são as características demográficas e geográficas da população-alvo?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Rever os objectivos e as prioridades das políticas, programas e iniciativas da vacinação e avaliar a população-alvo a que se destinam
- Determinar a idade dos grupos especificados nos programas nacionais de vacinação
- Identificar as populações que estão sub-representadas nas atuais atividades de monitorização

Passo 1A Melhores práticas:

- Fazer um balanço das atuais políticas, programas e iniciativas de vacinação, assim como as zonas geográficas e grupos etários prioritizados.
- Consultar as partes interessadas e a literatura, para determinar as questões pertinentes relacionadas com a vacinação.
- Considerar o nível geográfico da administração que corresponde às questões de interesse para monitorização.

A população-alvo que é seleccionada para monitorização deve incluir todas as pessoas de uma zona específica (por exemplo, país, província ou distrito) que são elegíveis para um determinado programa de vacinação (geralmente definidas com base na idade, sexo, fase da vida ou risco de exposição). A seleção da população-alvo para monitorização requer familiaridade com os programas nacionais de vacinação, assim como com os objectivos e prioridades das atividades de vacinação. Deve verificar-se se existem populações-alvo que não estejam presentemente a ser monitorizadas, mas que o deveriam ser, para apoiar uma melhor tomada de decisão. Poderá ser útil consultar várias partes interessadas que tenham conhecimentos sobre vacinação e os contextos em que os programas de vacinação operam. As principais partes interessadas incluem os técnicos dos ministérios da saúde ou gabinetes de estatística, assim como membros dos grupos consultivos técnicos de vacinação (a nível mundial, regional, nacional ou subnacional), representantes de organizações internacionais que trabalhem na promoção da vacinação infantil (como a Gavi, UNICEF e OMS) e os decisores políticos, investigadores, prestadores de cuidados de saúde, grupos da sociedade civil, organizações não governamentais, instituições financiadoras e outras.

B. Identificar indicadores de vacinação relevantes

PASSO 1

Determinar o âmbito da monitorização

A

Definir a população-alvo

B

Identificar os indicadores de vacinação relevantes

C

Identificar as dimensões de desigualdade relevantes

PERGUNTA-CHAVE

Que indicadores representam as prioridades pertinentes em matéria de vacinação

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Selecionar indicadores de vacinação relevantes para a população-alvo

Passo 1B Melhores práticas:

- Com base nas evidências e informações analisadas no Passo 1A, selecionar indicadores da vacinação que reflitam prioridades pertinentes para a vacinação da população-alvo.
- De preferência, escolher uma seleção de indicadores que abranjam a cobertura vacinal, a magnitude do problema ou doença (por exemplo, medida pela sua incidência ou casos notificados) e questões relacionadas com a entrega e administração de vacinas.

Os indicadores normalizados resumem informação importante sobre a vacinação e são um bom ponto de partida para a seleção de indicadores da monitorização. Embora existam muitos indicadores que foram desenvolvidos para refletirem muitos aspectos diferentes da vacinação, os indicadores da cobertura vacinal estão entre os mais habitualmente usados na monitorização. Assim, este manual visa monitorizar as desigualdades na cobertura vacinal. No Apêndice 2, estão disponíveis mais informações sobre outros tipos de indicadores da vacinação no âmbito do Quadro da OMS para a Monitorização, Avaliação e Revisão.

Os indicadores de cobertura, normalmente, medem o número de pessoas que receberam um número definido de doses de uma determinada vacina, de entre o número total de pessoas a quem a vacina se destinava. Os indicadores podem ser usados de várias maneiras, para examinar diferentes aspectos da cobertura. Na vacinação infantil, usa-se a seguinte terminologia:

“Crianças de dose zero”, também designadas de “excluídas”, ou a proporção de crianças sem qualquer vacina, é definida como a percentagem de crianças que não receberam nenhuma das vacinas indicadas para a sua idade no programa nacional de vacinação. As crianças zero dose podem ser consideradas, aproximadamente,

como aquelas que não receberam a primeira dose da DTP (DTP1). A proporção de crianças não vacinadas é, frequentemente, usada para estimar o acesso aos serviços de vacinação; por isso, as famílias desta categoria podem não ter acesso aos serviços de vacinação ou ter baixos níveis de confiança nesses serviços. Os dados sobre as crianças de dose zero são, muitas vezes, recolhidos diretamente a partir de inquéritos domiciliares, mas podem igualmente ser obtidos em relatórios administrativos sobre a cobertura.

A taxa de desistência mede as crianças que receberam, pelo menos, uma dose inicial de uma vacina, mas não receberam todas as vacinas indicadas para a sua idade. Uma taxa de desistência elevada reflete uma baixa utilização dos serviços entre as pessoas que a eles têm acesso. A taxa de desistência é a proporção de crianças que receberam a DTP1, mas não a DTP3; pode também ser calculada como a proporção de crianças que receberam a primeira, mas não a segunda dose da vacina do sarampo (MCV).

A cobertura de crianças totalmente vacinadas refere-se à proporção de crianças que receberam todas as vacinas recomendadas, de acordo com a sua idade e o programa nacional. Este indicador é, normalmente, avaliado durante os inquéritos, embora seja, muitas vezes, aproximado por indicadores marcadores. Por exemplo, a cobertura da primeira dose de MCV (MCV1) ou DTP3 (a que for mais baixa) é, frequentemente, usada como substituta de todas as vacinas no primeiro ano de vida e a segunda dose de MCV (MCV2), como substituta de todas as vacinas no segundo ano de vida.

Embora a escolha de indicadores a usar na monitorização dependa da disponibilidade de dados (ver Passo 2), um ponto de partida para a análise das desigualdades é incluir: um indicador das crianças zero dose (muitas vezes, disponível nos inquéritos domiciliares ou nos dados administrativos); a cobertura de DTP3, MCV1 e MCV2; e a cobertura vacinal completa entre as crianças de um ano de idade. Estes dados estão, muitas vezes, disponíveis nos inquéritos domiciliares ou nas fontes de dados administrativos.

C. Identificar as dimensões relevantes das desigualdades

PASSO 1

Determinar o âmbito da monitorização

A
Definir a população-alvo

B
Identificar os indicadores de vacinação relevantes

C
Identificar as dimensões de desigualdade relevantes

PERGUNTA-CHAVE

Que dimensões das desigualdades são relevantes para a vacinação da população-alvo?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Considerar as dimensões comuns das desigualdades: nível socioeconómico das famílias, nível de escolaridade dos pais (especialmente das mães), local de residência, sexo, idade da mãe e outros fatores específicos dos países ou dos contextos, designadamente religiosos, tribais e étnicos
- Considerar se as dimensões das desigualdades se entrecruzam e se deve ser feita a estratificação dupla
- Para cada dimensão das desigualdades acima identificadas, determinar os critérios para a sua medição

Passo 1C Melhores práticas:

- Identificar possíveis fontes de discriminação ou exclusão social que possam razoavelmente afectar a vacinação.
- Seleccionar uma gama de dimensões de desigualdade universalmente aplicáveis, assim como dimensões específicas do contexto.

Dimensões de desigualdade representam fatores que podem constituir fontes de discriminação ou exclusão social que afectam negativamente a vacinação. Aplicadas à monitorização, trata-se de categorias que definem o modo como os subgrupos são formados para a monitorização. Algumas das dimensões comuns da desigualdade relativas à cobertura vacinal incluem o local de residência (urbana ou rural), o nível de escolaridade dos pais e a renda familiar.

Embora certas dimensões das desigualdades possam ser amplamente aplicadas na maioria dos contextos (embora a sua relevância possa variar), outras dessas dimensões são mais relevantes em determinadas regiões ou países. As dimensões de desigualdade universalmente aplicáveis, enumeradas na Tabela 1, incluem características relacionadas com as crianças, pais (em especial, a mãe), a família ou a zona geográfica.

Tabela 1. Dimensões de desigualdade universalmente aplicáveis para a vacinação infantil

Classificação	Dimensão da desigualdade
Características da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo da criança* • Ordem de nascimento
Características dos pais	<ul style="list-style-type: none"> • Idade da mãe no parto • Escolaridade da mãe ou do pai
Características da família	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo do chefe de família • Nível socioeconómico da família
Características geográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Local de residência (por exemplo, urbana ou rural) • Região subnacional

* Embora muitos países não tenham desigualdades na cobertura vacinal com base no sexo da criança, justifica-se uma monitorização contínua de acordo com essa dimensão, para detectar variações que possam emergir.

As dimensões das desigualdades específicas dos países refletem outros fatores que são relevantes para uma determinada população-alvo. Consoante o contexto, eles podem incluir: afiliação religiosa; isolamento geográfico; zona climática; estatuto de migrante; zona de conflito; etnia; profissão dos pais; ou língua.

Em alguns casos, pode justificar-se uma estratificação dupla (ou múltipla) para explorar a intersecção de duas (ou mais) dimensões de desigualdade ao mesmo tempo. Por exemplo, as pessoas pobres das cidades, normalmente, usam menos os serviços de saúde do que as pessoas ricas. Para determinar se as crianças pobres das zonas urbanas são, provavelmente, menos vacinadas, deve examinar-se a cobertura usando duas dimensões de desigualdade: nível socioeconómico e local de residência. Em alguns casos, a comparação entre estes dois subgrupos (pobres das cidades versus ricos das cidades) pode ser mais evidente do que as comparações com base em qualquer uma dessas dimensões considerada separadamente. Para mais exemplos e informações acerca da estratificação dupla, consultar o Apêndice 3.

PASSO

2

Obter dados



PASSO 2

Obter dados

A

Fazer o mapeamento das fontes de dados

PERGUNTA-CHAVE

Que fontes contêm dados sobre os indicadores da vacinação e as dimensões das desigualdades?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Listar fontes de dados disponíveis por tipo (incluindo nome, ano, etc.)
- Para cada fonte de dados, determinar a disponibilidade de dados sobre as dimensões das desigualdades
- Para cada fonte de dados, determinar a disponibilidade de dados sobre os indicadores da vacinação
- Combinar a informação sobre os indicadores da vacinação com as dimensões das desigualdades, para se poder avaliar a disponibilidade de dados para a monitorização das desigualdades

B

Determinar se existe atualmente suficiente disponibilidade de dados

PERGUNTA-CHAVE

Existem dados apropriados acerca dos indicadores da vacinação e das dimensões das desigualdades para prosseguir a monitorização das desigualdades na vacinação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Estudar os resultados do exercício de mapeamento das fontes de dados do PASSO 2A
- Considerar se os dados das diferentes fontes podem ser ligados

Visão geral

O PASSO 2 aborda a necessidade de dados, para se poder proceder à monitorização das desigualdades. São necessários dois tipos de dados: dados sobre os indicadores da vacinação; e dados sobre as dimensões das desigualdades (conforme identificadas no Passo 1). Inicialmente, é importante inventariar as fontes de dados que abrangem a população-alvo. O Passo 2A esboça o processo de mapeamento das fontes de dados, que enumera as potenciais fontes para a monitorização. No Passo 2B, que envolve ponderar os pontos fortes e as limitações de cada fonte de dados, determina-se se os dados disponíveis permitem continuar a monitorizar as desigualdades, conforme planeado no Passo 1. É preciso não esquecer de referir as potenciais limitações da fonte de dados, o que é importante para a notificação (Passo 4) e para ajudar o público-alvo a compreender e contextualizar melhor os resultados.

Relativamente aos indicadores da cobertura vacinal, as fontes de dados incluem, muitas vezes, inquéritos domiciliares ou dados administrativos; alguns países poderão usar os registos electrónicos da vacinação (EIR) ou o registo civil e as estatísticas vitais (CRVS) para fazer estimativas sobre a população-alvo (denominador). No Apêndice 4, apresentam-se mais informações acerca das fontes de dados para a vacinação. Poderá ser necessário contactar as partes interessadas do Ministério da Saúde, do Gabinete Nacional de Estatística ou outras, para se obter acesso a dados que não estejam disponíveis ao público.

Nas situações em que não haja dados suficientes para prosseguir conforme planeado, poderá ser necessário regressar ao Passo 1. Nos casos em que a disponibilidade de dados seja limitada, ou quando os dados existentes forem de má qualidade, pode justificar-se que se façam esforços para melhorar e expandir os sistemas de dados (ver Apêndice 5).

A. Fazer o mapeamento das fontes de dados

PASSO 2

Obter dados

A

Fazer o mapeamento das fontes de dados

B

Determinar se existe atualmente suficiente disponibilidade de dados

PERGUNTA-CHAVE

Que fontes contêm dados sobre os indicadores da vacinação e as dimensões das desigualdades?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Listar fontes de dados disponíveis por tipo (incluindo nome, ano, etc.)
- Para cada fonte de dados, determinar a disponibilidade de dados sobre as dimensões das desigualdades
- Para cada fonte de dados, determinar a disponibilidade de dados sobre os indicadores da vacinação
- Combinar a informação sobre os indicadores da vacinação com as dimensões das desigualdades, para se poder avaliar a disponibilidade de dados para a monitorização das desigualdades

Passo 2A Melhores práticas:

- Considerar várias potenciais fontes de dados e aprender tanto quanto possível sobre os seus pontos fortes e fracos.
- Usar o mapeamento das fontes de dados para determinar quais delas contêm os dados necessários para a monitorização das desigualdades.

Em algumas jurisdições, existem várias fontes de dados possíveis que podem ser usadas para monitorizar as desigualdades na vacinação; noutros contextos, a seleção das fontes poderá ser mais limitada. O mapeamento das fontes de dados é um processo de identificação de potenciais fontes e de avaliação sistemática da sua adequação para monitorizar as desigualdades. O processo de quatro fases abaixo descrito implica preparar uma série de listas e tabelas interligadas que proporcionam uma descrição para cada fonte de dados (Tabelas-modelo 1–4). A tabela final (Tabela-modelo 4) descreve as fontes de dados atualmente disponíveis que contêm indicadores de vacinação e dados sobre as dimensões das desigualdades, para se proceder à monitorização das desigualdades.

Começar por enumerar cada fonte potencial de dados por tipo, incluindo o nome e o ano da recolha dos dados (Tabela-modelo 1). Na coluna para notas, apresentar informação sobre limitações pertinentes ou problemas de qualidade. Relativamente aos indicadores da cobertura vacinal, os tipos mais comuns de fontes de dados incluem inquéritos domiciliares e dados administrativos. Os inquéritos domiciliares, tais como os Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) e os Inquéritos de Indicadores Múltiplos (MICS), recolhem dados numa amostra da população. Cobrem, frequentemente, várias áreas da saúde (incluindo a vacinação), assim como informação acerca da demografia e condições de vida; alguns países realizam periodicamente inquéritos específicos sobre a cobertura vacinal, tais como o Inquérito de Agregados do PAV da OMS. Os dados administrativos, que consistem em registos guardados pelas unidades de saúde ou pelo sistema de saúde, poderão incluir todos os membros

de uma população. Embora estas fontes, geralmente, forneçam informação mais recente do que os inquéritos e permitam a monitorização em níveis administrativos mais pequenos, a qualidade dos dados administrativos sobre a vacinação muitas vezes não é normalizada e pode ser difícil obter estimativas de denominadores rigorosas. Para mais informações acerca das fontes de dados usadas para a monitorização das desigualdades na vacinação, consultar o Apêndice 4.

Tabela-modelo 1. Lista de fontes de dados por tipo

Tipo de fonte de dados	Nome da fonte de dados	Ano(s) da recolha dos dados	Notas
Inquérito às famílias			
Dados administrativos			
Outros			

Em seguida, preparar a segunda tabela (Tabela-modelo 2). Para cada potencial fonte de dados, considerar: Que dados sobre as dimensões das desigualdades são abrangidos? As dimensões podem ser enumeradas como títulos das colunas; numerar as linhas para facilitar a consulta nas fases seguintes.

Tabela-modelo 2. Lista de fontes de dados e dimensões das desigualdades

No.	Fonte de dados e ano (listar todas as que se apliquem)	Dimensão das desigualdades			Notas
		(especificar a dimensão)	(especificar a dimensão)	(especificar a dimensão)	
	Inquérito às famílias (ano) [especificar e ampliar a lista de modo a incluir outros anos, se necessário]				
	Dados administrativos (ano) [especificar e ampliar a lista de modo a incluir outros anos, se necessário]				
	Other [especificar e expandir a lista, para incluir outros anos, expandir, se necessário]				

Depois, na terceira tabela (Tabela-modelo 3), enumerar os indicadores da vacinação que estão incluídos em cada fonte de dados (referentes aos indicadores selecionados no Passo 1B). Em geral, os indicadores da cobertura vacinal derivados de relatórios administrativos são definidos como percentagem da população-alvo estimada que foi vacinada com uma determinada vacina e dose. Os indicadores de cobertura baseados nos dados dos inquéritos às famílias refletem a percentagem da amostra populacional que foi vacinada com uma certa vacina. Listar os indicadores como linhas e especificar as fontes que contêm os dados dos indicadores numa coluna adjacente, usando os números das linhas da tabela anterior. De notar que é preciso saber se os indicadores retêm uma definição comum nas diferentes fontes de dados: por exemplo, a definição daquilo que constitui uma *cobertura vacinal total* pode ser diferente nos diferentes relatórios de dados dos inquéritos e/ou administrativos. Se as definições de indicador não estiverem alinhadas, os indicadores devem ser listados separadamente.

