



Uma visão global dos Grupos Técnicos Consultivos Nacionais sobre Vacinação (GTCVs)

Maggy Bryson^{a,*}, Philippe Duclos^b, Ann Jolly^{a,c}, Niyazi Cakmak^d

^a University of Ottawa, Ottawa, Ontario, Canada

^b World Health Organization, Geneva, Switzerland

^c Public Health Agency of Canada, Ottawa, Ontario, Canada

^d European Regional Office, World Health Organization, Copenhagen, Denmark

Informações do artigo

Palavras-chaves:

Vacina;

Imunização;

Grupos consultivos

Resumo

Esse artigo apresenta os resultados de uma pesquisa global que possuía o objetivo de reunir informações sobre os processos de desenvolvimento das políticas de imunização dos países, e particularmente sobre a presença e o funcionamento dos Grupos Técnicos Consultivos Nacionais sobre Vacinação (GTCVs). Descreve-se as características dos GTCVs, assim como os atributos que parecem ser necessários para sua eficácia. Os GTCVs prestam um valioso serviço para mais de 89 países que relataram sua criação, alguns dos quais existem há mais de 40 anos. Esse artigo apresenta informações básicas sobre o funcionamento desses grupos e estimula esforços futuros para solucionar as lacunas de conhecimento e de pesquisas nessa área.

© Organização Mundial da Saúde 2009. Todos os direitos reservados. A Organização Mundial da Saúde conferiu à editora autorização para a reprodução desse artigo.

* Autor para correspondência em: Tel.: +1 613 952 8561; fax: +1 613 952 8286.
E-mail address: mbrys045@uottawa.ca (M. Bryson)

1. Introdução

Grupo Técnico Consultivo Nacional sobre Imunização são comitês de especialistas nacionais que fornecem recomendações para orientar os programas e políticas nacionais de imunização de um país [1]. Eles consistem de especialistas independentes com capacidade técnica para avaliar intervenções de imunizações novas e já existentes. A premissa desses grupos é a de facilitar um processo sistemático e transparente para o desenvolvimento de políticas de imunização por meio de recomendações técnicas baseadas em evidências feitas ao governo nacional [1]. Seu papel é sobretudo técnico e consultivo, e pretende-se, com eles, aumentar o rigor científico e a credibilidade no complexo processo de formulação de políticas de imunização, para que esse processo seja livre de interesses pessoais e políticos.

Muitos países possuem GTCVs, contudo, a informação publicada sobre a forma e o funcionamento desses grupos é limitada. Um processo sistemático de revisão sobre a questão do processo de elaboração de políticas nacionais de imunização identificou a presença de 14 GTCVs [2], com a maioria das informações disponíveis pertencentes ao da Austrália, Canadá, Reino Unido e Estados Unidos da América [3-6]. As limitadas informações que estavam disponíveis sobre tamanho, composição, estrutura das reuniões, métodos de funcionamento e processo da tomada de decisões final, indicam que esses atributos variam muito entre os GTCVs [2].

Apesar de serem poucas as informações publicadas, há um reconhecimento geral da importância dos GTCVs. Auxiliar os países a fortalecer ou estabelecer GTCVs é uma prioridade para a sede e para os escritórios regionais da OMS [7-10].

Conduzimos uma pesquisa global para coletar informações sobre os processos de desenvolvimento que orientam as políticas nacionais de imunização em todos os países. A pesquisa se concentrou especificamente na presença, característica e processos dos GTCVs. O objetivo geral do projeto era o de produzir uma imagem global de como se desenvolvem os processos das políticas de imunização, detalhando especialmente a forma e a função dos GTCVs.

Esse artigo apresenta os resultados coletados dos países com um GTCV, já os resultados de todos os participantes que responderam estão sintetizados em outro lugar [11]. As características e os atributos que parecem importantes para um GTCV eficaz são aqui descritos.

2. Metodologia

A informação apresentada nesse artigo foi coletada por meio de questionários. Um questionário, doravante chamado de questionário global, incluía todos os Estados-membros da África, América, Mediterrâneo Oriental, Sudeste Asiático e regiões do Pacífico Ocidental (140 países) segundo a subdivisão da OMS [12]. Outro questionário, doravante chamado de questionário europeu, pesquisou os Estados-membros da OMS na região da Europa (53 países) [13]. Esses países foram examinados separadamente devido ao fato de que aquela era uma iniciativa regional já em andamento. Os questionários eram semelhantes, já que os aplicados na Europa haviam sido ajustados para melhorar sua compatibilidade.

A metodologia da pesquisa global foi descrita detalhadamente em outro artigo [11]. No entanto, para

facilitar a comparação, incluímos aqui uma breve síntese dos métodos utilizados nos dois estudos.

Muitas das perguntas do questionário global e do questionário europeu eram idênticas, e tópicos em comum incluem os termos de referência, composição de membros e declaração de interesses, modos operatórios, e o uso de evidência dos GTCVs. O questionário global também coletou informações sobre o funcionamento, financiamento, atores adicionais, tais como o presidente, o secretário executivo, gestores dos programas de imunização e grupos de trabalho; avaliação das evidências e estratégias de comunicação dos GTCVs.

Os questionários continham perguntas fechadas e abertas. A questão sobre as profissões e as áreas de especialidade dos membros dos GTCVs, fatores considerados ao se formular uma recomendação, e as fontes utilizadas para fundamentar as recomendações, eram perguntas fechadas em ambos os questionários. No entanto, o questionário global oferecia mais alternativas de respostas. Todas as perguntas fechadas possuíam um componente de abertura que oferecia a oportunidade de listar outras respostas possíveis que não estavam listadas. Quando pareceu apropriado, combinamos os resultados dos dois questionários nesse artigo. Embora os dados do questionário europeu tenham sido publicados [13], alguns dados específicos utilizados nesse artigo para calcular as estatísticas globais não foram publicados.

Os diversos termos foram definidos como a seguir: membros *ex officio* são os representantes dos departamentos do governo que fornecem conhecimento especializado (*expertise*) ao comitê, comparecem às reuniões do comitê, expressam os pontos-de-vista dos departamentos que eles representam, mas não participam do processo final de tomada de decisões. *Membros de ligação* são os representantes de organizações relacionadas à imunização, os quais oferecem conhecimento especializado (*expertise*) ao comitê, mas não participam do processo final de tomada de decisões.

Os questionários global e europeu foram distribuídos para os países pelos escritórios regionais da OMS, a fim de que fossem respondidos pelo gestor de imunização ou por alguém que conhecesse os processos de desenvolvimento de imunização do país, como o presidente do GTCV. Ambos os questionários foram preparados em inglês e traduzidos para as línguas adequadas para as regiões da OMS (francês, português, espanhol e russo). O questionário global foi distribuído em março de 2009, e o europeu em abril de 2008 [13]. Os questionários e as cartas de acompanhamento estimulando a participação foram distribuídos por correio eletrônico. A maioria foi devolvida também por correio eletrônico, contudo, houve também questionários manuscritos que foram devolvidos por fax ou por telefone.

Calculou-se a frequência de distribuição de cada variável, e o significado estatístico das diferenças entre os grupos foi avaliado utilizando-se um teste de qui-quadrado para duas amostras, ou o teste de exatidão de Fisher de duas amostras, dependendo do número de respostas esperadas. As respostas foram analisadas por região geográfica definida pela OMS [12] e segundo o status de desenvolvimento definido pela Organização das Nações Unidas [14].

Visto que as taxas calculadas poderiam sofrer uma influência adversa ao se assumir uma não-resposta para uma resposta que se pretendia negativa, quando havia falta de informações o país não foi incluído nos cálculos das taxas finais. Assim, o denominador de cada taxa

apresentada variou de acordo com o número de respostas dos países.

Por meio de discussões informais, os autores desenvolveram uma lista de indicadores de melhores práticas para identificar o bom funcionamento dos GTCVs com base nas experiências que esses GTCVs possuíam no trabalho em uma determinada área. Ao criar a lista, levou-se em consideração que as características e métodos de funcionamento dos GTCVs dependem do contexto do país.

O primeiro indicador é o de que um GTCV criou termos de referência formais, assegurando que os métodos de funcionamento do grupo foram formalmente acordados, que são consistentes e transparentes. Outro indicador é o de que o GTCV possui um mandato legislativo ou administrativo, reconhecido pelo governo. Essa legislação, que pode ser uma lei, um decreto, uma portaria ministerial ou de outro tipo, reconhece formalmente o estabelecimento do grupo e geralmente apresenta as linhas gerais de sua função ao aconselhar o governo.