Tabela-modelo 3. Lista dos indicadores da vacinação e correspondentes fontes de dados

Indicador da vacinação <i>[listar todos os que se aplicarem]</i>	Números das fontes de dados <i>[inserir os da tabela 2]</i>	Notas
Indicador 1		
Indicador 2		
Indicador 3		
Indicador 4		
Indicador 5		
Indicador 6		
<i>[expandir, se necessário]</i>		

A fase final do mapeamento das fontes de dados combina toda a informação anterior acerca dos dois tipos de dados necessários (dados sobre vacinação e dados sobre as dimensões das desigualdades), para demonstrar onde existe ligação entre eles. Construir uma quarta tabela com indicadores da saúde em linhas e dimensões das desigualdades em colunas (Tabela-modelo 4). Nas células cruzadas, indicar os números das fontes de dados que são comuns a ambos. Estas são as fontes que podem ser consideradas para a monitorização das desigualdades.

Tabela-modelo 4. Comparar os dados das Tabelas-modelo 2 e 3

Indicador da vacinação <i>[listar todos os que se aplicarem]</i>	Dimensão das desigualdades <i>[se necessário, aumentar [inserir os números correspondentes das fontes de dados que aparecem nas tabelas 2 e]</i>			
	<i>[especificar a dimensão]</i>	<i>[especificar a dimensão]</i>	<i>[especificar a dimensão]</i>	<i>[especificar a dimensão]</i>
Indicador 1				
Indicador 2				
Indicador 3				
Indicador 4				
Indicador 5				
Indicador 6				
<i>[expandir, se necessário]</i>				

B. Determinar se existe atualmente suficiente disponibilidade de dados

PASSO 2

Obter dados

A

Fazer o mapeamento das fontes de dados

B

Determinar se existe atualmente suficiente disponibilidade de dados

PERGUNTA-CHAVE

Existem dados apropriados acerca dos indicadores da vacinação e das dimensões das desigualdades para prosseguir a monitorização das desigualdades na vacinação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Estudar os resultados do exercício de mapeamento das fontes de dados do PASSO 2A
- Considerar se os dados das diferentes fontes podem ser ligados

Passo 2B Melhores práticas:

- Selecionar as melhores fontes de dados disponíveis e fidedignas que contenham dados recentes e também dados comparáveis em diversos pontos no tempo – a cobertura vacinal pode variar de ano para ano.
- Usar a triangulação de dados (síntese crítica de dados de duas ou mais fontes) para abordar questões relevantes em torno das desigualdades.
- Se a disponibilidade e a qualidade dos dados forem problemáticas, esta pode ser uma oportunidade para defender sistemas de informação em saúde melhorados ou expandidos.

Com base no exercício de mapeamento das fontes de dados apresentado no Passo 2A, determinar que fontes contêm dados acerca dos indicadores da vacinação e das dimensões das desigualdades identificadas, respetivamente, nos Passos 1B e 1C. Se estiverem disponíveis dados suficientes, a monitorização das desigualdades pode prosseguir. Ao selecionar as potenciais fontes de dados para a monitorização, tentar escolher fontes que contenham dados de qualidade e gozem de forte legitimidade nos círculos políticos, técnicos, académicos e da sociedade civil. Todas as fontes de dados têm limitações e potenciais desvios, o que não significa necessariamente que não devam ser usadas. É preciso anotar esses constrangimentos e compreender como é que podem influenciar as conclusões da monitorização; esta informação deve ser transmitida ao público-alvo, quando os resultados forem comunicados (Passo 4).

Se faltar algum dos tipos de dados, deve explorar-se a possibilidade de fazer a ligação entre os dados sobre os indicadores da vacinação e as dimensões das desigualdades obtidos a partir de diferentes fontes. Os dados interligados são combinados através de identificadores individuais ou de pequenas zonas contidos em ambas as fontes (1). Por exemplo, diferentes fontes de dados que contenham, cada uma delas, números de identificação pessoal, podem ser usadas para estabelecer a ligação entre a informação sobre a cobertura vacinal

de um indivíduo e a informação sobre as dimensões das desigualdades. Do mesmo modo, as fontes de dados que contenham identificadores de pequenas zonas, tais como os códigos postais, podem ser relacionadas com dados ecológicos acerca da zona (2). Se as fontes de dados contiverem esses identificadores, podem consultar-se os gestores de dados ou quem tenha os conhecimentos necessários para ajudar a combinar as fontes. Reconhecendo que algumas fontes de dados poderão não conter identificadores individuais ou de pequenas zonas, incluindo a recolha desta informação em fontes de dados, recomenda-se que, no futuro, seja reforçada a utilização da fonte.

Se não houver dados disponíveis (isto é, se não tiverem sido recolhidos), não é possível prosseguir com a monitorização das desigualdades na vacinação, conforme estava planeado. Muitas vezes, a disponibilidade dos dados é limitada nos contextos urbanos mais pobres, em locais rurais remotos e nas crianças afectadas por conflitos; além disso, poderá, por vezes, faltar informação acerca dos obstáculos e desigualdades subjacentes à condição de género, normalmente medida através de indicadores substitutos. A falta de dados destas situações impede a inclusão de alguns dos subgrupos mais desfavorecidos nos esforços de monitorização e requer atenção para expandir e melhorar a recolha de dados. Para mais informações sobre o modo de ultrapassar a disponibilidade de dados limitados, ver o Apêndice 5. Entretanto, porém, deve considerar-se o regresso ao Passo 1 para identificar outros indicadores da vacinação e dimensões das desigualdades para as quais existem atualmente dados disponíveis.

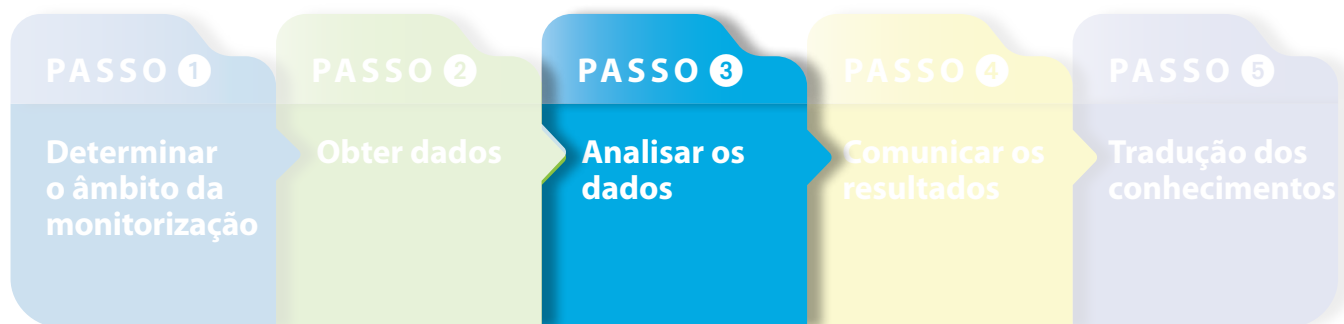
Referências

1. Hosseinpoor AR, Bergen N. Area-based units of analysis for strengthening health inequality monitoring. *Bull World Health Organ*. 2016 Nov 1;94(1564–0604 [Electronic]):856–8.
2. Hughes A, Mesher D, White J, Soldan K. Coverage of the English national human papillomavirus (HPV) immunisation programme among 12 to 17 year-old females by area-level deprivation score, England, 2008 to 2011. *Eurosurveillance*. 2014 Jan 16;19(2):20677.

PASSO

3

Analisar os dados



PASSO 3

Analisar os dados

A

Preparar dados estratificados

PERGUNTA-CHAVE

Qual é o nível do indicador de vacinação em cada subgrupo populacional?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Preparar o conjunto de dados para análise
- Definir o modo de medir o indicador de vacinação, incluindo o numerador e o denominador
- Definir o número de subgrupos para cada dimensão de desigualdade
- Calcular a estimativa de dados estratificados

B

Calcular as medidas sumárias das desigualdades

PERGUNTA-CHAVE

Quais são os níveis absolutos e relativos das desigualdades na vacinação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Para cada combinação de indicador da vacinação e dimensão das desigualdades, calcular a desigualdade absoluta
- Para cada combinação de indicador da vacinação e dimensão das desigualdades, calcular a desigualdade relativa

Visão geral

O PASSO 3 para a monitorização das desigualdades na vacinação envolve analisar os dados e gerar resultados numéricos que traduzam as desigualdades. Para começar, o Passo 3A implica compilar dados sobre cada indicador da vacinação discriminados por subgrupos da população. (Lembrar que os subgrupos da população refletem as dimensões relevantes das desigualdades identificadas no Passo 1C.) Este processo produz estimativas estratificadas, que podem ser visualmente comparadas para uma avaliação inicial das desigualdades. No Passo 3B, as estimativas estratificadas são usadas com contributos para calcular as medidas sumárias das desigualdades. Estas fornecem um número único que demonstra o nível de desigualdades existentes entre dois ou mais subgrupos. O Passo 3B também sugere a possibilidade de usar formas complementares de análise.

Embora este passo seja de carácter técnico, as abordagens de análise variam de simples e intuitivas até altamente avançadas. Na maioria dos casos, são preferíveis as abordagens simples, uma vez que são mais fáceis de comunicar ao público-alvo; contudo, se os recursos e os conhecimentos permitirem, abordagens de análise mais avançadas poderão permitir a revelação de resultados com mais cambiantes. Assim, este manual (introdutório) centra-se, principalmente, nas medidas simples das desigualdades, com uma breve visão geral das medidas complexas. Para mais informações e recursos acerca das medidas complexas das desigualdades, consultar o Apêndice 6. Outras abordagens para a análise dos dados, nomeadamente a análise de regressão múltipla e os cálculos de vulnerabilidade agravada são discutidos no Apêndice 7.

Ao longo do Passo 3, o leitor poderá explorar as possibilidades de usar o *software* existente e ferramentas *online*, para facilitar o processo de análise. Este manual sugere a aplicação informática da OMS “Ferramentas de avaliação de desigualdades em saúde (HEAT)”.

A. Preparar dados estratificados

PASSO 3

Analisar os dados

A

Preparar dados estratificados

B

Calcular as medidas sumárias das desigualdades

PERGUNTA-CHAVE

Qual é o nível do indicador de vacinação em cada subgrupo populacional?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Preparar o conjunto de dados para análise
- Definir o modo de medir o indicador de vacinação, incluindo o numerador e o denominador
- Definir o número de subgrupos para cada dimensão de desigualdade
- Calcular a estimativa de dados estratificados

Passo 3A Melhores práticas:

- Registrar em pormenor os métodos usados durante a análise de dados, para garantir que o passo da análise possa ser replicado na monitorização contínua; anotar o fundamento para as escolhas e as eventuais limitações.
- Se possível, usar as definições estabelecidas para definir o numerador e o denominador do Indicador da vacinação.
- Garantir que cada dimensão das desigualdades é representada por dois ou mais subgrupos populacionais.
- Ao categorizar os subgrupos, considerar as características dos dados subjacentes e a aplicabilidade no contexto da monitorização e da população-alvo.
- Calcular os intervalos de confiança ou o erro padrão para as estimativas dos dados estratificados, se apropriado.

A análise dos dados começa por determinar o nível de cobertura vacinal em cada subgrupo populacional. No final do Passo 3A, devem estar disponíveis estimativas de indicadores da vacinação para cada subgrupo da dimensão das desigualdades. Registrar notas pormenorizadas sobre os métodos ajudará a garantir que o processo de análise é transparente e replicável e servirá como referência ao comunicar os resultados (Passo 4).

Se for usado um conjunto de dados brutos, o Passo 3A começa com a limpeza e a preparação do conjunto de dados para análise. Isso implica explicar valores aberrantes ou em falta, retirando as partes não relevantes dos dados e preparando-os para serem carregados no *software* de análise. Em seguida, são definidos os critérios para o numerador e o denominador dos indicadores da vacinação, de acordo com as definições estabelecidas, sempre que possível.

A população-alvo é depois dividida em subgrupos, com base nas dimensões das desigualdades identificadas no Passo 1C. Embora isso possa parecer simples, há questões de cambiantes na caracterização dos indivíduos da população-alvo. Definir os subgrupos com base no nível socioeconômico, por exemplo, pode envolver a categorização por quintis, decis ou como dois agrupamentos (por vezes, configurados como os 40% mais pobres e os 60% mais ricos). Do mesmo modo, o local de residência pode consistir em subgrupos rurais e urbanos ou poderá também incluir outras especificações como rurais centrais, rurais remotas, periurbanas ou suburbanas. A categorização dos subgrupos populacionais depende, em parte, das características dos dados (Que informação está disponível?) e, em parte, do contexto da monitorização (Que distinções são normalmente usadas e fazem sentido no seio da população-alvo?). A Caixa 2 mostra como a categorização dos subgrupos populacionais foi aplicada na Etiópia.



Caixa 2. Exemplo da categorização dos subgrupos populacionais para monitorizar a vacinação infantil na Etiópia

O esquema de categorização de subgrupos da Tabela 2 foi aplicado na exploração das desigualdades na vacinação infantil na Etiópia, que apresentava dados do DHS de 2016 na Etiópia (1). As categorizações foram adaptadas a partir do modo como os subgrupos foram classificados no relatório de campo do DHS da Etiópia (2).

Tabela 2. Categorização dos subgrupos populacionais para monitorizar a vacinação infantil na Etiópia

Dimensão das desigualdades	Categorização de subgrupo
Sexo da criança	Feminino, masculino
Ordem de nascimento	1.º filho, 2.º–3.º filho, 4.º–5.º filho, 6.º filho ou mais
Idade da mãe no parto	15–19 anos, 20–34 anos, 35–49 anos
Escolaridade da mãe	Ilustrada, ensino primário, ensino secundário ou mais
Etnia da mãe	Affar, Amhara, Oromo, Somalie, Tigray, Outra
Sexo do chefe de família	Feminino, masculino
Local de residência	Rural, urbana
Região subnacional	Adis Abeba, Affar, Amhara, Benishangul-Gumuz, Dire Dawa, Gambela, Harari, Oromiya, SNNPR, Somali, Tigray

Quando se usam os dados dos inquéritos domiciliares, a categorização dos subgrupos pode ser limitada pelo problema da escassez de dados. Se o tamanho da amostra de alguns subgrupos for muito pequeno, poderão ter de ser categorizados de novo para formar subgrupos com uma amostra maior, uma vez que isso ajuda a gerar estimativas mais fidedignas (embora menos específicas). Por exemplo, em vez de categorizar a idade da mãe em intervalos de 5 anos (em que alguns intervalos teriam tamanhos de amostras muito pequenos), essa idade poderá ser recategorizada em intervalos de 10 anos. Calcular o erro padrão ou os intervalos de confiança para a estimativa dos dados estratificados é particularmente importante para os subgrupos que

são muito pequenos, a fim de identificar onde é que as estimativas podem ser menos fiáveis (Caixa 3). Em alguns inquéritos, poderá haver um tamanho mínimo da amostra recomendado para se poder fazer uma estimativa – por exemplo, nos DHS, esse limite aplica-se a tamanhos de amostras inferiores a 25. No Passo 4E, apresentam-se mais questões sobre a interpretação e notificação de medidas de incerteza.



Caixa 3. Medidas de incerteza para as estimativas dos inquéritos domiciliares

As estimativas pontuais dos inquéritos domiciliares são derivadas do inquérito a uma amostra da população-alvo. Os intervalos de confiança e o erro padrão são duas medidas de incerteza que indicam o nível de certeza em torno das estimativas. Por exemplo, os intervalos de confiança de 95% são construídos de tal maneira que 95% dos intervalos que fossem construídos conteriam a média da população. Os valores do erro padrão mostram o rigor estatístico de como a estimativa representa uma população, onde um erro padrão mais pequeno indica que a estimativa está mais próxima da média da população.

O tamanho da amostra é um fator que introduz incerteza relativamente às estimativas pontuais. Por exemplo, se o tamanho da amostra for muito pequeno, existe elevada incerteza sobre se a estimativa é representativa da população-alvo; se a incerteza em torno das estimativas pontuais for muito elevada, a estimativa pode ter pouco significado.

A preparação de dados estratificados requer que sejam tomadas em conta considerações sobre as especificações das fontes de dados. Por exemplo, relativamente aos inquéritos domiciliares, devem ser incorporados aspectos do desenho da amostra do inquérito (e.g., agrupamento, ponderação e estratificação). Os códigos estatísticos que demonstram como o grau de complexidade do desenho da amostra pode ser considerado estão disponíveis em: https://www.who.int/gho/health_equity/statistical_codes/en/. Para um exemplo de como preparar dados estratificados para análise das desigualdades, ver *Explorações das desigualdades: relatório sobre a vacinação infantil da OMS (1)* e a correspondente nota técnica e glossário (3).

Algum software e instrumentos *online* incorporam bases de dados estratificados para monitorização das desigualdades. Por exemplo, o HEAT, edição com banco de dados incluído, é uma aplicação de *software* que vem pré-instalada com a base de dados do Monitor da Equidade na Saúde (4). O Monitor da Equidade na Saúde contém dados de mais de 100 países sobre indicadores da saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (incluindo a vacinação), estratificados pelas várias dimensões das desigualdades (5).