O terceiro indicador de boas práticas foi o de que pelo menos cinco áreas de especialidades estavam representadas no GTCV, a fim de assegurar uma representação multidisciplinar. Isso facilita uma discussão equilibrada sobre cada tópico e assegura que a perspectiva de várias disciplinas sejam consideradas. Assegura ainda a capacidade técnica adequada para tomar decisões baseadas em evidência de modo responsável.

Outro indicador utilizado indagava se o GTCV se reuniu ao menos uma vez no ano. Isso assegura que o GTCV esteja ativo e que se reúne com frequência para discutir assuntos atuais, e que o calendário de vacinação do país é adequado. Outro critério foi o de que uma pauta tenha sido distribuída antes das reuniões para possibilitar uma discussão embasada entre os membros.

O último indicador de boas práticas foi o de se exigir que os membros declarassem conflito de interesse, para aumentar a probabilidade de que os membros atuem de modo independente e de acordo com sua própria capacidade. Isso contribui para que o processo de desenvolvimento de políticas seja transparente e que tenha credibilidade.

3. Resultados

3.1. Taxas de repostas

Ao todo, dos 193 países aptos a responderem os dois questionários, 147 (76%) o responderam. A taxa de resposta do questionário global foi de 71% (100 dos 140 países estudados), enquanto que a do questionário europeu foi de 89% (47 dos 53 países) [13]. As regiões do Sudeste Asiático e do Mediterrâneo Oriental tiveram as taxas de resposta mais altas (91%, 10 entre 11, e 19 entre 21 Estados-membros, respectivamente). De modo contrastante, a região do Pacífico Ocidental teve a taxa mais baixa, de 41% (11 entre os 27 Estados-membros).

Vinte e um por cento ($n = 31$ de 47) dos que responderam eram países desenvolvidos, 12% ($n=17$) eram economias de transição, 42% ($n = 62$) eram países em desenvolvimento, e 25% ($n = 37$) eram países menos desenvolvidos.

3.2. A presença do GTCV

A presença de um GTCV foi relatada por 61% ($n = 89$ de 147) dos países que responderam. A região do Pacífico Ocidental e a região da Europa representa a maior

proporção de países que relataram um GTCV (73%, $n = 8$ de 11; 72%, $n = 34$ de 47 [13]), enquanto que a região da África possui a proporção mais baixa (32%, $n = 11$ de 34). Nenhum país relatou o caso de algum GTCV que existia, mas que tivesse sido dissolvido.

Os países desenvolvidos tiveram a mais alta taxa de resposta afirmando a existência de GTCVs (94%, $n = 9$), seguido pelos países em desenvolvimento (69%, $n = 43$), países de economia de transição (35%, $n = 6$), e pelos países menos desenvolvidos (30%, $n = 11$).

3.3. Características dos GTCVs

Os GTCVs mais antigos foram estabelecidos no Reino Unido, em 1963, e no Canadá e nos Estados Unidos da América, em 1964. A mediana e a moda dos anos de criação de GTCVs foi o ano 2000, tendo 12 GTCVs sido estabelecidos naquele ano.

Os mandatos dos GTCVs apresentam uma leve variação, mas em geral são para aconselhar os governos sobre questões técnicas relacionadas aos programas de imunização nacionais, tais como as recomendações sobre o uso de vacinas. Alguns países indicaram que seus GTCVs eram responsáveis por monitorar eventos adversos, assim como por fornecer conselhos durante surtos de doenças.

As funções mais comuns dos GTCVs, com exceção da região da Europa, eram a de orientar sobre questões relacionadas à qualidade das vacinas e a sua segurança (95%, $n= 52$ de 55), e de estabelecer estratégias e políticas de imunização (87%, $n = 48$ de 55). Muitos GTCVs também indicaram a avaliação de novas vacinas (78%, $n = 43$ de 55) ou a avaliação de novas tecnologias de imunização (69%, $n = 38$ de 55). Promover a segurança vacinal nacional e regional foi uma função apontada por 62% ($n = 34$ de 55) dos GTCVs, enquanto 49 % ($n = 27$ de 55) tinha a função de informar os governos sobre as necessidades da saúde pública relativamente às doenças evitáveis por vacinação. Outras funções foram relatadas por 18% ($n = 10$ de 55) dos GTCVs, dentre elas: financiamento de atividades de imunização, treinamento em áreas de vacinação, investigação de efeitos negativos, aconselhamento do governo sobre fiscalização da imunização, aconselhamento do governo no caso de um surto de doenças evitáveis por vacinas, condução de campanhas de imunização e programas de conscientização de saúde, e determinação de agendas de pesquisa de longo prazo.