B. Calcular as medidas sumárias das desigualdades

PASSO 3

Analisar os dados

A

Preparar dados estratificados

B

Calcular medidas sumárias das desigualdades

PERGUNTA-CHAVE

Quais são os níveis absolutos e relativos das desigualdades na vacinação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Para cada combinação de indicador da vacinação e dimensão das desigualdades, calcular a desigualdade absoluta
- Para cada combinação de indicador da vacinação e dimensão das desigualdades, calcular a desigualdade relativa

PASSO 3

Passo 3B Melhores práticas:

- Com base nas características dos dados estratificados subjacentes, selecionar as medidas sumárias apropriadas das desigualdades. As medidas sumárias podem ser simples ou complexas, ordenadas ou não ordenadas e ponderadas ou não ponderadas; certas medidas podem requerer a seleção de um grupo de referência.
- Calcular as medidas sumárias, tanto absolutas como relativas, das desigualdades, pois elas captam diferentes aspectos das desigualdades.

Com base nos dados estratificados do Passo 3A, esta fase da análise dos dados implica calcular as medidas sumárias das desigualdades. Estas são uma forma concisa de representar o nível das desigualdades entre vários subgrupos, usando um número.

Existem dois grandes tipos de medidas sumárias: as que medem as desigualdades absolutas (por exemplo, diferenças na cobertura entre dois subgrupos, revelando a magnitude das desigualdades); e as que medem as desigualdades relativas (por exemplo, o rácio de cobertura entre dois subgrupos, mostrando desigualdades proporcionais). Ao analisar os dados para a monitorização das desigualdades na vacinação, devem usar-se tanto as medidas absolutas como as relativas.

Poderá ser feita outra distinção entre medidas simples e complexas das desigualdades: enquanto as medidas simples se baseiam nos dados de dois subgrupos, as medidas complexas integram dados de mais de dois subgrupos. Existem versões absolutas e relativas das medidas simples e complexas.

As medidas simples das desigualdades incluem diferenças (absolutas) e rácios (relativos) (Caixa 4). Enquanto as medidas simples são particularmente intuitivas para comparar as dimensões das desigualdades que consistem em apenas dois subgrupos (tais como, o sexo feminino e o sexo masculino), podem também ser aplicadas as dimensões das desigualdades que consistem em mais de dois subgrupos (tais como, os quintis de rendimentos dos mais ricos e dos mais pobres).



Caixa 4. Ilustrar as diferenças e os rácios na cobertura vacinal

O relatório sobre o *Estado das Desigualdades na Saúde: Indonésia* cobre cinco indicadores da vacinação infantil, estratificados por nível socioeconómico, escolaridade, profissão, situação laboral, sexo, local de residência e região subnacional (6). Ambas as diferenças e rácios são usados para mostrar, respetivamente, desigualdades absolutas e relativas. A Tabela 3 mostra os dados da cobertura vacinal, estratificados por quintis de rendimentos familiares. Mostra igualmente os valores das diferenças e dos rácios, calculados como:

$$\text{Diferença} = \text{quartil 5} - \text{quartil 1}$$

$$\text{Rácio} = \text{quartil 5} / \text{quartil 1}$$

Por exemplo, para a DTP-HepB (DTP-vacina da hepatite B), os resultados sugerem que a cobertura é 27,3 pontos percentuais mais alta no quintil 5 do que no quintil 1; isto também pode ser expresso como a cobertura DTP-HepB ser 1,5 vezes mais alta no quintil dos mais ricos do que no dos mais pobres.

Tabela 3. Cobertura vacinal entre crianças de 1 ano de idade na Indonésia, estratificada por nível socioeconómico, RISKEDAS 2013 (6)

Indicador	Quartil 1 (mais pobres) (%)	Quartil 2 (%)	Quartil 3 (%)	Quartil 4 (%)	Quartil 5 (mais ricos) (%)	Diferença (pontos percentuais)	Rácio
Cobertura da vacina BCG	73,2	85,6	88,8	91,7	93,3	20,1	1,3
Cobertura da vacina do sarampo	68,9	81,7	82,6	86,0	86,7	17,8	1,3
Cobertura da vacina DTP-HepB	68,9	81,7	82,6	86,0	86,7	17,8	1,3
Cobertura da vacina da poliomielite	56,6	73,4	76,9	80,5	83,9	27,3	1,5
Cobertura vacinal básica completa	60,1	76,0	78,4	81,0	83,6	23,5	1,4

Alguns exemplos de medidas complexas que mostram desigualdades absolutas são: índice de desigualdade absoluto; variação entre grupos; diferença média da média; e risco atribuível populacional. As medidas complexas comuns que refletem uma desigualdade relativa são: índice de concentração; índice de disparidade; índice de Theil; e fração atribuível populacional. Para informações mais pormenorizadas sobre as medidas complexas das desigualdades e o modo de as selecionar, consultar o Apêndice 6.

Tanto o HEAT, edição com banco de dados incluído como o HEAT Plus, edição com possibilidade de *upload* de banco de dados (que permitem aos utilizadores carregarem as suas próprias bases de dados) facilitam o cálculo de algumas medidas simples e complexas das desigualdades (7). Quem usar uma aplicação de *software* já existente, deve familiarizar-se com os métodos subjacentes e as especificações técnicas, consultando o material de apoio (por exemplo, manual do utilizador, notas técnicas e códigos das fontes).

Depois de se calcularem as estimativas estratificadas e as medidas sumárias das desigualdades, poder-se-ão explorar outros tipos de análises que adicionam profundidade aos resultados. Ao decidir-se sobre novas formas de análise, devem considerar-se os aspectos dos resultados que requeiram mais estudo e aquilo que for possível, em função dos dados e capacidades técnicas disponíveis. Para mais informações sobre a análise de regressão múltipla e vulnerabilidade agravada, consultar o Apêndice 7.

Referências

1. Explorations of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. Central Statistical Agency. Ethiopia Demographic and Health Survey 2016. Rockville, MD, USA: The DHS Program; 2017.
3. Explorations of inequality: childhood immunization. Technical note and glossary [Internet]. World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/gho/health_equity/report_2018_immunization/technical_notes.pdf?ua=1; acedido em 8 de Setembro de 2019).
4. Health Equity Assessment Toolkit: HEAT, Built-in Database Edition [Internet]. Global Health Observatory. World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index1.html, acedido em 8 de Setembro de 2019).
5. Health Equity Monitor [Internet]. Global Health Observatory. World Health Organization; 2019 (http://www.who.int/gho/health_equity/en/, acedido em 8 de Setembro de 2019).
6. State of health inequality: Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. Health Equity Assessment Toolkit: HEAT Plus, Upload Database Edition [Internet]. Global Health Observatory. World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/index2.html, acedido em 8 de Setembro de 2019).

PASSO

4

Comunicar os
resultados



PASSO 4

Comunicar os resultados

A

Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo

PERGUNTA-CHAVE

Que parâmetros orientam a abordagem de notificação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Definir as metas e objectivos abrangentes da notificação
- Identificar o principal público para quem o relatório é preparado
- Determinar os conhecimentos prévios do público sobre as desigualdades na vacinação

B

Selecionar o âmbito da notificação

PERGUNTA-CHAVE

Que aspectos do estado das desigualdades devem ser abrangidos pelo relatório?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Determinar que dados refletem o estado mais recente das desigualdades
- Avaliar se devem ser notificadas as tendências ao longo do tempo
- Avaliar se deve ser comunicada a análise comparativa

C

Definir o conteúdo técnico do relatório

PERGUNTA-CHAVE

Que resultados da análise de dados serão notificados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Fazer uma avaliação inicial dos resultados para determinar:
 - Quais as conclusões mais importantes?
 - Há padrões evidentes nos dados?
- Notificar as estimativas de dados estratificados
- Considerar se as medidas simples e as medidas complexas refletem as mesmas conclusões

D

Estabelecer os métodos de apresentação dos dados

PERGUNTA-CHAVE

Como irão ser apresentadas as principais mensagens dos dados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Identificar as ferramentas apropriadas para apresentar os resultados (e.g. texto, tabelas, gráficos e mapas)
- Ponderar a utilização de tecnologias de visualização interactivas

E

Cumprir as melhores práticas de notificação

PERGUNTA-CHAVE

O que é que o público-alvo precisa de saber para compreender bem o contexto dos resultados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Notificar tanto as desigualdades absolutas como relativas
- Indicar o nível médio do indicador na população-alvo
- Indicar a proporção da população dos subgrupos
- Assinalar os resultados que se baseiam em tamanhos de amostras pequenos (se os resultados derivarem dos dados dos inquéritos)
- Considerar a notificação da significância estatística, se apropriado
- Comunicar os métodos e processos pelos quais se chegou às conclusões, incluindo os seus pontos fortes e as limitações

Visão geral

O PASSO 4 é centrado na comunicação do estado da desigualdade na vacinação ao público-alvo. Neste passo, as decisões tomadas em torno do âmbito da monitorização, fontes de dados e análise (Passos 1–3) determinarão a forma como os resultados são comunicados e a quem. Antes de se proceder à comunicação, é importante compreender muito bem os resultados e as limitações inerentes às fontes de dados e às abordagens de análise em que eles se baseiam.

Neste passo, um útil ponto de partida é revisitar os objectivos originais da atividade de monitorização e lembrar por que motivo foi feita a monitorização. Isso ajudará a esclarecer o impacto pretendido com a notificação (por exemplo, fundamentar decisões sobre políticas, programas e práticas) e identificar o público-alvo apropriado que tem uma função na utilização dos resultados para implementar as alterações (Passo 4A). Estas considerações influenciam todas as subseqüentes decisões sobre a comunicação no que respeita ao âmbito da notificação (Passo 4B), conteúdo técnico (Passo 4C) e métodos de apresentação de dados (Passo 4D). O Passo 4E chama a atenção para as melhores práticas de notificação. O Apêndice 8 apresenta o estudo de caso sobre o modo como os resultados de uma monitorização das desigualdades na vacinação foram comunicados, atendendo a cada um dos Sub-passos 4A–E.

A notificação das desigualdades na vacinação pode assumir várias formas, tais como relatórios escritos, apresentações multimédia, sínteses de políticas ou plataformas interativas *online*. Convém lembrar que a mesma análise poderá ser adaptada a diferentes públicos-alvo: pode preparar-se uma tese de investigação para públicos-alvo académicos; um relatório técnico para responsáveis pela monitorização e avaliação; e uma síntese de política para os decisores-alvo. As considerações gerais feitas ao longo do Passo 4 podem ser aplicadas à maioria dos tipos de produtos de comunicação, embora a sua aplicação eficaz exija sólidos conhecimentos específicos do formato de notificação. Uma forma de garantir que a notificação terá o impacto pretendido é fazer um teste-piloto da abordagem com alguns membros do público-alvo para solicitar *feedback* e fazer as alterações necessárias.

A. Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo

PASSO 4

Comunicar os resultados

A

Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo

B

Selecionar âmbito da notificação

C

Definir o conteúdo técnico

D

Estabelecer os métodos de apresentação dos dados

E

Cumprir as melhores práticas de notificação

PERGUNTA-CHAVE

Que parâmetros orientam a abordagem de notificação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Definir as metas e objectivos abrangentes da notificação
- Identificar o principal público para quem o relatório é preparado
- Determinar os conhecimentos prévios do público sobre as desigualdades na vacinação

Passo 4A Melhores práticas:

- Assumir uma atitude prática para determinar a abordagem de comunicação: estabelecer metas e objectivos que os resultados possam alcançar e que estejam em sintonia com o contexto da notificação.
- Identificar o público-alvo melhor posicionado para agir ou beneficiar com os resultados.

Ao definir a finalidade da comunicação, é preciso lembrar as principais razões subjacentes à monitorização das desigualdades na vacinação, para garantir que os benefícios da vacinação se estendam de forma igual a todas as pessoas. Idealmente, a finalidade da comunicação aborda esta visão mais vasta, embora numa forma mais restrita e orientada.

Ao determinar a finalidade da comunicação, é útil estabelecer as metas e objectivos gerais para o produto da notificação. Por exemplo, poderá procurar facilitar uma melhor compreensão sobre as lacunas na vacinação entre os distritos de um país. Metas e objectivos que estejam claramente definidos ajudam a garantir que todos os aspectos da notificação apoiem esses resultados que se pretendem.

A notificação pode implicar a comunicação da informação a um ou mais públicos-alvo. Conhecer bem o público, incluindo as suas capacidades, interesses e necessidades ajudará a tornar mais eficaz a comunicação dos resultados. Os públicos-alvo poderão incluir, por exemplo: os membros do Grupo Consultivo Técnico Nacional para a Vacinação (NITAG); investigadores em questões de vacinação; peritos técnicos que elaborem orientações para os protocolos de administração de vacinas; clínicos de saúde pública responsáveis pela mobilização das comunidades para a vacinação; políticos ou decisores políticos que afectem recursos aos programas de vacinação; e grupos de advocacia envolvidos numa sensibilização acrescida para a vacinação. Em alguns casos, o público-alvo poderá estar fora do sector da saúde.

B. Selecionar o âmbito da notificação

PASSO 4

Comunicar os resultados

A

Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo

B

Selecionar o âmbito da notificação

C

Definir conteúdo técnico

D

Estabelecer os métodos de apresentação dos dados

E

Cumprir as melhores práticas de notificação

PERGUNTA-CHAVE

Que aspectos do estado das desigualdades devem ser abrangidos pelo relatório?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Determinar que dados refletem o estado mais recente das desigualdades
- Avaliar se devem ser notificadas as tendências ao longo do tempo
- Avaliar se deve ser comunicada a análise comparativa

Passo 4B Melhores práticas:

- Notificar o atual estado das desigualdades, usando os mais recentes dados disponíveis.
- Quando possível, contextualizar os resultados, indicando o modo como as desigualdades mudaram ao longo do tempo e como o estado das desigualdades numa jurisdição de monitorização se compara com outras jurisdições semelhantes.

Embora o passo da análise de dados (Passo 3) possa ter gerado muitos resultados, a fase de notificação requer que se pondere cautelosamente quais os resultados mais pertinentes para se comunicar ao público-alvo. No mínimo, a notificação deverá apresentar a informação mais recente sobre as desigualdades na vacinação. Quando se faz a notificação sobre a cobertura vacinal, por exemplo, ela deve fornecer ao público-alvo informação atualizada, nomeadamente: a atual cobertura da população-alvo e seus subgrupos; o modo como a população-alvo e os seus subgrupos estão a lidar com as metas da vacinação; e áreas prioritárias para novas acções.

O âmbito da vacinação poderá também abranger as tendências ao longo do tempo ou a análise comparativa. Uma vez que a vacinação pode variar de ano para ano, especialmente em contextos frágeis, a notificação das tendências de vários anos pode ajudar a obter um retrato global do desempenho ao longo do tempo. O intervalo entre as acções de monitorização depende muito da disponibilidade de dados: embora os inquéritos domiciliares se realizem, normalmente, entre 3 e 5 anos, é possível fazer anualmente análises das desigualdades com base nas fontes de dados administrativas.

Quando se notificam as tendências ao longo do tempo, poderá ser oportuno salientar as principais etapas relacionadas com a vacinação, tais como as principais mudanças nas políticas ou procedimentos de vacinação

no país, que ajudam o leitor a contextualizar os resultados. Do mesmo modo, a análise comparativa, o processo de comparar dados de áreas semelhantes, para se ter uma ideia do nível das desigualdades numa área em relação a outras áreas, acrescenta contexto e profundidade às situações de desigualdade (Caixa 5).



Caixa 5. Melhores práticas de análise comparativa

Quando usada na notificação das desigualdades, a análise comparativa apresenta resultados para a população-alvo juntamente com uma ou mais populações ou metas diferentes, por uma questão de comparação. Uma análise comparativa absoluta (nomeadamente, alcançar 80% de cobertura em todos os grupos) é uma das abordagens. Outras abordagens envolvem estabelecer comparações entre os países, entre as regiões subnacionais de um país ou com a média nacional. Deve fornecer-se informação contextual relevante para ilustrar o modo como as populações são semelhantes ou diferentes. As populações podem ser escolhidas para análise comparativa porque se situam na mesma região geográfica, pertencem ao grupo com o mesmo nível de rendimentos no país ou têm o mesmo tamanho da população que a população-alvo. Devem anotar-se as circunstâncias excepcionais que possam explicar desempenhos melhores ou piores, tais como diferenças no financiamento ou em outros recursos. É preciso garantir que as fontes de dados e os métodos de análise são comparáveis entre as populações ou salientar as diferenças existentes.

C. Definir o conteúdo técnico

PASSO 4

Comunicar os resultados

A

Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo

B

Selecionar âmbito da notificação

C

Definir o conteúdo técnico

D

Estabelecer os métodos de apresentação dos dados

E

Cumprir as melhores práticas de notificação

PERGUNTA-CHAVE

Que resultados da análise de dados serão notificados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Fazer uma avaliação inicial dos resultados para determinar:
 - Quais as conclusões mais importantes?
 - Há padrões evidentes nos dados?
- Notificar as estimativas de dados estratificados
- Considerar se as medidas simples e as medidas complexas refletem as mesmas conclusões

Passo 4C Melhores práticas:

- Familiar-se com as capacidades técnicas e os interesses do público-alvo e garantir que isso está reflectido no conteúdo técnico do relatório.
- Sempre que possível, usar o conteúdo técnico mais simples e fácil de compreender que sustenta os principais resultados.

Ao notificar as desigualdades na vacinação, o conteúdo técnico deve servir como a base de evidências para as principais mensagens e conclusões. Uma avaliação inicial dos resultados pode ajudar a revelar as conclusões e padrões mais importantes dos dados. É preciso lembrar as limitações das fontes de dados (ver Passo 2 e Apêndice 4) e as abordagens de análise (ver Passo 3) que afectam o modo como os resultados são entendidos.

O conteúdo incluído nos produtos de notificação deve estar alinhado com o público-alvo, a finalidade e o âmbito do relatório (Passos 4A–B). Por exemplo, os artigos revistos por pares e os relatórios técnicos são, frequentemente, de natureza altamente técnica, uma vez que se dirigem, principalmente, a um público académico e técnico. Outras formas de notificação, tais como sínteses de políticas e relatórios não técnicos, tendem a incluir menos conteúdo técnico e a concentrar-se, pelo contrário, na aplicação contextual e na relevância e utilização dos resultados; estes produtos poderão ter um impacto especial junto dos decisores políticos.

Independentemente do produto da notificação, é preciso incluir conteúdo técnico que seja fácil de compreender e comunicar. Muitas vezes, um bom ponto de partida é incluir as estimativas estratificadas de cobertura mais recentes, visto que isso constitui a base para outras comparações. Como orientação geral, ao seleccionar medidas sumárias das desigualdades para inclusão nos relatórios, é preferível utilizar medidas simples e não medidas complexas, desde que elas sustentem as mesmas conclusões. Se não for esse o caso, poderão usar-se as medidas sumárias complexas das desigualdades para ilustrar os resultados de forma mais flexível, se isso for apropriado para o público-alvo e para a finalidade da notificação, desde que a sua interpretação seja explicada com clareza.

D. Estabelecer os métodos de apresentação dos dados

PASSO 4

Comunicar os resultados

A

Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo

B

Selecionar o âmbito da notificação

C

Definir o conteúdo técnico

D

Estabelecer os métodos de apresentação dos dados

E

Cumprir as melhores práticas de notificação

PERGUNTA-CHAVE

Como irão ser apresentadas as principais mensagens dos dados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Identificar as ferramentas apropriadas para apresentar os resultados (e.g. texto, tabelas, gráficos e mapas)
- Ponderar a utilização de tecnologias de visualização interactivas

Passo 4D Melhores práticas:

- Integrar texto, tabelas, gráficos, mapas e/ou visualização interactiva dos dados nos relatórios, de forma a motivar o público-alvo.
- Conversar com os membros do público-alvo, para garantir que as ferramentas de notificação são devidamente compreendidas e impactantes.

Como se afirma no Passo 4A, a finalidade da notificação e as necessidades do público devem influenciar as decisões sobre o modo como os dados são apresentados. Alguns dos métodos principais para se apresentarem os dados da vacinação incluem: texto; tabelas; gráficos; mapas; e visualização interactiva dos dados. A notificação exerce mais impacto quando usa esses métodos de forma equilibrada e intencional, que seja apelativa para o público-alvo. As tabelas, gráficos e mapas podem, por vezes, ser apresentados fora do seu contexto de notificação original; por isso, é preciso assegurar que são autoexplicativos, com títulos e legendas descritivos.

- O texto, uma importante componente dos relatórios escritos, é útil para fornecer informação básica e explicar os cambiantes e padrões dos dados. O texto deve ser conciso e simples de entender, proporcionado um nível de leitura apropriado para o público-alvo.
- As tabelas são um meio apropriado para apresentar uma visão geral precisa e abrangente de grandes quantidades de dados; contudo, normalmente requerem um grande esforço por parte do leitor, para retirar conclusões.
- Os gráficos podem constituir uma boa opção para simplificar mensagens complexas por resumirem visualmente grandes quantidades de dados, incluindo as mudanças ao longo do tempo. Usar vários

gráficos pode ajudar a exibir mensagens de várias formas, embora seja, geralmente, melhor usar apenas um ou dois tipos de gráficos, para manter a consistência ao longo de todo o relatório (Caixa 6).

- Os mapas podem ser usados para mostrar os dados que têm uma componente geográfica; contudo, convém lembrar que o tamanho das áreas no mapa pode não corresponder ao tamanho ou densidade da população.
- As tecnologias de visualização interactiva oferecem maiores possibilidades de exploração digital dos dados. Existem vários programas de software para ajudar a criar dados visuais, desde o *software* amplamente disponível com várias aplicações até ao *software* mais especializado de estatística e análise visual.

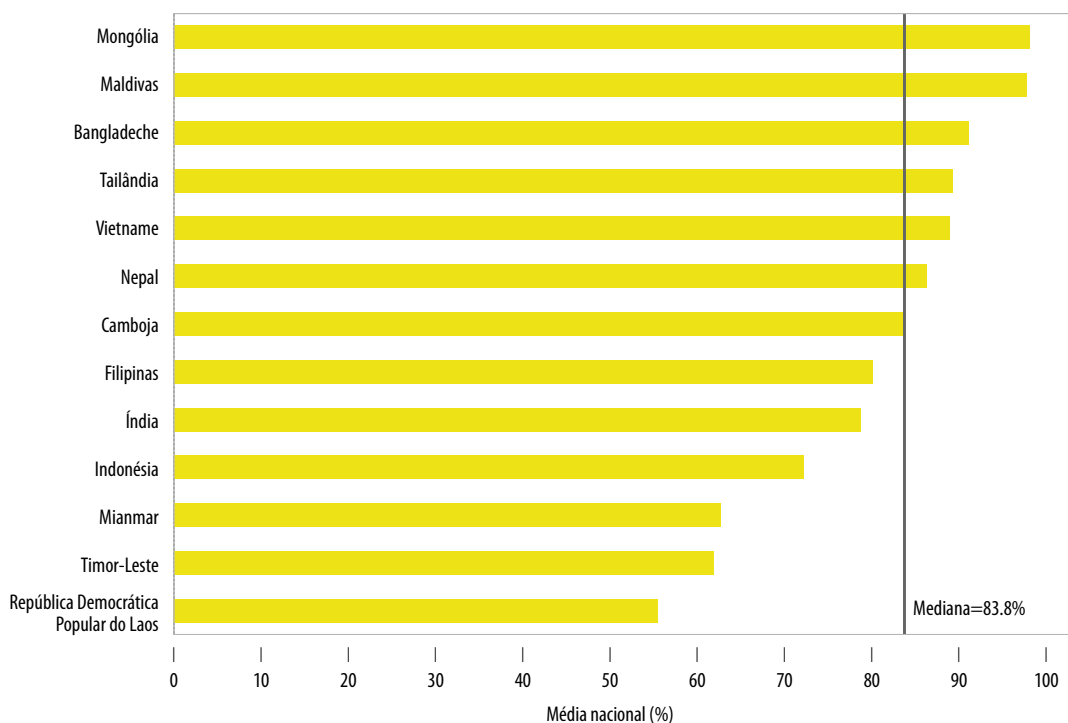
Caixa 6. Apresentar os dados da vacinação em gráficos



Há muitos tipos possíveis de gráficos que podem ser usados para ilustrar as desigualdades na vacinação (1,2). A escolha de um gráfico deve corresponder à quantidade e tipo de informação que tem de ser apresentada (por exemplo, médias nacionais, dados estratificados, medidas sumárias ou mudanças ao longo do tempo). Deve igualmente refletir as necessidades e preferências do público-alvo. Alguns exemplos de gráficos normalmente usados para notificar as desigualdades são:

- Gráfico de barras horizontais: estes gráficos são úteis para mostrar os dados nacionais de vários países ou para mostrar os dados estratificados de vários subgrupos. Pode usar-se uma linha vertical atravessando as barras, para indicar o valor mediano (ponto médio de todos os valores) ou a média nacional. Os gráficos de barras também podem ser desenhados verticalmente com uma linha horizontal mostrando o valor mediano ou o valor nacional (ver Figura 1).

Figura 1. Gráfico de barras horizontais mostrando a média nacional da cobertura da vacina DTP3 em 13 países das regiões do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental (DHS, MICS, RHS 2008–2017)

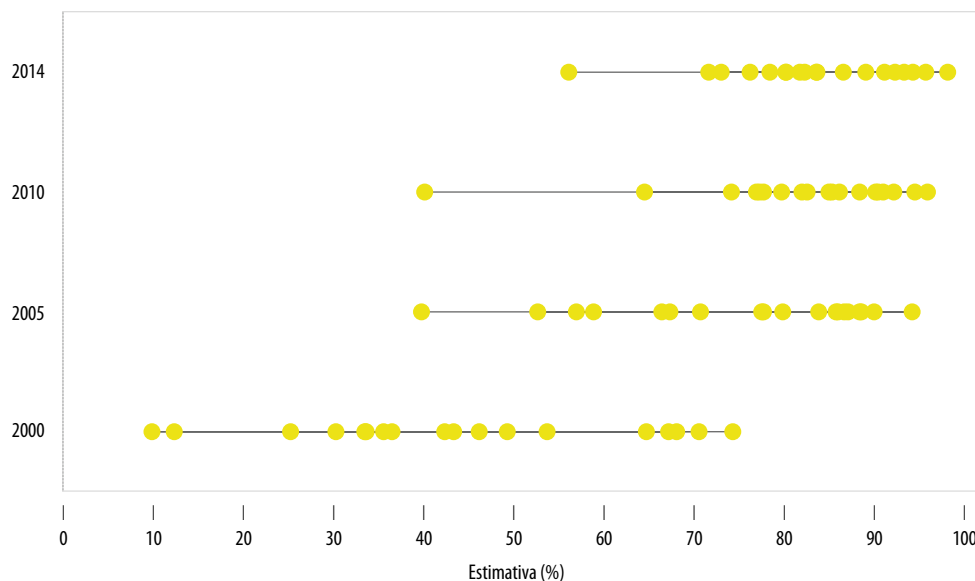




Caixa 6. Apresentar os dados da vacinação em gráficos (continuação)

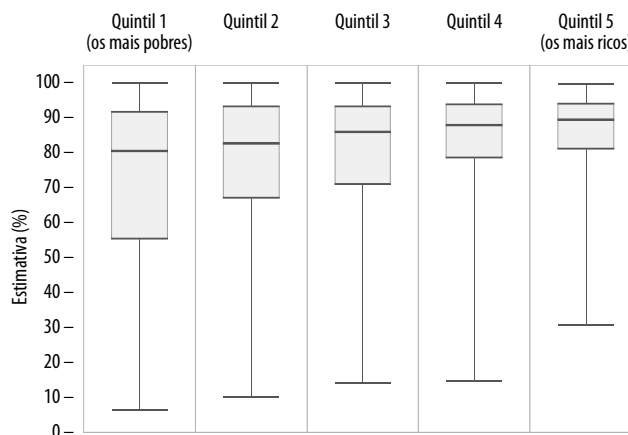
• Gráfico circular horizontal (também chamado de equiplot): este tipo de gráfico exibe dados estratificados para vários subgrupos e/ou vários pontos no tempo. Na Figura 2, estão indicados quatro pontos no tempo como linhas e, dentro de cada linha, círculos representando as regiões subnacionais no Camboja. A linha que corre entre os dois círculos das extremidades indica a diferença (desigualdade absoluta).

Figura 2. Gráfico circular horizontal mostrando a cobertura da vacina DTP3 estratificada por região subnacional no Camboja (DHS 2000, 2005, 2010, 2014)



• Diagrama de caixa: Estes diagramas podem ser usados para mostrar dados estratificados de vários países. Fornecem informação sobre a distribuição de um conjunto de dados, tais como estimativas de vários países para um subgrupo, sem listar todos os pontos de dados. Enquanto as linhas de cima e de baixo indicam os valores máximo e mínimo, a linha central mostra a mediana. As caixas sombreadas indicam os limites interquartis (os 50% médios das estimativas). A Figura 3 mostra a cobertura da vacina DTP3 por quintis de rendimento em 87 países.

Figura 3. Diagrama de caixa mostrando a cobertura da vacina DTP3 estratificada por nível socioeconómico em 87 países (DHS, MICS, RHS 2008–2017)

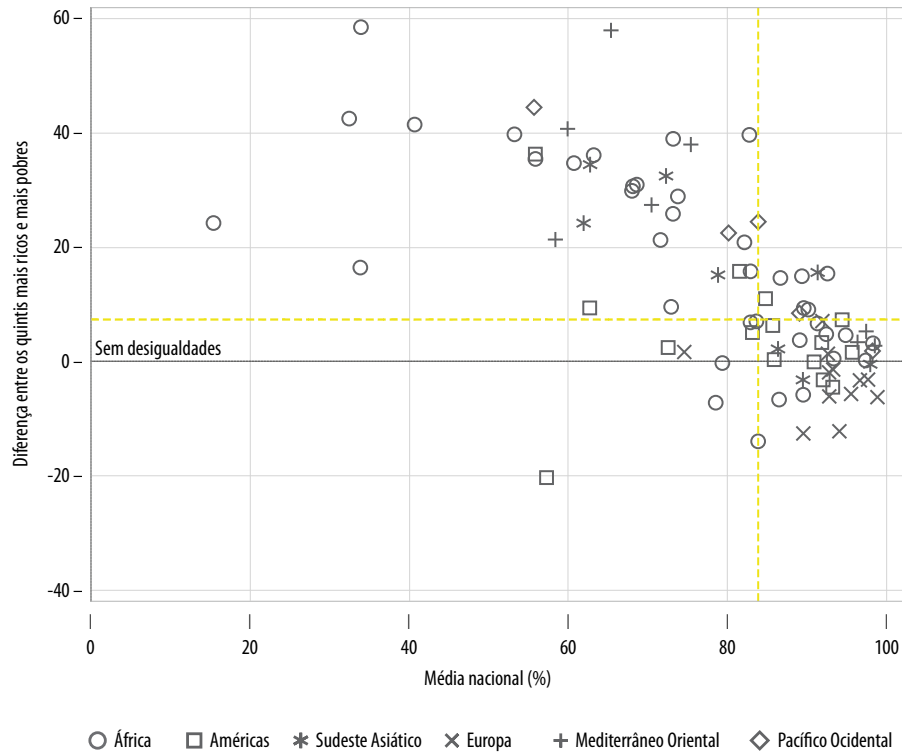




Caixa 6. Apresentar os dados da vacinação em gráficos (continuação)

- Gráfico de dispersão de quatro quadrantes: Na Figura 4, o gráfico de dispersão de quatro quadrantes coloca a média nacional no eixo x e a desigualdade absoluta relacionada com a economia (diferença) no eixo y, com uma forma representando cada um dos 87 países. Os gráficos de dispersão podem igualmente ser usados para mostrar as mudanças observadas na média nacional ao longo do tempo (eixo x) e as mudanças nas medidas sumárias ao longo do tempo (isto é, mudança absoluta excessiva) (eixo y).

Figura 4. Gráfico de dispersão de quatro quadrantes mostrando a média nacional da cobertura da vacina DTP3 (eixo x) e a desigualdade absoluta relacionada com a economia (eixo y) em 87 países (DHS, MICS, RHS 2008–2017)



E. Cumprir as melhores práticas de notificação

PASSO 4

Comunicar os resultados

A

Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo

B

Selecionar âmbito da notificação

C

Definir o conteúdo técnico

D

Estabelecer os métodos de apresentação dos dados

E

Cumprir as melhores práticas de notificação

PERGUNTA-CHAVE

O que é que o público-alvo precisa de saber para compreender bem o contexto dos resultados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Notificar tanto as desigualdades absolutas como relativas
- Indicar o nível médio do indicador na população-alvo
- Indicar a proporção da população dos subgrupos
- Assinalar os resultados que se baseiam em tamanhos de amostras pequenos (se os resultados derivarem dos dados dos inquéritos)
- Considerar a notificação da significância estatística, se apropriado
- Comunicar os métodos e processos pelos quais se chegou às conclusões, incluindo os seus pontos fortes e as limitações

Passo 4E Melhores práticas:

- Garantir que o produto final da notificação apresente uma visão geral abrangente dos resultados pertinentes, descrevendo adequadamente os métodos e abordagens subjacentes.
- Realizar uma verificação da qualidade para garantir a manutenção das melhores práticas de notificação.

Aderir às melhores práticas de notificação das desigualdades ajuda a garantir que o público-alvo terá à sua disposição toda a informação técnica e não técnica que está na base das principais mensagens, recomendações e conclusões. Tornando o processo de notificação transparente e completo, a notificação terá mais argumentos para se tomarem medidas de remediação e mudar a implementação. As melhores práticas de notificação das desigualdades na vacinação incluem:

- Fornecer informação básica acerca das políticas, programas ou práticas de vacinação que afectam a população-alvo para a monitorização.
- Justificar e definir a escolha dos indicadores da vacinação e das dimensões das desigualdades.
- Indicar as fontes de dados usadas para a monitorização e as limitações pertinentes.
- Descrever os métodos e processos pelos quais se chegou às conclusões, incluindo uma descrição fiel das limitações ou potenciais vieses inerentes na abordagem (em alguns casos, isto pode fazer-se através de um apêndice ou nota técnica).
- Reiterar os objectivos da atividade de monitorização e o modo como os resultados poderão ser usados.

Ao comunicar os resultados da análise dos dados, tentar incluir: o nível médio do indicador na população-alvo; medidas de desigualdades absolutas e relativas; e proporção da população dos subgrupos (Caixa 7). Para os resultados que usam os inquéritos domiciliares como fonte de dados, assinalar os resultados que se baseiam

em tamanhos da amostra pequenos. Ponderar se é apropriado notificar a significância estatística (Caixa 8). Para um estudo de caso sobre o modo como foram seguidas as melhores práticas de notificar as desigualdades na saúde, consultar o Apêndice 8.