Muitos GTCVs informaram que possuem termos de referência formais (68%, $n = 57$ de 84), e um pouco mais que isso informou possuir mandatos legislativos ou administrativos, tais como leis, decretos ou portarias ministeriais, que reconhecem a criação do GTCV (73%, $n = 61$ de 82). A existência de um mandato administrativo, como um decreto ministerial ou uma portaria do Ministério da Saúde foi relatada com mais frequência do que de um mandato legislativo.

3.4. Composição dos GTCVs

O número mediano de membros principais do GTCV foi de 12, e a representação de profissões ou áreas de especialidades variou entre 2 e 10 (mediana de 7). Globalmente, a área de especialidade mais comumente relatada foi a de saúde pública ($n = 83$ de 88, ou 94%), seguida pela pediatria ($n = 80$ de 88, ou 91%) e epidemiologia ($n = 78$ de 88, ou 89%). A maioria dos países também relatou a presença, em seus GTCVs, de especialistas em doenças infecciosas ($n = 68$ de 88),

médicos clínicos (outros, que não pediatras) ($n = 60$ de 88), imunologistas ($n = 58$ de 88), e médicos microbiologistas* ($n = 29$ de 54). Especialistas em cadeia de frio/logística ($n = 25$ de 54, ou 46%) são também membros relativamente comuns dos GTCVs. Apenas 24 de 88 (27%) países relataram a presença de um especialista em economia da saúde em seus GTCVs. Menos de 20% dos GTCVs possuíam representantes do público*, de especialista em modelagem estatística* ou de cientistas sociais* como membros.

Cerca da metade ($n = 42$ de 88, ou 48%) dos países apontou a presença de especialistas de outras áreas além das listadas. As áreas mais comuns destes incluíam pesquisadores científicos, enfermagem, farmácia, gestores de programa de imunização, e autoridade de agências regulatórias de medicamentos.

Os métodos de seleção para as vagas do GTCV variavam de país para país. A resposta mais comum foi a de que o presidente do GTCV era selecionado com base em sua posição no governo (26%, $n = 14$ de 54)*, ou que era indicado pelo ministro ou pelo Ministério da Saúde (24%, $n = 13$ de 54)*. Em 20% dos casos ($n = 11$ de 54)*, o presidente era escolhido pelos membros dos GTCVs.

Membros *ex officio* foram apontados por 45% ($n = 39$ de 87) dos GTCVs, e membros de ligação foram apontados por 53% ($n = 46$ de 86). Os dois questionários revelaram que 39% ($n = 33$ de 84) dos GTCVs exigiam que os membros declarassem conflito de interesses em potencial.

3.5. Processos de tomada de decisão para emissão de recomendações

Os países relataram que os GTCVs consideram vários fatores ao fazerem as recomendações (Tabela 1). Todos os GTCVs afirmaram considerar a segurança da vacina, e todos com exceção de um, consideram o peso que uma doença possui em nível nacional ao fazerem as recomendações. O questionário global descobriu que quase todos os países consideram a eficácia da vacina (98%, $n = 53$ de 54)*, enquanto mais de 80% consideram os aspectos financeiros da vacina (tais como custo-eficácia ou custo-benefício) e seu impacto econômico, como fator relevante.

Os fatores considerados pelos GTCVs ao fazerem as recomendações, além dos mencionados acima, incluem o suprimento adequado de vacina, a viabilidade do programa, as recomendações da OMS, a sustentabilidade, a capacidade de alcançar uma alta cobertura, e o alinhamento com os objetivos da saúde global.

Os países apontaram que os GTCVs utilizam muitas fontes de informação ao fazerem as recomendações (Tabela 2), tais como os artigos de parecer da OMS sobre vacinas (*WHO position papers*), os documentos técnicos ou as recomendações da OMS*, dados publicados e artigos de revistas especializadas (*journal*), e dados de fiscalização*. Todos esses fatores, em conjunto, foram apontados por mais de 80% dos GTCVs. Apenas quatro países (5%) não apontaram a utilização dos artigos de parecer da OMS sobre vacinas, as recomendações ou os documentos técnicos da OMS como fontes de informação. Já 42 de 54 países (78%)* informaram que seus GTCVs utilizam todas essas três fontes.

Os países também apontaram como fonte de informação: o uso de dados não publicados, relatos de avaliações de tecnologias de saúde, trabalhos publicados em conferências, livros de vacinas, recomendações dos

GTCVs de outros países, e recomendações das sociedades nacionais de profissionais.

Tabela 1

Fatores considerados quando os GTCVs fazem recomendações

	Fator considerado, n (%)
Ambos os questionários, $N = 88$	
Segurança da vacina	88 (100)
Peso da doença no país	87 (99)
Saúde pública / epidemiologia	84 (95)
Aspectos financeiros	80 (91)
Percepção pública da doença	52 (59)
Recomendações dos GTCVs de outros países	48 (55)
Apenas questionário global, $N = 54$	
Eficácia da vacina	53 (98)
Impacto econômico da doença	46 (85)
Prioridade da vacina em relação a outras doenças evitáveis por vacinação	42 (78)
Prioridade da vacina em relação a todas as outras intervenções de saúde possíveis	37 (69)
Método de administração da vacina	33 (61)
Facilidade de distribuição da vacina	31 (57)
Ações em outros países	27 (50)
Peso da doença em outros países	24 (44)
Apenas questionário europeu, $N = 34$	
Severidade da doença evitável	34 (100)
Suprimento adequado de vacina	32 (94)
Inclusão da Vacina no Programa Expandido de Imunização	26 (76)
Questionários global e europeu, $N = 88$	
Outros	20 (23)

Tabela 2

Fontes de informações utilizadas pelos GTCVs para fundamentar as recomendações

	Fonte utilizada, n (%)
Ambos os questionários, $N = 88$	
Artigos de parecer da OMS	78 (89)
Dados publicados e artigos de revistas especializadas (<i>journal</i>)	77 (88)
Documentos farmacêuticos	61 (69)
Relatórios governamentais	60 (68)
Apenas questionário global, $N = 54$	
Recomendações da OMS ou documentos técnicos	50 (93)
Dados de fiscalização	45 (83)
Pareceres de especialistas	42 (78)
Consultas a grupos de trabalho	37 (69)
Documentos dos GTCVs da região	36 (67)
Questionários global e europeu, $N = 88$	
Outros	15 (17)

* Excluindo a região da Europa.

3.6. Melhores práticas

Entre 33 e 86 países alcançaram um indicador de processo, sendo que apenas 23 dos 89 países com GTCVs alcançaram todos os seis processos indicadores de bom funcionamento (Tabela 3): possuíam termos de referência formais, mandatos legislativo ou administrativo, ao menos cinco áreas de especialidade representadas no grupo, se reuniram ao menos uma vez em 2006 e 2007, distribuíam as pautas para os membros antes das reuniões, e exigiam que os membros declarassem conflito de interesses. A maioria desses países eram países desenvolvidos situados na região da Europa.

Tabela 3

Componentes de um GTCV em bom funcionamento e número de países que alcançaram esse critério (entre os 89 países que relataram a existência de um GTCV ativo)

Critério	Número de países, <i>n</i> (%)
GTCV com termos de referência formais	57 (64%)
GTCV com base legislativa ou administrativa	61 (69%)
Ao menos cinco áreas de especialidade representadas no GTCV	78 (88%)
O GTCV se reuniu pelo menos uma vez em 2006 e uma vez em 2007 (considerando que já estivessem sido estabelecidos nesses dois anos)	76 (85%)
Pauta distribuída para os membros antes das reuniões do GTCV	86 (97%)
Os membros do GTCV devem declarar conflitos de interesses	33 (37%)
Todos os seis indicadores acima foram alcançados	23 (26%)

4. Discussão

Embora os GTCVs do Canadá, Reino Unido e Estados Unidos existam há mais de 40 anos, foi apenas na década passada que a maioria ($n = 50$) dos GTCVs foi criada, como reflexo do crescente interesse por esses grupos e de sua valorização. A importância desses grupos é demonstrada também pela existência de 89 GTCVs no mundo, e pelo fato de não haver nenhum GTCV conhecido que tenha sido criado e posteriormente dissolvido, o que sugere que eles prestam um importante serviço.

Vinte e três de 147 países que responderam alcançaram todos os seis indicadores de processos apontados pelos autores para assegurar o funcionamento adequado de um GTCV estabelecido, demonstrando, com isso, que os indicadores são alcançáveis. O fato de satisfazer a todos os critérios não implica necessariamente que esses GTCVs funcionem de modo eficiente ou que outros GTCVs não sejam eficientes – cada GTCV possui seus pontos fortes e suas fraquezas. No entanto, esses GTCVs possuem o que acreditamos ser os critérios mínimos exigidos para um GTCV ideal.