Caixa 7. Proporção da população: por que é importante e como notifi-cá-la

Proporção da população refere-se à percentagem da população total afectada que pertence a um determinado subgrupo populacional. Ao monitorizar a cobertura vacinal entre as crianças com um ano de idade, por exemplo, a proporção da população expressa a percentagem de crianças de 1 ano que pertencem a um determinado subgrupo em relação ao total de crianças de um ano de idade da população. A Tabela 4 mostra a proporção da população de crianças de um ano de idade na Indonésia em seis subgrupos de escolaridade materna (3).

Tabela 4. Proporção da população de crianças de 1 ano de idade na Indonésia nos subgrupos definidos pelo nível de escolaridade materna e correspondente cobertura da vacina da BCG, RISKEDAS 2013

Escolaridade materna	Proporção da população (%)	Cobertura da vacina da BCG (%)
Sem escolaridade	3,0	78,9
Ensino primário incompleto	8,6	80,2
Ensino primário	30,8	86,1
Ensino básico	23,9	90,4
Ensino secundário	26,5	93,1
Ensino superior	7,2	94,5
Nacional	100,0	87,6

A notificação da proporção da população fornece informações que ajudam o público-alvo a compreender melhor de que modo as desigualdades afectam uma população. No caso da Indonésia, a cobertura da vacina contra o Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) foi a mais baixa no subgrupo sem escolaridade, embora esse subgrupo consistisse apenas em 3,0% de crianças de 1 ano de idade no inquérito. A informação acerca da proporção da população é especialmente importante, se a proporção da população mudar ao longo do tempo. Consoante a natureza do relatório, a proporção da população pode ser incluída: em tabelas ou texto; em auxiliares visuais de dados interativos, poderá ser possível incluir a proporção da população na caixa de sugestões de uma janela *pop-up*, conforme as funcionalidades do *software*.



Caixa 8. Interpretar e notificar as medidas de incerteza

A notificação das medidas de incerteza, tais como intervalos de confiança de 95%, pode ajudar o público a compreender se as estimativas de indicadores baseadas nos dados dos inquéritos são significativamente diferentes entre os subgrupos da população (ver Passo 3A). O cálculo matemático das medidas de incerteza toma em consideração o tamanho da amostra do inquérito. Por um lado, pode haver dúvidas quando o tamanho da amostra é muito pequeno para gerar uma estimativa significativa. O Monitor da OMS para a Equidade na Saúde, por exemplo, não relata estimativas pontuais com base em tamanhos de amostras de subgrupos abaixo de 25 e assinala como “tamanho de amostra pequeno” estimativas baseadas em 25–49 casos. Nos casos em que as estimativas dos subgrupos se baseiam em tamanhos de amostras pequenos, os resultados podem indicar grandes diferenças nas estimativas pontuais, que não têm significado estatístico (por exemplo, os intervalos de confiança de 95% são grandes e sobrepostos).

Pelo contrário, poderá haver casos em que pequenas diferenças tenham significado estatístico (porque se baseiam em amostras grandes), mas essas diferenças não são importantes na perspectiva da saúde pública. Por exemplo, de acordo com o DHS de 2015 na Índia, a cobertura da vacina DTP3 entre as crianças com 1 ano de idade era de 80,5% nas zonas urbanas e 78,0% nas zonas rurais, com intervalos de confiança de 95% não sobrepostos (os intervalos de confiança de 95% eram de 79,2–81,8 para as zonas urbanas e 77,4–78,6 para as zonas rurais). Embora esta diferença de 2,5 pontos percentuais possa ter significado estatístico, não é provavelmente significativo em termos de políticas, programas e práticas de saúde pública.

Ao considerar se as medidas de incerteza devem ser notificadas e como, é preciso considerar os conhecimentos técnicos do público-alvo e se as medidas irão acrescentar algo aos resultados ou, pelo contrário, irão criar confusão desnecessária. Em qualquer dos casos, é preciso garantir que os resultados não conduzam a conclusões falsas ou políticas mal informadas.

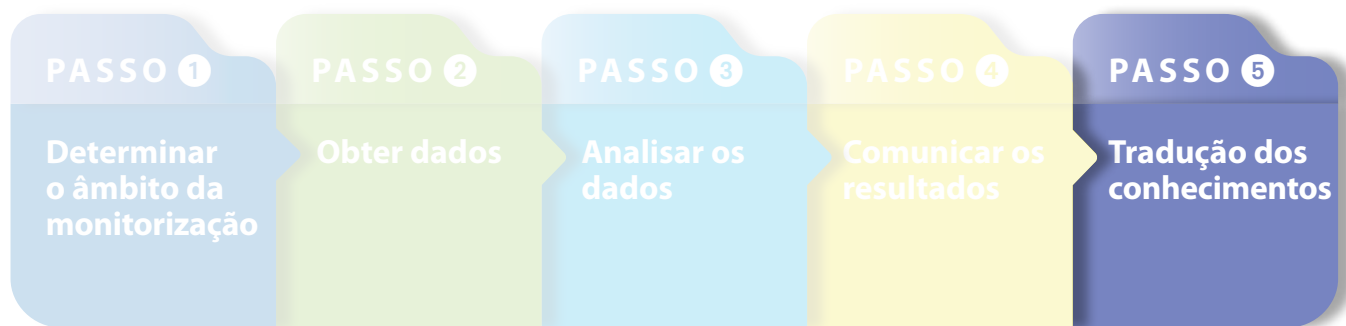
Referências

1. Asada Y, Abel H, Skedgel C, Warner G. On effective graphic communication of health inequality: considerations for health policy researchers. *Milbank Q.* 2017;95(4):801–35.
2. State of inequality: reproductive, maternal, newfilho and child health. Geneva: World Health Organization; 2015.
3. State of health inequality: Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2017.

PASSO

5

Tradução dos
conhecimentos



PASSO 5

Tradução dos conhecimentos

Identificar áreas de ação prioritárias

Integrar considerações de equidade nos programas e políticas de vacinação

Identificar oportunidades para a colaboração intersectorial

Visão geral

O PASSO 5 tradução dos conhecimentos, promove a utilização dos resultados para implementar mudanças nas políticas, programas ou práticas que afectam a vacinação. Este passo é, talvez, o aspecto mais simples da monitorização das desigualdades, visto que é altamente dependente do contexto e iterativo. O processo de utilizar os resultados para implementar mudanças requer conhecimentos aprofundados acerca do panorama das políticas, programas e práticas no interior da jurisdição de monitorização, assim como das agendas políticas, processos políticos e interesses em conflito. Fazer mudanças de longo prazo e sustentáveis para melhorar as situações de desigualdade requer esforços contínuos e multifacetados. Também requer colaboração entre diversos grupos de partes interessadas e um compromisso político sustentado.

Devido à natureza não linear deste processo, esta secção sublinha três atividades de tradução dos conhecimentos para corrigir as situações de desigualdade em questões de vacinação: identificar áreas prioritárias de ação; integrar considerações de equidade nas atividades de vacinação; e identificar oportunidades de colaboração multisectorial.

Identificar áreas de ação prioritárias

Os resultados da monitorização das desigualdades na vacinação podem ser usados como base para determinar áreas prioritárias para acções de seguimento. Embora haja muitas formas possíveis de facilitar a interpretação dos resultados da monitorização das desigualdades em áreas prioritárias concretas, uma abordagem simples, sublinhada no *Manual sobre a monitorização das desigualdades na saúde: com especial atenção aos países de baixa e média renda*, envolve um sistema de pontuar os resultados da monitorização, para se chegar a uma ordenação geral das dimensões das desigualdades e dos indicadores da vacinação. Nesta abordagem, é criado um quadro que ordena os indicadores da vacinação em linhas e as dimensões das desigualdades em colunas, com uma coluna adicional indicando a cobertura nacional (Tabela-modelo 5). Com base nos resultados da monitorização, a cada célula da tabela (isto é, a combinação do indicador da vacinação e a dimensão das desigualdades) é atribuída uma pontuação de 1 a 3: 1 indica que atualmente não é necessária qualquer ação; 2 indica que a ação se justifica; e 3 indica que é urgente actuar. Do mesmo modo, a média nacional para cada indicador da vacinação é igualmente pontuado de 1 a 3. A pontuação média é calculada para cada indicador e dimensão. Essa pontuação média pode depois ser ordenada para determinar as áreas de ação prioritárias entre as dimensões da desigualdade e os indicadores da vacinação.

Tabela-modelo 5. Aplicar um sistema de pontuação para determinar áreas de ação prioritárias

Indicador da vacinação [listar os indicadores da vacinação]	Desigualdades por dimensão										Pontuação média	Média nacional	
	Rendimentos		Escolaridade		Sexo		Local de residência		[inserir outros]				
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.			

Abs: desigualdade absoluta; Rel: desigualdade relativa

Como exemplo, a Tabela 5 demonstra como esta abordagem foi aplicada à monitorização das desigualdades na saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nas Filipinas (1). A média nacional e a pontuação média das dimensões das desigualdades relativamente à vacinação do sarampo sugerem que a desigualdade no indicador pode ser uma prioridade maior do que, pelo menos, uma consulta pré-natal e uma prioridade menor do que partos assistidos por profissionais especializados.

Tabela 5. Aplicar um sistema de pontuação para determinar áreas prioritárias para ação em matéria de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nas Filipinas (1)

Indicador de vacinação [listar os indicadores da vacinação]	Desigualdade por dimensão										Pontuação média	Média nacional
	Rendimentos		Escolaridade		Sexo		Local de residência		[inserir outros]			
	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.	Abs.	Rel.		
Cuidados pré-natais: pelo menos, uma consulta	1	1	2	2			1	1	1	1	1.3	1
Partos assistidos por profissionais especializados	3	3	3	3			3	2	3	3	2.9	3
Sarampo entre crianças de 1 ano	2	2	3	3	1	1	1	1	3	2	1.9	2

Abs: desigualdade absoluta; Rel: desigualdade relativa

Nota: 1 indica que não são necessárias acções (células verdes), 2 indica que é preciso tomar medidas (células amarelas) e 3 indica que é urgente tomar medidas (células vermelhas). A pontuação média é a média dos valores das desigualdades por dimensão.

Ao identificar as áreas prioritárias, a realização de consultas com as partes interessadas, que estejam familiarizadas com os resultados da monitorização e com o contexto da vacinação e da monitorização, ajudar a assegurar a viabilidade e adequação das recomendações. Por exemplo, um painel de consultores com experiência na interpretação de estatísticas poderá reunir-se para avaliar a situação e decidir a forma de agir. Isso significa decidir que partes dos resultados da análise têm implicações tangíveis e práticas nos recursos e funções do público-alvo. As sínteses políticas são uma ferramenta útil para resumir a forma como as acções devem ser priorizadas (e a respetiva justificação) e transmitir aconselhamento concreto e conciso aos decisores políticos. A Caixa 9 apresenta um exemplo para ilustrar o modo como os resultados da monitorização das desigualdades na saúde na Indonésia foram usados para identificar as prioridades políticas.



Caixa 9. Avaliar a situação das desigualdades na saúde na Indonésia

Em 2016–2017, com o apoio da OMS, algumas partes interessadas da Indonésia levaram a cabo uma exaustiva avaliação das desigualdades na saúde, abrangendo 11 áreas (incluindo a vacinação infantil), 53 indicadores da saúde e 8 dimensões das desigualdades. A finalidade das análises era quantificar a magnitude das desigualdades na saúde e, em seguida, utilizar essas evidências para identificar áreas prioritárias para a formulação de políticas orientadas para a redução das desigualdades (2).

Os resultados dessa avaliação, resumidos no relatório *Situação das desigualdades na saúde: Indonésia (2)*, demonstraram que as desigualdades na saúde variam conforme as áreas da saúde, os indicadores da saúde e as dimensões das desigualdades. As desigualdades na vacinação infantil, por exemplo, eram mais pronunciadas, conforme o nível socioeconómico das famílias, a escolaridade da mãe, o local de residência e a região subnacional. O relatório realçava também o modo como as desigualdades na saúde são uma medida distinta da média nacional. No que diz respeito a alguns indicadores da saúde materna, neonatal e infantil, os indicadores com médias nacionais satisfatórias demonstraram níveis elevados de desigualdade; e certos indicadores da saúde relacionados com comportamentos, tais como o baixo consumo de fruta e legumes, revelaram mau desempenho em toda a população.

Os resultados destas análises têm implicações na identificação de prioridades políticas na Indonésia. Revelando desigualdades a nível de província e distrito, relativamente ao acesso a serviços melhorados de água potável e saneamento, as análises sugerem que as desigualdades no desenvolvimento no país tem afectado o acesso a serviços essenciais. Esta análise sublinha a necessidade de se desenvolverem esforços de formação de capacidades nas zonas de mau desempenho (3). As desigualdades observadas no consumo de tabaco entre os adolescentes, que era mais elevado no sexo masculino do que no feminino e, entre estes, nas famílias mais pobres, ajudam a identificar que populações exigem maior apoio e medidas no domínio dos programas de luta contra o tabagismo (4).

Integrar considerações de equidade nos programas e políticas de vacinação

Os resultados da monitorização das desigualdades podem fornecer contributos importantes para orientar o planeamento e a implementação das atividades de vacinação. No contexto dos programas de vacinação, os resultados da monitorização das desigualdades devem ser considerados em vários pontos estratégicos, para maximizar o potencial de impacto. Em primeiro lugar, devem ser considerados durante as revisões dos programas. Uma revisão do PAV, também chamada de Revisão Nacional do Programa de Vacinação, é uma avaliação abrangente dos pontos fortes e fracos de um programa de vacinação a nível nacional, subnacional e de prestação de serviços (5). Uma revisão documental é feita logo no início do processo de revisão do PAV e deve incluir a monitorização das desigualdades, para ajudar a identificar os locais a visitar e as questões de equidade a abordar durante a revisão. Por outro lado, as estratégias como a redução das oportunidades de vacinação perdidas (6) e a adaptação dos programas de vacinação (7) podem usar os resultados da monitorização das desigualdades para ajudar a identificar as causas dessa iniquidade. Quaisquer intervenções de vacinação orientadas para a equidade que sejam propostas devem ser incluídas nos PEPA, para aumentar

a chance de financiamento, planeamento e implementação dessas atividades. Por conseguinte, a análise dos resultados de monitorização das desigualdades, particularmente para as Revisões do PAV, deve ser conduzida antes do ciclo de planeamento estratégico dos programas de vacinação.

A Caixa 10 mostra como as considerações de equidade podem ser integradas nos processos de programação e planeamento da Gavi.



Caixa 10. Integrar considerações de equidade nas avaliações e candidaturas conjuntas à Gavi, a Aliança para as Vacinas

Os países elegíveis para o apoio da Gavi têm uma outra oportunidade para integrar as considerações de equidade nos programas e planos, que são as avaliações e as candidaturas conjuntas à Gavi (8). As avaliações conjuntas são análises anuais, feitas por várias partes interessadas nacionais, dos progressos, desempenho e resultados da implementação em função do apoio da Gavi ao país. Embora não seja tão completa como uma revisão holística do PAV, as avaliações conjuntas oferecem uma importante oportunidade para analisar os sucessos e os desafios, concordar sobre as atividades programáticas para o período seguinte e, em certos casos, visitar e possivelmente reprogramar o apoio da Gavi às comunidades e populações mais necessitadas. O desejo de ter análises robustas relacionadas com as iniquidades é realçado nas *Orientações para a análise da avaliação conjunta da Gavi* (9) e os passos salientados neste manual podem reforçar a preparação e as análises revistas e discutidas como parte das avaliações conjuntas. Do mesmo modo, os países elegíveis têm a oportunidade, em cada três a cinco anos, de se candidatarem para novo apoio ao reforço do sistema de saúde, através de um processo completo de planeamento do portfólio (10). Este apoio, assim como o apoio às vacinas e equipamento da cadeia de frio, devem centrar-se na melhoria sustentável da cobertura e da equidade nos países. A Gavi atribui grande importância à orientação e adaptação do seu apoio àqueles que dele mais precisam, nomeadamente, as comunidades desfavorecidas, as crianças não vacinadas e as crianças com vacinação incompleta. Como tal, seguir os passos estabelecidos no presente manual e fazer o melhor uso da monitorização e análises das desigualdades pode ser crucial para fundamentar as candidaturas à Gavi.