A validade das respostas dessa pesquisa é desconhecida. Mas quando comparada a uma análise de revisão sistemática dos mesmos tópicos, 12 dos 14 países que relataram possuir GTCVs foram coerentes com as respostas a essa pesquisa. Um dos países relatou, por

engano, a presença de um GTCV na pesquisa, mas o seu grupo estava situado dentro do governo nacional [15] e, portanto, não foi considerado pelos autores como um GTCV independente. Desconhecemos o motivo do outro caso contraditório, no qual a análise de revisão sistemática apontou um GTCV, mas a pesquisa indicou o contrário.

No que diz respeito aos 12 países que relataram possuir um GTCV na análise de revisão sistemática, e que também relataram a existência de um GTCV no questionário, a maioria das informações encontradas na revisão sistemática foi confirmada pelas respostas do questionário. Uma exceção foi o número de membros relatados, o que pode ter ocorrido devido à mudança na composição do grupo entre a data de publicação dos manuscritos e o momento em que a pesquisa foi encerrada.

A principal limitação desse estudo é a coleta de dados por meio de dois questionários diferentes, devido à exclusão da região da Europa do questionário global. A informação da região da Europa é mais limitada e, sendo assim, não poderia ser agregada ao restante dos dados para todos os critérios. O resultado é que não há dados globais disponíveis para todos os tópicos tratados, o que impede uma imagem global de muitas das características dos GTCVs, como havia sido originalmente planejado. Outra limitação é a possibilidade de que as perguntas ou respostas tenham sido mal interpretadas na tradução. Houve ao menos uma tradução inadequada para o espanhol, que resultou em dados faltantes de 12 países sobre uma questão. Por fim, a informação foi coletada por meio de auto-relatos e, logo, podem não refletir a prática real.

Embora os GTCVs sejam aparentemente valorizados, e de terem uma forte presença global, a credibilidade do grupo repousa na verdadeira independência em relação aos governos. Parece haver alguns casos de funcionários do governo que são também membros principais do GTCV. Mesmo que seja importante que o GTCV mantenha uma relação próxima com o governo, que é geralmente o responsável pela política nacional de imunização e por sua implementação, é crucial que os representantes do governo não sejam membros principais do grupo, os quais participam da elaboração da decisão final das recomendações para manter a independência e a credibilidade do GTCV.

Faz-se necessário que haja definições claras e orientações gerais sobre os GTCVs, indicando seus mandatos e os exemplos dos modos de funcionamento ideal. Os achados dessa pesquisa apóiam os esforços para desenvolver um conhecimento sobre melhores práticas dos GTCVs, as quais se baseariam idealmente na avaliação científica dos GTCVs existentes, a fim de orientar o estabelecimento e melhorias de cada GTCV. A avaliação dos GTCVs existentes e de seus resultados deveria ser conduzida com a finalidade de apresentar modos de funcionamento distintos e de fornecer evidências que sirvam de apoio a esses grupos.

Como um exemplo das melhores práticas para os GTCVs, esse artigo realçou uma lista de seis critérios para avaliar GTCVs. Uma crítica desses critérios poderia mencionar o foco nos indicadores de processos e a falta de medida de resultados. Indicadores alternativos de melhores práticas dos GTCVs podem ser mais importantes ou apropriados, mas dado que o tipo das informações coletadas por meio desse projeto estava mais relacionado aos processos, iniciar com os indicadores de processos era o percurso mais lógico. Desenvolver indicadores de resultados que pudessem ser combinados com os

processos de elaboração de políticas seria o ideal, contudo, isso pode ser desafiador, já que uma política de sucesso em um país pode não ter êxito ou não ser apropriada para outros países. A compatibilidade e o sucesso das políticas dependem, em grande medida, do contexto do país e de seu perfil epidemiológico, assim como de sua situação econômica.

Esse artigo fornece informações de referências que poderiam ser utilizadas para orientar as discussões internacionais com o objetivo de se alcançar um consenso global sobre os indicadores de melhores práticas para os GTCVs. Essas informações poderiam, então, ser disseminadas pela OMS e ofereceriam orientações importantes para os países que estejam criando GTCVs, e ajudaria também a fortalecer aqueles já existentes. Diversas iniciativas da OMS para fortalecer os GTCVs estão em andamento. Os escritórios regionais da OMS também estão se envolvendo; muitos deles estão esboçando orientações para a criação, o funcionamento e os termos de referência dos GTCVs, dentro do contexto de sua região específica [1]. Há uma iniciativa na região da Europa que busca disseminar o conhecimento e as melhores práticas sobre imunização e que oferece uma plataforma para o compartilhamento de informações [16]. Atualmente 29 países, a maioria dos quais são membros da União Européia, participam dessa iniciativa [16].

Em síntese, esse artigo apresenta uma visão global dos Grupos Técnicos Consultivos sobre Vacinação – um tema sobre o qual ainda há pouca literatura publicada. Essa é a primeira coleta de informações globais sobre os GTCVs da qual se tem conhecimento. Ela oferece um ponto inicial com informações básicas sobre o funcionamento desses grupos, e estimula os esforços futuros para abordar as lacunas de conhecimento e pesquisa nessa área.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer ao Dr. Gary Freed por sua colaboração e por compartilhar dados não publicados da pesquisa da região da Europa. Gostaríamos também de agradecer à Dra. Noni MacDonald pelas alterações que fez, e por seus comentários pertinentes sobre o texto de rascunho. Somos gratos também ao pessoal dos escritórios regionais da OMS e ao pessoal de apoio aos países, por colaborarem na distribuição dos questionários. Gostaríamos de agradecer ainda a todos os países que preencheram a pesquisa.

O apoio financeiro foi oferecido pela Bill & Mellinda Gates Foundation.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não possuir qualquer conflito de interesses.

Referências

- [1] World Health Organization. National immunization technical advisory group (ITAG): guidance for their establishment and functioning. http://www.who.int/immunization/sage/National_TAG_guidelines_23September_2008.pdf; 2008 [acessado em 05.02.2010].
- [2] Bryson M, Duclos P, Jolly A, Bryson J. A systematic review of national immunization policy making processes. *Vaccine* 2010;28(Suppl. 1):A6–12.
- [3] Australian Government. Department of Health and Ageing. Australian technical advisory group on immunisation (ATAGI). <http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/content/advisory-bodies>; 2008 [acessado em 05.02.2010].
- [4] Public Health Agency of Canada. National advisory committee on immunization (NACI). <http://www.phac-aspc.gc.ca/naci-ccni/index-eng.php>; 2008 [acessado em

05.02.2010].

[5] Department of Health. Joint committee on vaccination and immunisation, <http://www.dh.gov.uk/ab/jcvi/index.htm>; 2002 [acessado em 05.02.2010].

[6] Centers for Disease Control and Prevention. Vaccines & immunizations – recommendations and guidelines: advisory committee on immunization practices (ACIP), <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/default.htm>; 2008 [acessado em 05.02.2010].

[7] World Health Organization. Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on immunization, <http://www.who.int/immunization/sage/en/>; 2009 [acessado em 05.02.2010].

[8] World Health Organization Regional Office for Europe. The European Technical Advisory Group of Experts on Immunization (ETAGE), http://www.euro.who.int/vaccine/20081222_1; 2008 [acessado em 05.02.2010].

[9] Pan American Health Organization. Technical Advisory Group, http://www.paho.org/English/AD/FCH/IM/EPL_TAG.htm; 2006 [acessado em 05.02.2010].

[10] Meeting of the immunization Strategic Advisory Group of Experts, November 2008 – conclusions and recommendations. *Week Epidemiol Rec* 2009;84: 1–16.

[11] Bryson M, Duclos P, Jolly A. Global level immunization policy making processes [não publicado]; 2008.

[12] World Health Organization. Countries, <http://www.who.int/countries/en/index.html>; 2008 [acessado em 05.02.2010].

[13] Andrae MC, Switalski K, Abraham L, Freed GL. National immunization advisory committees of the World Health Organization's European Region. *Vaccine* 2009;27:3131–6.

[14] United Nations. The world economic and social survey: 2007, <http://www.un.org/esa/policy/wess/>; 2007 [acessado em 05.02.2010].

[15] Freed GL. The structure and function of immunization advisory committees in Western Europe. *Hum Vaccin* 2008;4:292–7.

[16] VENICE: vaccine European new integrated collaboration effort, <http://venice.test.cineca.it/index.html>; 2008 [acessado em 05.02.2010].