Traduzir as evidências em acções não é uma abordagem do tipo “tamanho único”; pelo contrário, assume diferentes formas em diferentes contextos. Os países podem, por exemplo, usar os resultados da monitorização das desigualdades para alocar fundos aos distritos com mau desempenho ou concentrar esforços para melhorar a cobertura nas populações onde o fardo das doenças evitáveis pela vacinação é mais pesado. Por outro lado, as medidas tomadas para abordar as desigualdades requerem monitorização para avaliar o seu grau de eficácia na redução das desigualdades. Foram desenvolvidas várias abordagens para facilitar a integração das considerações de equidade nos processos de planeamento e formulação de políticas. Organizações como a OMS e a UNICEF desenvolveram recursos gerais para facilitar os processos de formulação de políticas baseadas na equidade a nível nacional, que podem ser aplicados à questão da vacinação (Caixa 11):

- A abordagem *Innov8 da OMS para a revisão dos programas nacionais de saúde de modo a não deixar ninguém para trás* esboça uma metodologia de vários passos para equipas multidisciplinares de revisão que incide sobre o reforço da orientação dos programas nacionais de saúde para a equidade (11). Como o próprio nome sugere, a abordagem *Innov8* consiste em oito passos que são concretizados por uma equipa multidisciplinar de revisão. As atividades de monitorização das desigualdades apontadas neste manual podem produzir evidências e contributos para vários aspectos do processo (em particular, o primeiro passo da *Innov8* para compreender a linha de base do programa através de uma lista de verificação de diagnóstico, o terceiro passo para identificar quem está a ser deixado fora do programa e o oitavo passo para intensificação das práticas de monitorização e avaliação).
- A *EQUIST* (Ferramenta Sensível ao Impacto na Equidade) da UNICEF é uma plataforma online destinada a fornecer aos decisores políticos e diretores de programas as melhores evidências, dados e instrumentos disponíveis a nível mundial, para fundamentar estratégias e abordagens de redução das desigualdades

na área da saúde materna, neonatal e infantil (12). Usando funcionalidades como a Análise de Cenários da EQUIST, podem ser identificadas soluções (pacotes de intervenções) orientadas para a equidade, para abordar as desigualdades, tendo em conta o número de mortes evitadas e a relação custo-eficácia global.

Embora esteja para além do âmbito deste recurso proporcionar uma discussão aprofundada sobre a concepção de intervenções de vacinação orientadas para a equidade, a Caixa 11 salienta exemplos da forma como os países integraram considerações de equidade em programas e políticas do sector da saúde. São necessários esforços mais vastos para documentar exemplos da forma como as considerações de equidade são integradas nos programas e políticas de vacinação.

Caixa 11. Respostas dos países para avançar com uma agenda da equidade



Os esforços para aumentar a orientação para a equidade das políticas e programas em todo o sector da saúde foram reforçados através de ferramentas de análise da equidade na saúde, incluindo a HEAT e HEAT Plus, assim como a Innov8. Na Região do Sudeste Asiático da OMS, há seis países que foram particularmente decisivos no desenvolvimento e uso experimental dessas ferramentas. Como resultado, esses países tomaram medidas para incorporar considerações de equidade nas várias instâncias da saúde (13):

- No Bangladesh, relatórios analíticos sobre tópicos de equidade na saúde, assim como uma ação de formação sobre a monitorização das desigualdades na saúde, ajudaram a orientar as acções do governo para a consecução da cobertura universal de saúde até 2032.
- Na Índia, uma série de análises e publicações sobre desigualdades na saúde conduziu à formação da Rede de Equidade na Saúde, tendo promovido mais investigação e monitorização nas principais áreas prioritárias.
- Na Indonésia, análises da equidade na saúde e o uso da ferramenta HEAT Plus contribuíram para a reorientação dos planos de ação nacionais para a saúde materna e infantil.
- O Nepal usou as ferramentas HEAT Plus e Innov8 para identificar subpopulações de adolescentes que não tinham sido contempladas ou que apenas tinham recebido benefícios insuficientes do programa de saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. O país incorporou, desde então, estes resultados na Estratégia Revista da Saúde no Desenvolvimento dos Adolescentes.
- O Sri Lanka foi anfitrião de um evento integrado e multisectorial sobre formação de capacidades para a equidade na saúde, tendo identificado as principais áreas para mais estudos e acções políticas, tais como a abordagem das desigualdades distritais no raquitismo infantil e desigualdades relacionadas com os rendimentos na violência nas relações íntimas.
- A Tailândia integrou com sucesso considerações de equidade nos programas de rotina para fazer avançar a cobertura universal de saúde. O país adoptou um modelo de assembleias nacionais de saúde que facilitam o envolvimento do público na tomada de decisões e na definição de prioridades no sector da saúde.

Identificar oportunidades para a colaboração intersectorial

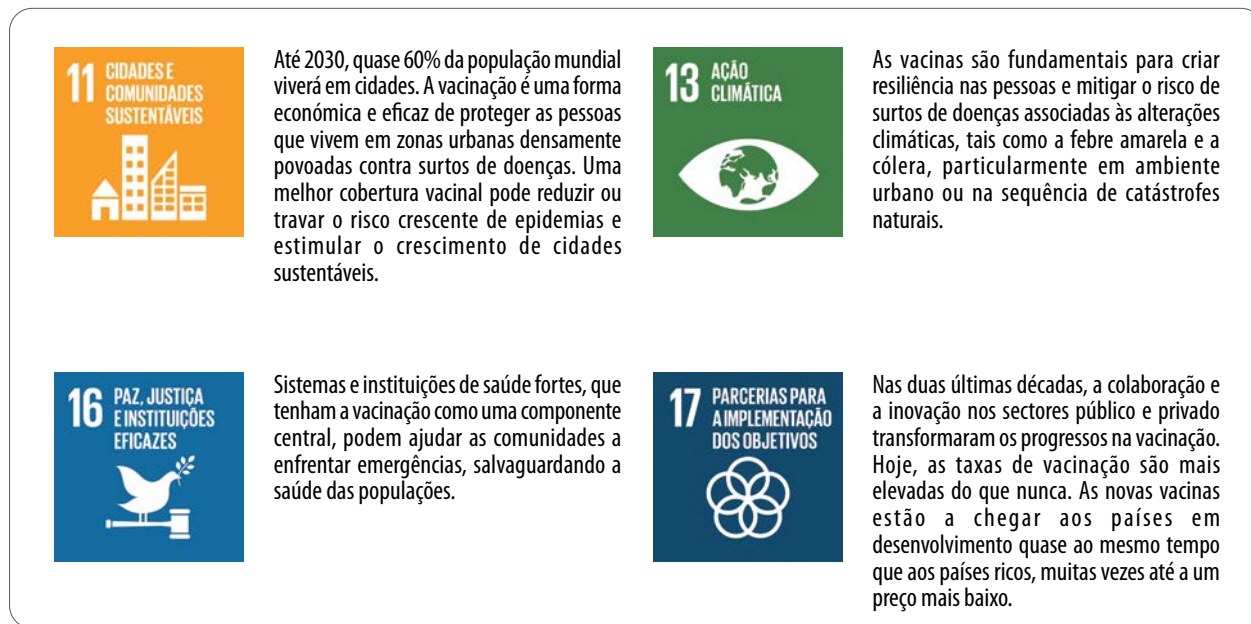
Abordar as desigualdades na vacinação também beneficia outros aspectos da saúde, desenvolvimento e bem-estar. Por exemplo melhorar a cobertura da vacinação infantil nos grupos populacionais desfavorecidos permite que haja mais crianças a frequentar a escola e mais famílias protegidas contra custos financeiros associados às doenças evitáveis pela vacinação. Os programas de transferência condicional de dinheiro provaram que contribuem para aumentar a cobertura vacinal, fazendo da vacinação uma condição para o recebimento de pagamentos em dinheiro vivo (14). As parcerias com setores externos à saúde podem constituir uma base sólida para promover acções destinadas a combater as desigualdades na vacinação.

A vacinação tem ampla cobertura na Agenda do Desenvolvimento Sustentável de 2030, o que é sugestivo da importância da ação multisectorial para outras iniciativas de saúde e desenvolvimento. Por outro lado, existem outras condições que contribuem para as desigualdades e que exigem a implementação de acções multisectoriais. A Figura 5 mostra a interligação entre a vacinação e certos Objectivos do Desenvolvimento Sustentável.

Figura 5. Como a vacinação está a ajudar os países a atingirem os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (15)



Figura 5. Como a vacinação está a ajudar os países a atingirem os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável (15)
(continuação)



Referências

1. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. State of health inequality: Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Afifah T, Nuryetty MT, Cahyorini, Musadad DA, Schlotheuber A, Bergen N et al. Subnational regional inequality in access to improved drinking water and sanitation in Indonesia: results from the 2015 Indonesian National Socioeconomic Survey (SUSENAS). Glob Health Action. 2018;11(Suppl. 1):31–40.
4. Kusumawardani N, Tarigan I, Suparmi, Schlotheuber A. Socio-economic, demographic and geographic correlates of cigarette smoking among Indonesian adolescents: results from the 2013 Indonesian Basic Health Research (RISKESDAS) survey. Glob Health Action. 2018;11(Suppl. 1):54–62.
5. A guide for conducting an Expanded Programme on Immunization review. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. Planning guide to reduce missed opportunities for vaccination. Geneva: World Health Organization; 2017.
7. The guide to tailoring immunization programmes. Geneva: World Health Organization; 2013.

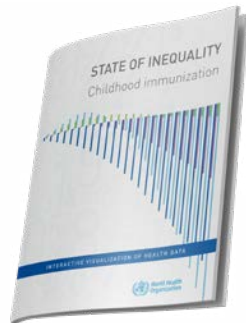

8. Joint appraisals [Internet]. Gavi, the Vaccine Alliance; 2019 (<https://www.gavi.org/support/process/joint-appraisals/>, acessado em 8 de Setembro de 2019).
9. Joint appraisal analysis guidance 2019. Gavi, the Vaccine Alliance; 2019 (<https://www.gavi.org/library/gavi-documents/guidelines-and-forms/joint-appraisal-analysis-guidance/>, acessado em 8 de Setembro de 2019).
10. Apply for health system strengthening support [Internet]. Gavi, the Vaccine Alliance; 2019 (<https://www.gavi.org/support/process/apply/hss/>, acessado em 9 de Setembro de 2019).
11. Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. Geneva: World Health Organization; 2016.
12. EQUIST: equitable strategies to save lives [Internet]. UNICEF; 2017 (www.equist.info, acessado em 8 de Setembro de 2019).
13. Nambiar D, Rajbhandary R, Koller TS, Hosseinpoor AR. Building capacity for health equity analysis in the WHO South-East Asia Region. *WHO South-East Asia J Public Health*. 2019;8(1):4–9.
14. de Souza Cruz RC, de Moura LBA, Neto JJS. Conditional cash transfers and the creation of equal opportunities of health for children in low- and middle-income countries: a literature review. *Int J Equity Health*. 2017;16(1):161.
15. Sustainable Development Goals [Internet]. Gavi, the Vaccine Alliance; 2019 (<https://www.gavi.org/about/ghd/sdg/>, acessado em 9 de Setembro de 2019).

Apêndice 1. Recursos adicionais

Monitorização das desigualdades na saúde (teoria geral e instruções)

Título, autor, ano	Breve descrição	
<i>Monitorização das desigualdades na saúde nacional: um manual passo a passo</i> Organização Mundial da Saúde (OMS), 2017	Descreve uma abordagem passo a passo para navegar pelas considerações práticas da monitorização das desigualdades na saúde, incluindo exemplos e recursos pertinentes que esclarecem cada um dos passos.	
<i>Guia para a monitorização das desigualdades na saúde, com especial destaque para os países de baixa e média renda</i> OMS, 2013	Especifica as fases da monitorização das desigualdades na saúde, servindo como recurso para os países criarem e reforçarem as práticas de monitorização dessas desigualdades	
<i>Monitorização das desigualdades na saúde: aplicação prática da monitorização da saúde da população</i> Hosseinpoor and Bergen, 2019	Este capítulo (in Monitorização da saúde da população: escalando a pirâmide da informação, Verschuuren and van Oers (editores)) dá a conhecer a forma como a monitorização das desigualdades na saúde tem sido aplicada em contextos mundiais e nacionais.	

Relatórios e recursos sobre vacinação

Título, autor, ano	Breve descrição	
<i>O estado das desigualdades: a vacinação infantil</i> OMS, 2016	Apresenta uma panorâmica da situação atual da vacinação infantil, e das respetivas alterações ao longo do tempo, com descrições pormenorizadas do estado da desigualdade nos países prioritários.	
<i>Estudos sobre as desigualdades: a vacinação infantil</i> OMS, 2018	Contém uma análise aprofundada das desigualdades em 10 países prioritários, incluindo a forma como a chance de uma criança ser vacinada é afectada combinando a vantagem ou vulnerabilidade da vacinação.	
<i>Manual sobre a utilização, recolha e aperfeiçoamento dos dados de vacinação</i> OMS, em elaboração	Define uma série de considerações associadas aos dados para a monitorização do desempenho do programa de vacinação.	[em elaboração]
<i>Equidade na vacinação: um manual de operações para a abordagem das desigualdades na vacinação</i> OMS-Europa, em elaboração	Fornecer informação e um catálogo de instrumentos para orientar a medição e redução das desigualdades na adopção de vacinação e prestação de serviços.	[em elaboração]

Ferramentas e repositórios de dados

Título, autor, ano	Website
Monitor da equidade na saúde do Observatório Mundial da Saúde OMS	https://www.who.int/gho/health_equity/en/
Ferramentas de avaliação de desigualdades em saúde (HEAT) OMS	http://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit
EQUIST (Ferramenta sensível ao impacto na equidade) UNICEF	http://equist.info/

Apêndice 2. Quadro de monitorização, avaliação e revisão

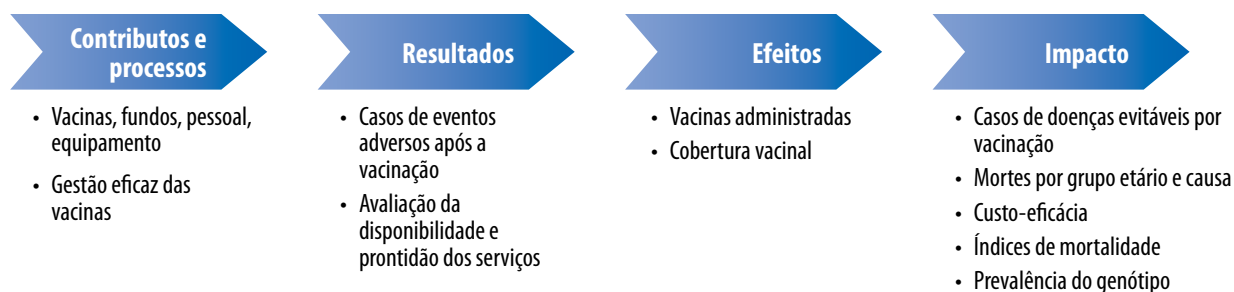
Os métodos apresentados neste manual podem ser aplicados a indicadores além dos da cobertura vacinal. Na medida do possível, a monitorização das desigualdades deverá procurar captar diferentes aspectos do sistema de saúde. Se, por exemplo, um Ministério da Saúde seguir o indicador “capacidade de profissionais de saúde por 100 000 habitantes”, esse indicador pode ser comparado entre distritos, a fim de detectar desigualdades geográficas relativas a esses profissionais. Se os distritos puderem ser caracterizados como urbanos ou rurais, ou em função do rendimento ou pobreza, as desigualdades relativas a estas dimensões poderão também ser examinadas.

O quadro de monitorização, avaliação e análise contempla quatro categorias de indicadores de saúde: contributos e processos, resultados, efeitos e impacto (1). Aplicadas à vacinação, as quatro componentes abordam as seguintes questões:

- **Contributos e processos:** De que forma se distribuem os recursos (humanos, financeiros, vacinas) pelas regiões geográficas e comunidades?
- **Resultados:** Que variações se registam nas regiões geográficas e comunidades em termos de disponibilidade e qualidade dos serviços de vacinação?
- **Efeitos:** Os serviços de alta qualidade resultam numa cobertura vacinal com alto nível de equidade nas diferentes regiões geográficas e comunidades?
- **Impacto:** A taxa elevada de cobertura vacinal conduz à igualdade de proteção contra surtos da doença nas diferentes regiões geográficas e comunidades?

A Figura A2.1 indica os tipos de indicadores de vacinação que correspondem a cada uma das quatro componentes do quadro. A monitorização das desigualdades deve incluir um conjunto de indicadores para múltiplas componentes.

Figura A2.1. Quadro de monitorização, avaliação e análise para os programas de vacinação, com exemplos de domínios de indicadores



Referências

1. Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2011.

Apêndice 3. Estratificação dupla

A estratificação dupla (ou múltipla) pode revelar perspectivas novas acerca de subgrupos desfavorecidos, definidos por mais de uma dimensão das desigualdades. No entanto, o processo de estratificação dupla justifica algumas reflexões. Em primeiro lugar, deve ser tido em conta o tamanho da amostra, em caso de utilização de dados de inquéritos domiciliares. Quando os dados são estratificados em subgrupos definidos com maior precisão, o tamanho da amostra diminui. No caso de as estimativas do subgrupo se basearem num tamanho demasiado pequeno de amostra, provavelmente não serão significativas.

Por vezes, podem igualmente surgir desafios metodológicos ao fazer a tabulação cruzada de dois fluxos de dados. Tome-se, como exemplo, a definição de subgrupos urbanos pobres baseada na análise de dados de inquéritos domiciliares. Uma abordagem metodologicamente rigorosa de captação da população pobre das cidades consiste na construção de um índice de riqueza separadamente para a zona urbana, após o que se divide os dados urbanos em quintis em que o quintil mais pobre corresponde à população urbana mais desfavorecida. No entanto, a prática comum nos principais inquéritos internacionais às famílias, tais como os Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) e os Inquéritos de Indicadores Múltiplos (MICS), é menos rigorosa. Envolve reunir o índice de riqueza calculado separadamente, para as zonas urbanas e rurais, no conjunto de dados em bruto disponíveis publicamente como índice de riqueza nacional (o qual será então dividido em quintis de riqueza). Este processo é muitas vezes seguido de uma tabulação cruzada de dados por local de residência urbano/rural e quintis de riqueza. Esta abordagem comporta limitações, já que os dados resultantes não refletem com rigor a população urbana pobre (uma vez que foi construída com base em dados combinados).

Apêndice 4. Fontes de dados para a cobertura vacinal

Os dois principais tipos de fontes de dados utilizados para medir a cobertura vacinal incluem os inquéritos domiciliares e os dados administrativos (ver Tabela A4.1).

Os inquéritos domiciliares geram estimativas acerca da cobertura vacinal, baseadas num desenho específico de amostragem do inquérito. Os inquéritos domiciliares constituem uma abordagem eficaz para gerar estimativas sobre a cobertura vacinal onde estas possam ser inexistentes ou de fraca qualidade. Para além dos inquéritos periódicos às famílias (tais como os Inquéritos Demográficos e de Saúde [DHS] e os Inquéritos de Indicadores Múltiplos [MICS]), são efectuados inquéritos de cobertura específicos da vacinação, a fim de avaliar a cobertura conseguida por uma campanha de vacinação ou para avaliar alterações relevantes aos programas de vacinação (1). De destacar que, se planeados desde o início com a devida competência técnica, tanto os inquéritos sobre a cobertura de rotina do Programa Alargado de Vacinação (PAV), como os que incidem sobre a cobertura após campanhas, podem ser adaptados para recolher informações sobre mais indicadores e dimensões das desigualdades, a fim de facilitar a sua monitorização. O manual do Inquérito Agregado da Cobertura Vacinal da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2018, fornece orientações metodológicas para a obtenção de medições de padrão elevado da cobertura vacinal através de inquéritos (2). A ferramenta que o acompanha, Indicadores da Qualidade da Cobertura Vacinal, é um conjunto de programas estatísticos para ajudar à análise dos dados dos inquéritos (3).

Os dados administrativos são recolhidos continuamente pelo pessoal das unidades de saúde, no decurso das atividades de vacinação. Estes dados são periodicamente sintetizados e notificados aos níveis centrais do sistema de saúde. Embora constituam uma valiosa fonte de informação sobre a vacinação por incluírem potencialmente todos aqueles que recebem vacinação na população-alvo, ao invés de se basearem numa amostra do inquérito, as fontes de dados administrativos podem ser de qualidade e cobertura geográfica variáveis. A utilização de dados administrativos requer, não só sistemas de notificação precisos para produzirem o numerador, mas também dados de recenseamento recentes e exatos para o denominador (4). Alguns dos problemas relativos à qualidade dos dados das fontes de dados administrativos são, nomeadamente: falhas nos registos, tais como dados em falta, erros na inserção manual e erros de processamento; erros no numerador, em que as vacinas e doses administradas não estão corretamente registadas; erros no denominador, em que se regista conhecimento incompleto da dimensão da população-alvo; definições inconsistentes ou não normalizadas sobre o que deve ser combatido e medido. É frequente existirem discrepâncias significativas entre as estimativas relativas à cobertura vacinal que derivam de dados administrativos e as que resultam dos dados dos inquéritos (5). Assim, estão em curso, em muitos países, iniciativas que visam melhorar a precisão dos dados administrativos.

Outras fontes que podem ser úteis na monitorização das desigualdades na vacinação incluem dados de recenseamentos, bem como do registo civil e das estatísticas vitais (CRVS); embora estas fontes não abranjam a vacinação, podem servir como valiosas fontes de informação respeitante à população-alvo (denominador) ou à dimensão das desigualdades. Em determinados contextos, os registos eletrónicos da vacinação (EIR) podem estar mais desenvolvidos do que os sistemas de CRVS.

Tabela A4.1. Pontos fortes e fracos dos dados recolhidos com recurso aos sistemas administrativos ou aos inquéritos de cobertura (6)

	Dados administrativos	Inquéritos domiciliares
Conteúdo	O número de indicadores que é viável recolher num sistema administrativo agregado é limitado.	Para além do estado da vacinação, os inquéritos podem recolher informação que explique as diferenças de cobertura, por exemplo, no que respeita a género, grupo etário, quintil de riqueza, grupos desfavorecidos, etc.
Oportunidade e frequência	Os dados administrativos são recolhidos por trabalhadores da primeira linha da saúde durante a prestação dos serviços, sendo normalmente depois notificados ao nível administrativo superior seguinte e, por fim, reunidos a nível nacional. Geralmente, os dados são disponibilizados mensalmente, com um desfasamento de menos de um mês entre a unidade de saúde e o nível nacional.	Os inquéritos são exercícios periódicos, repetidos preferencialmente em cada 3 a 5 anos. Examinam o estado de vacinação das crianças no coorte de nascimento do ano anterior e a análise requer algum tempo. Para inquéritos que visam coortes mais abrangentes, pode existir um atraso de alguns anos entre a vacinação e o relatório dos inquéritos.
Granularidade	Os dados ficam disponíveis de imediato para todos os níveis, inclusive para as unidades de saúde e distritos. À partida, incluem todos os que são vacinados.	O tamanho e o custo da amostra aumentam com o nível de granularidade. Os inquéritos nacionais geralmente fornecem estimativas para o primeiro nível subnacional, a saber, províncias ou regiões.
Custo	Os sistemas de notificação administrativa têm um custo de recursos humanos grande mas oculto. Para além disso, os custos habituais incluem a impressão e a manutenção em funcionamento dos sistemas electrónicos.	Os inquéritos de alta qualidade custam das centenas de milhares a vários milhões de dólares, dependendo da precisão requerida e da necessidade de gerar estimativas representativas para os níveis subnacionais.
Exatidão	Os dados são limitados por diversos fatores, nomeadamente, o recurso a denominadores incertos, incentivos indesejados a excesso de notificações e más práticas de gestão de dados. Os dados administrativos podem produzir valores de cobertura que ultrapassam os 100%, provocados muitas vezes por denominadores subestimados, mas também por numeradores inexatos e/ou falta de correspondência entre numerador e denominador.	Os resultados dos inquéritos beneficiam de independência e do facto de os inquéritos não dependerem diretamente dos denominadores. As estimativas baseadas em inquéritos são geralmente tidas como mais fiáveis do que as administrativas, mas nem todos os inquéritos são conduzidos com a mesma qualidade e adesão aos protocolos de amostragem e entrevista. Nem todos os quadros de amostragem se baseiam em informação atualizada e os grupos minoritários ou aqueles que se encontram nos extremos da hierarquia social podem ser inadvertidamente excluídos. Na ausência de evidências documentais de boletins de vacinas, muitos inquéritos dependem da recolha junto dos pais, o que é frequente conduzir a uma subestimativa da cobertura, sobretudo das doses subsequentes.

Fonte: Manual sobre o uso, recolha e melhoria dos dados da vacinação, em desenvolvimento pela Organização Mundial da Saúde

Referências

1. Vaccination coverage surveys: technical resources [Internet]. TechNet-21; 2019 (<https://www.technet-21.org/en/topics/vaccination-coverage-surveys>, acedido em 8 de Setembro de 2019).
2. Vaccination coverage cluster surveys: reference manual [Internet]. World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/immunization/documents/who_ivb_18.09/en/, acedido em 8 de Setembro de 2019).

3. Immunization coverage [Internet]. World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/en/index2.html, acessado em 8 de Setembro de 2019).
4. Victora CG, Ryman TK. ERG Discussion Paper No. 2. Potential approaches to better measure and track equity in immunization using survey and administrative data, and data triangulation [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, acessado em 6 de Setembro de 2019).
5. Global Vaccine Action Plan: monitoring, evaluation and accountability. Secretariat Annual Report 2015 [Internet]. World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/gvap_secretariat_report_2015.pdf?ua=1, acessado em 8 de Setembro de 2019).
6. Handbook on the use, collection and improvement of immunization data. Em elaboração. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2019.

Apêndice 5. Superar a limitada disponibilidade de dados

A disponibilidade de dados de vacinação nas populações vulneráveis pode ser comprometida por: sistemas de informação em saúde subdesenvolvidos, deslocamentos ou migrações, perda de pertences/identificação e ausência de definição de prioridades políticas ou sociais. Um desafio comum é a disponibilidade e qualidade dos dados do denominador; isto é, determinados subgrupos populacionais não são captados de forma fiável nos dados de rotina recolhidos através de recenseamentos ou registo civil e estatísticas vitais (CRVS). Isto compromete a capacidade de conceber quadros de amostragem dos inquéritos domiciliares que sejam rigorosos e representativos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações acerca da avaliação e aperfeiçoamento da precisão dos denominadores da população-alvo oriundos de dados administrativos. (1).

O Grupo de Referência para a Equidade na Vacinação (ERG) propôs recomendações para colmatar as lacunas em matéria de dados e informação, nomeadamente (mas não exaustivamente) (2,3):

- Desenvolver as capacidades de triangulação das fontes de dados.
- Financiar esforços para melhorar o tempo da recolha e a granularidade dos dados.
- Promover a partilha de dados nas organizações ou entre sectores.
- Extrair das atuais fontes de dados um nível de pormenor mais apurado, a fim de compreender melhor as situações dos diversos subgrupos vulneráveis.
- Introduzir, quando possível, os registos electrónicos da vacinação (EIR), a fim de ajudar os profissionais de saúde na identificação das crianças a necessitar de serviços e no aperfeiçoamento da gestão da cadeia de fornecimento.

Referências

1. Assessing and improving the accuracy of target population estimates for immunization coverage, working draft [Internet]. World Health Organization; revised November 2015 (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/Denominator_guide.pdf, acedido em 8 de Setembro de 2019).
2. Immunisation equity data gaps and related recommendations [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2019 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, acedido em 6 de Setembro de 2019).
3. Victora CG, Ryman TK. ERG Discussion paper No. 2. Potential approaches to better measure and track equity in immunization using survey and administrative data, and data triangulation [Internet]. Equity Reference Group for Immunization; 2018 (<https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>, acedido em 6 de Setembro de 2019).

Apêndice 6. Medidas complexas das desigualdades

Embora menos intuitivas do que as medições simples das desigualdades, como as da diferença e rácio, as medidas complexas das desigualdades fornecem perspectivas mais matizadas dos dados subjacentes. As medidas complexas apenas podem ser calculadas para dimensões das desigualdades compostas por mais de dois subgrupos. As características da dimensão das desigualdades e a categorização dos subgrupos associados devem ser tidas em conta ao proceder-se à seleção das medidas sumárias das desigualdades (Tabela A6.1). As considerações principais incluem:

- Os subgrupos são ordenados (isto é, têm uma ordenação natural, como, por exemplo, nível socioeconómico ou nível de escolaridade) ou não-ordenados (isto é, não têm uma ordenação inerente, como, por exemplo, região ou etnia)?
 - Para os subgrupos ordenados, considerar medidas sumárias absolutas como o índice de concentração absoluto e o índice de desigualdade absoluto; para as medidas relativas, considerar o índice de concentração relativo e o índice de desigualdade relativo.
 - Para os subgrupos não-ordenados, considerar medidas sumárias absolutas tais como o desvio-padrão entre grupos, variância entre grupos, risco atribuível populacional e diferença média da média; para as medidas relativas, considerar o coeficiente de variação, fração atribuível populacional, índice de Theil e índice de disparidade, entre outros.
- A dimensão da população de cada subgrupo deve ser levada em consideração ou não (ou seja, a medida representa a dimensão da população)? De notar que a ponderação dos subgrupos populacionais para análise de dados e a ponderação das amostras dos inquéritos são questões diferentes.
 - Para os subgrupos ponderados, considerar medidas sumárias absolutas, tais como o índice de concentração absoluto, desvio-padrão entre grupos, variância entre grupos, risco atribuível populacional, índice de desigualdade absoluto e diferença média ponderada da média; para as medidas relativas, considerar o coeficiente da variação, desvio médio de log, fração atribuível populacional, índice de concentração relativo, índice de desigualdade relativo, índice de Theil e índice ponderado de disparidade.
 - Para os subgrupos não-ponderados, considerar medidas sumárias absolutas, tais como a diferença média não-ponderada da média; para as medidas relativas, considerar o índice não-ponderado de disparidade.

Determinadas medidas sumárias requerem a utilização de um grupo de referência, que serve como ponto de referência para comparação. Nos casos em que os subgrupos são não-ordenados, o subgrupo com melhor desempenho ou mais favorecido é, normalmente, escolhido para grupo de referência.

Tabela A6.1. Medidas complexas absolutas e relativas da desigualdade que correspondem a considerações ordenadas vs. não-ordenadas e ponderadas vs. não-ponderadas

Nome da medida sumária	Medida complexa ordenada versus não-ordenada	Medida ponderada versus não-ponderada
Medidas absolutas das desigualdades		
Índice de concentração absoluto	Ordenada	Ponderada
Variância entre grupos	Não-ordenada	Ponderada
Diferença média do subgrupo de melhor desempenho	Não-ordenada	Ponderada ou não-ponderada
Diferença média da média	Não-ordenada	Ponderada ou não-ponderada
Risco atribuível populacional	Ordenada ou não-ordenada	Ponderada
Índice de desigualdade absoluto	Ordenada	Ponderada
Medidas relativas das desigualdades		
Índice de disparidade	Não-ordenada	Ponderada ou não-ponderada
Desvio médio de log	Não-ordenada	Ponderada
Fração atribuível populacional	Ordenada ou não-ordenada	Ponderada
Índice de concentração relativo	Ordenada	Ponderada
Índice de desigualdade relativo	Ordenada	Ponderada
Índice de Theil	Não-ordenada	Ponderada

Estão disponíveis muitos recursos que explicam os pormenores técnicos relativos aos cálculos das medidas complexas das desigualdades (1–3), ou que facilitam diretamente estes cálculos (4).

Referências

1. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Hosseinpoor AR, Bergen N, Schlottheuber A, Grove J. Measuring health inequalities in the context of sustainable development goals. Bull World Health Organ. 1 Set 2018;96(9):654–9.
3. Harper S, Lynch J. Methods for measuring cancer disparities: using data relevant to Healthy People 2010 cancer-related objectives. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2005.
4. Health Equity Assessment Toolkit [Internet]. Global Health Observatory. World Health Organization, 2019 (https://www.who.int/gho/health_equity/assessment_toolkit/en/, acessado em 8 de Setembro de 2019).

Apêndice 7. Análise de regressão múltipla e vulnerabilidade agravada

A análise de regressão múltipla e o cálculo da vulnerabilidade agravada são tipos de análise em que uma variável dependente (por exemplo, a cobertura vacinal) pode ser simultaneamente associada a mais do que uma variável explicativa (isto é, a dimensão das desigualdades). Estas análises podem ser feitas mesmo que as variáveis explicativas não sejam independentes.

A análise de regressão múltipla é usada para demonstrar como múltiplos fatores estão associados a um indicador de vacinação, explicando outras características e efeitos da interação. De notar que, quando efectuada a análise de regressão múltipla, alguns fatores podem revelar não ter associação estatisticamente significativa com o indicador de vacinação. No relatório *Estudos sobre as desigualdades: a vacinação infantil*, a análise de regressão múltipla foi utilizada para calcular associações ajustadas entre a cobertura da vacina DTP3 e certos fatores socioeconómicos, demográficos e geográficos (1). Os resultados da análise de regressão múltipla foram apresentados como rácios de chances. Por exemplo, com base nos dados do DHS de 2013 da Nigéria, o rácio de chance da cobertura vacinal da DTP3 entre o subgrupo de crianças cujas mães tinham mais do que o ensino secundário era de 6,64, indicando que a hipótese de vacinação era 6,64 vezes mais alta do que a das crianças com mães sem escolaridade, explicando outros fatores socioeconómicos, demográficos e geográficos.

A multiplicação dos rácios de chance por vários fatores expressa o impacto agravado de diversas dimensões das desigualdades experimentadas numa mesma altura – vulnerabilidade agravada (ou vantagem). Por exemplo, na Nigéria, as crianças com mães com idades compreendidas entre os 20 e os 34 (rácio de chance: 1,89) com escolaridade superior ao ensino secundário (rácio de chance: 6,64) tinham 12 vezes mais hipóteses de serem vacinadas ($1,89 \times 6,64 = 12,55$) do que as crianças cujas mães eram adolescentes sem qualquer escolaridade.

Referências

1. Explorations of inequality: childhood immunization. Geneva: World Health Organization; 2018.

Apêndice 8. Estudo de caso: notificação das desigualdades na vacinação

A série de relatórios *O estado da desigualdade* destaca os principais resultados nos diversos tópicos e contextos de saúde. Uma análise aprofundada ao relatório de 2016, *O estado da desigualdade: vacinação infantil*, que conquistou o primeiro lugar do Medical Book Award na categoria dos recursos digitais e eletrônicos da British Medical Association, expõe um exemplo da forma como os sub-passos 4A–E da notificação das desigualdades foram aplicados (Tabela A8.1).

Tabela A8.1. Aplicação dos sub-passos da notificação dos resultados da monitorização das desigualdades no relatório *O estado da desigualdade: vacinação infantil* (1,2)

Sub-passo	Aplicação no relatório <i>O estado da desigualdade: a vacinação infantil</i>
4A	<ul style="list-style-type: none"> • O objectivo do relatório <i>O estado da desigualdade: vacinação infantil</i> é servir “de fonte de dados de alta qualidade para quem se encontre envolvido na tomada de decisões políticas que afectam a saúde ou quem trabalha para a melhoria da cobertura vacinal das crianças”. • O relatório <i>O estado da desigualdade: vacinação infantil</i> foi elaborado para públicos com diferentes níveis de experiência na área da monitorização das desigualdades na saúde, entre eles, principalmente, o pessoal técnico, os profissionais da saúde pública e os investigadores.
4B	<ul style="list-style-type: none"> • O âmbito da notificação no relatório <i>O estado da desigualdade: vacinação infantil</i> atende a duas questões dominantes: que desigualdades existem na cobertura vacinal infantil? E que mudanças se registaram nas desigualdades da vacinação infantil nos últimos 10 anos? • O relatório contém dados de 69 países e faz comparações dos níveis da desigualdade dentro dos países (análise comparativa). São identificados os países com pior e melhor desempenho e é apresentada uma análise exaustiva dos países com fraco desempenho.
4C	<ul style="list-style-type: none"> • O conteúdo do relatório <i>O estado da desigualdade: vacinação infantil</i> centra-se em quatro dimensões pertinentes da desigualdade: nível socioeconómico do agregado familiar, escolaridade da mãe, local de residência e género. • O relatório contém dados estratificados e tem por base duas medidas estatísticas, mediana e intervalo interquartilico, para descrever os padrões nos dados estratificados dos países em análise. • Para além dos dados estratificados, é apresentada a situação mais recente utilizando duas medidas simples da desigualdade (diferença e rácio) e uma medida complexa da desigualdade (risco atribuível populacional). A variação com o tempo é apresentada utilizando a medida sumária mudança absoluta excessiva.
4D	<ul style="list-style-type: none"> • O relatório <i>O estado da desigualdade: vacinação infantil</i> utiliza texto, tabelas e figuras para transmitir as mensagens mais importantes. • O relatório inclui também apoios visuais interativos que permitem uma exploração mais vasta dos dados: todas as figuras não manipuláveis do texto estão também disponíveis como recursos visuais interativos. Estão disponíveis outros recursos visuais interativos contendo pontos de história e quadros de referência. Os recursos visuais interativos são referidos ao longo do relatório utilizando códigos QR e endereços URL para encaminhar o público para os recursos visuais na Internet.
4E	<ul style="list-style-type: none"> • O relatório <i>O estado da desigualdade: vacinação infantil</i> defende as melhores práticas da notificação das desigualdades. As caixas de sugestões (janelas pop-up) dos recursos visuais interativos são utilizadas para mostrar resultados baseados em tamanhos de amostras reduzidos e a significância estatística.

Referências

1. State of inequality: childhood immunization. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2016.
2. Hosseinpoor AR, Bergen N. Health inequality monitoring: a practical application of population health monitoring. In: Verschuuren M, van Oers H, editors. Population Health Monitoring [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2019:151–73 (http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-76562-4_8, acessado em 6 de Setembro de 2019).

Glossário

Análise comparativa – processo de comparação dos dados de zonas ou populações semelhantes, a fim de perceber o desempenho de uma zona/população em relação às outras. A análise comparativa fornece contexto para uma compreensão mais ampla do estado das desigualdades.

Colaboração intersectorial para a vacinação – ocorre quando pessoas de diversos sectores trabalham colectivamente para melhorar as condições que conduzem às desigualdades na vacinação.

Crianças “dose zero” (também denominados “excluídos”) – crianças que não receberam quaisquer vacinas para a sua idade, de acordo com o programa nacional de vacinação.

Crianças totalmente imunizadas – aquelas que receberam todas as vacinas recomendadas, de acordo com a sua idade e o programa nacional de vacinação.

Dados administrativos – refletem os dados de vacinação recolhidos pelo pessoal das unidades de saúde aquando da prestação dos serviços, incluindo o número de doses administradas à população-alvo e outros tipos de informação.

Dados ligados – no contexto da monitorização das desigualdades na saúde, são dados relativos aos indicadores e dimensões das desigualdades que advêm de diferentes fontes de dados e são fundidos através de uma característica individual ou de zona restrita.

Desigualdade absoluta - reflete a ordem de grandeza das diferenças na saúde entre subgrupos. As medidas absolutas da desigualdade mantêm a mesma unidade de medida que o indicador de saúde.

Desigualdade relativa – revela as diferenças proporcionais na saúde entre subgrupos. As medidas relativas da desigualdade são sem unidade.

Desigualdades na saúde – diferenças observáveis na saúde entre os subgrupos de uma população. Estas desigualdades podem ser medidas e monitorizadas.

Dimensão das desigualdades – categorização que serve de base à formação dos subgrupos para a monitorização das desigualdades, tais como, índice de riqueza, escolaridade, região, género, etc. A escolha das dimensões das desigualdades normalmente reflete as categorias que têm uma chance razoável de refletir as diferenças injustas entre grupos, as quais poderiam ser corrigidas com mudanças nas políticas, programas e práticas.

Dimensões não-ordenadas das desigualdades – não se baseiam em critérios passíveis de ordenação lógica. Por exemplo, as dimensões das desigualdades relativas à região, etnia e religião contêm, normalmente, subgrupos que são não-ordenados.

Dimensões ordenadas das desigualdades – têm um posicionamento próprio e podem ser ordenadas logicamente. Por exemplo, o índice de riqueza e o nível de escolaridade são dimensões das desigualdades que contêm geralmente subgrupos passíveis de serem ordenados.

Iniquidade na saúde – conceito normativo que descreve as diferenças sistemáticas na saúde, entre subgrupos populacionais, que são consideradas injustas, discriminatórias e evitáveis. As desigualdades na saúde estão associadas a formas de desfavorecimento produzidas socialmente, como a pobreza, a discriminação e a falta de acesso a bens ou serviços.

Estimativas estratificadas – dados discriminados por subgrupos populacionais (em vez de média global).

Estratificação dupla – filtragem dos dados segundo duas dimensões das desigualdades, em simultâneo. A estratificação dupla possibilita a análise da interseccionalidade.

Estratificador de equidade – *ver: dimensão das desigualdades.*

Grupo de referência - fornece um termo de comparação quando se calculam as desigualdades na saúde, sendo uma característica de determinados tipos de medidas sumárias das desigualdades. Por exemplo, as medidas do impacto, como o risco atribuível populacional, muitas vezes definem um grupo de referência como o subgrupo com melhor desempenho ou mais favorecido.

Indicador de marcadores – determinado indicador de saúde escolhido para representar um tópico de saúde mais abrangente. Os indicadores de marcadores têm a vantagem de serem fáceis de compreender e notificar, mas podem levar a que mais recursos sejam dedicados a uma zona, apenas porque ela está a ser monitorizada. Indicadores de cobertura – medem o número de pessoas que recebem uma determinada vacina (ou o número de doses de uma dada vacina), de entre o total das pessoas elegíveis para a receber.

Inquéritos domiciliares – geram estimativas sobre a cobertura vacinal, com base num desenho de amostragem específico numa população-alvo.

Mapeamento das fontes de dados – processo sistemático para catalogar e descrever todos os dados que estão disponíveis para a monitorização das desigualdades na saúde num dado contexto. O processo pode ser decomposto em quatro fases sequenciais: (1) listar as fontes de dados disponíveis por tipo; (2) para cada fonte de dados, determinar a disponibilidade de dados para as dimensões das desigualdades; (3) para cada fonte de dados, determinar a disponibilidade de dados sobre indicadores de saúde; (4) combinar as listas sobre indicadores de saúde e dimensões das desigualdades. De notar que esta é uma abordagem recomendada e que qualquer das fases pode ser modificada para se adequar às necessidades do utilizador.

Medidas complexas da desigualdade – baseiam-se em dados de todos os subgrupos para produzir um número único que expressa o nível de desigualdade. Por exemplo, podem expressar as desigualdades em todos os quintis de riqueza ou entre todas as regiões de um país.

Medidas de incerteza – indicam o nível de certeza em volta de uma estimativa pontual de um inquérito domiciliar. Regra geral, as medidas de incerteza incluem intervalos de confiança de 95% e o erro padrão.

Medidas não-ponderadas – lidam com todos os subgrupos como sendo de igual dimensão e são características das medidas simples da desigualdade e de algumas medidas complexas da desigualdade.

Medidas ponderadas – têm em conta a dimensão da população de cada subgrupo, o que é uma característica de algumas medidas complexas da desigualdade.

Medidas simples da desigualdade – estabelecem comparações emparelhadas da saúde entre dois subgrupos, por exemplo, o mais e o menos rico. São as medidas mais utilizadas na monitorização das desigualdades, dado que são intuitivas e de fácil compreensão. Regra geral, as medidas simples da desigualdade são não-ponderadas.

Medidas sumárias da desigualdade – produzem um número único que reflecte o nível da desigualdade entre dois ou mais subgrupos. As medidas sumárias da desigualdade podem indicar a desigualdade absoluta ou relativa, podendo envolver dois subgrupos (ou seja, medidas emparelhadas simples) ou mais de dois subgrupos (isto é, medidas complexas). As medidas sumárias da desigualdade podem ser ponderadas ou não-ponderadas.

Monitorização – processo de observação repetida de uma situação, cujo fim é avaliar as alterações ao longo do tempo. Se é verdade que a monitorização pode contribuir para determinar o impacto das políticas, programas e práticas, geralmente não consegue explicar, por si só, a causa de tendências problemáticas. A monitorização pode ser mais propriamente considerada um sistema de alerta. As suas atividades podem tanto informar como conduzir a investigação numa determinada área. Uma vez que a monitorização acompanha os progressos ao longo do tempo, podemos considerá-la um ciclo contínuo.

Planos plurianuais abrangentes para a vacinação (PPAV) – planos plurianuais orçamentados para a vacinação a nível nacional. Devem ser reexaminados e revistos anualmente, de forma a refletirem eventuais mudanças das condições e considerações, como por exemplo, as intervenções de vacinação orientadas para a equidade.

População-alvo - refere-se à totalidade do grupo de pessoas cobertas pela monitorização e inclui todos os subgrupos populacionais. A população-alvo para a monitorização da população inclui todas as pessoas de uma zona ou amostra específica que são elegíveis para um determinado calendário de vacinação, baseado no grupo etário, género, estágio de vida ou risco de exposição.

Proporção da população – percentagem da população que é representada por um dado subgrupo populacional. Nos casos em que o indicador de saúde não afecta toda a população, a proporção da população expressa a percentagem da população afectada representada por um dado subgrupo populacional. Por exemplo, se observássemos a cobertura de serviços entre as mulheres grávidas, a proporção da população expressaria a percentagem de mulheres grávidas num dado subgrupo, no universo de todas as mulheres grávidas da população.

Público-alvo – grupo de pessoas a que devem ser comunicados os resultados da monitorização das desigualdades. Para a monitorização das desigualdades na vacinação, o público-alvo pode incluir gestores de programas, membros do Grupo Consultivo Técnico Nacional para a Vacinação (GCTNV), investigadores na área da vacinação, peritos técnicos, médicos de saúde pública, decisores políticos, grupos de advocacia, entre outros.

Revisão do Programa Alargado de Vacinação (PAV) – avaliação abrangente dos pontos fortes e fracos dos diversos níveis administrativos de um programa de vacinação. A monitorização das desigualdades na vacinação constitui um contributo para a análise documental: pode orientar a escolha do terreno, bem como influenciar questões e entrevistas durante uma revisão do PAV.

Subgrupos populacionais – no contexto da monitorização das desigualdades na saúde, representam formas de agrupar uma população, baseadas numa dimensão das desigualdades. Por exemplo, é comum os subgrupos populacionais baseados na riqueza serem agrupados em quintis, indo dos 20% mais pobres aos 20% mais ricos.

Taxa de abandono – medida da proporção de crianças que receberam, pelo menos, a dose inicial de uma vacina multidoso, não tendo recebido a totalidade das doses adequadas à sua idade.

Tradução dos conhecimentos – processo de aplicar os conhecimentos, isto é, utilizar os resultados da monitorização das desigualdades para produzir mudanças em políticas, programas e práticas que se repercutam na vacinação.

PASSO 1

Determinar o âmbito da monitorização

A

Definir a população-alvo

PERGUNTA-CHAVE

Quais as características demográficas e geográficas da população-alvo?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Rever os objectivos e prioridades das políticas, programas e iniciativas de vacinação e avaliar as populações-alvo a que se destinam
- Determinar os grupos etários especificados nos programas nacionais de vacinação
- Identificar as populações sub-representadas nas atuais atividades de monitorização

B

Identificar os indicadores de vacinação relevantes

PERGUNTA-CHAVE

Que indicadores representam as prioridades pertinentes em matéria de vacinação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Selecionar os indicadores da vacinação que são relevantes na população-alvo

C

Identificar as dimensões das desigualdades relevantes

PERGUNTA-CHAVE

Que dimensões da desigualdade são relevantes para a vacinação da população-alvo?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Considerar as dimensões comuns das desigualdades: nível socioeconómico das famílias, nível de escolaridade dos pais (especialmente das mães), local de residência, sexo, idade da mãe e outros fatores específicos do país ou do contexto, como a religião, a tribo e a etnia
- Considerar se as dimensões das desigualdades se interceptam e se deve ser feita a estratificação dupla
- Para cada dimensão das desigualdades acima mencionadas, determinar os critérios para a sua medição

PASSO 2

Obter dados

A

Fazer o mapeamento das fontes de dados

PERGUNTA-CHAVE

Que fontes contêm dados sobre os indicadores da vacinação e as dimensões das desigualdades?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Fazer uma lista das fontes de dados disponíveis por tipo (incluindo nome, ano, etc.)
- Para cada fonte de dados, determinar a disponibilidade de dados sobre as dimensões das desigualdades
- Para cada fonte de dados, determinar a disponibilidade de dados sobre os indicadores da vacinação
- Combinar a informação sobre os indicadores da vacinação e as dimensões das desigualdades, para avaliar a disponibilidade de dados para a monitorização das desigualdades

B

Determinar se existe atualmente suficiente disponibilidade de dados

PERGUNTA-CHAVE

Existem dados suficientes sobre os indicadores da vacinação e as dimensões das desigualdades para proceder à monitorização das desigualdades na vacinação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Avaliar os resultados do exercício de mapeamento das fontes de dados no Passo 2A
- Considerar se os dados de diferentes fontes podem ser ligados

PASSO 3

Analisar os dados

A

Preparar dados estratificados

PERGUNTA-CHAVE

Qual é o nível de cada indicador de vacinação em cada subgrupo populacional?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Preparar o conjunto de dados para análise
- Definir o modo de medição dos indicadores de vacinação, incluindo o numerador e o denominador
- Definir o número de subgrupos para cada dimensão das desigualdades
- Calcular estimativas de dados estratificados

B

Calcular medidas sumárias das desigualdades

PERGUNTA-CHAVE

Quais são os níveis absolutos e relativos das desigualdades na vacinação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Para cada combinação de indicador de vacinação e dimensão das desigualdades, calcular a desigualdade absoluta
- Para cada combinação de indicador de vacinação e dimensão das desigualdades, calcular a desigualdade relativa

PASSO 4

Comunicar os resultados

A

Definir a finalidade da comunicação e o público-alvo

PERGUNTA-CHAVE

Que parâmetros orientam a abordagem da comunicação?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Definir a abrangência das finalidades e objectivos da comunicação
- Identificar o público-alvo para quem o relatório é preparado
- Determinar o conhecimento prévio do público sobre as desigualdades na vacinação

B

Selecionar o âmbito da notificação

PERGUNTA-CHAVE

Que aspectos da situação de desigualdade devem ser abrangidos pelo relatório?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Determinar que dados reflectem a situação mais recente das desigualdades
- Avaliar se deve ser reportada a tendência ao longo do tempo
- Avaliar se deve ser reportada a análise comparativa

C

Definir o conteúdo técnico do relatório

PERGUNTA-CHAVE

Que resultados da análise dos dados devem ser comunicados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Fazer uma avaliação inicial dos resultados para determinar:
 - Quais as conclusões mais evidentes?
 - Existem padrões aparentes nos dados?
- Comunicar estimativas de dados estratificados
- Considerar se as medidas simples e as medidas complexas reflectem as mesmas conclusões

D

Estabelecer os métodos de apresentação dos dados

PERGUNTA-CHAVE

Como deverão ser apresentadas as principais mensagens nos dados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Identificar as ferramentas apropriadas para apresentar os resultados (e.g., texto, tabelas, gráficos e mapas)
- Considerar o uso de tecnologias de visualização interactivas

E

Cumprir as melhores práticas de notificação

PERGUNTA-CHAVE

O que precisa o público de saber para compreender totalmente o contexto dos resultados?

LISTA DE VERIFICAÇÃO

- Notificar as desigualdades, tanto absolutas como relativas
- Apontar o nível médio do indicador na população-alvo
- Indicar a proporção dos subgrupos da população
- Assinalar os resultados que se baseiam em amostras de pequena dimensão (se os resultados derivarem de dados de inquéritos)
- Considerar a notificação da significância estatística, se for apropriado
- Notificar os métodos e os processos que explicam como se chegou às conclusões, incluindo os seus pontos fortes e as suas limitações

PASSO 5

Tradução dos conhecimentos

Identificar áreas de ação prioritárias

Integrar considerações de equidade nos programas e políticas de vacinação

Identificar oportunidades para a colaboração intersectorial

Departamento de Dados e Análise
Divisão de Dados, Análise e Execução para Impacto

Organização Mundial da Saúde
20 Avenue Appia
1211-Geneva 27
Switzerland

