

## Análise

## Apoiando os países a estabelecerem e fortalecerem os Grupos Técnicos Consultivos Nacionais sobre Vacinação (GTCVs): Lições extraídas dos cinco anos da iniciativa SIVAC

Alex Adjagba<sup>a,\*</sup>, Kamel Senouci<sup>a</sup>, Robin Biellik<sup>b</sup>, Nyambat Batmunkh<sup>c</sup>,  
Pape Coumba Faye<sup>a</sup>, Antoine Durupt<sup>a</sup>, Bradford D. Gessner<sup>a</sup>, Alfred da Silva<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Agence de Médecine Préventive, 164 Rue de Vaugirard, 75015 Paris, France

<sup>b</sup> Independent Consultant, Tranchepied, 10 1278 La Rippe, Switzerland

<sup>c</sup> International Vaccine Institute, SNU Research Park, San 4-8 Nakseongdae-dong, Gwanak-gu, 151-919 Seoul, Republic of Korea

### Informações do artigo

#### Histórico do artigo:

Recebido em 11 de julho de 2014 / Versão revisada recebida em 13 de dezembro de 2014 / Aceito em 15 de dezembro de 2014 / Disponível online em 26/12/2014

#### Palavras-chaves:

Imunização;  
Comitê de imunização;  
Grupo Técnico Consultivo Nacional sobre Vacinação (GTCV);  
Políticas baseadas em evidências;  
Tomada de decisões;  
Política de saúde;  
Capacitação;  
Vacinas novas e subutilizadas;  
Introdução de vacinas;  
Imunização de rotina

### Resumo

A fim de capacitar os governos na formulação de políticas racionais sem a pressão de quaisquer grupos, e de ampliar a utilização das decisões baseadas em evidências no processo de adaptação das recomendações globais sobre imunização aos seus contextos locais, a OMS reiteradamente recomendou que os países estabelecessem Grupos Técnicos Consultivos Nacionais sobre Vacinação (GTCVs). A Assembléia Mundial da Saúde (AMS) reforçou essas recomendações em 2012, quando os Estados-membros aprovaram o Plano de ação global de Vacinas da Década da Vacina (GVAP). Os GTCVs são grupos multidisciplinares de especialistas nacionais responsáveis por fornecer conselhos independentes e baseados em evidências às autoridades de saúde, sobre todas as questões relacionadas às políticas de saúde, que digam respeito a todas as vacinas e a toda a população. Segundo o relatório conjunto da OMS-UNICEF, em 2012, entre os 57 países aptos a receberem o apoio financeiro do programa de vacinação da GAVI Alliance, apenas 9 informam possuir um GTCV em funcionamento. Desde 2008, a Iniciativa Suporte aos Comitês Consultivos Independentes de Apoio à Imunização e Vacinação (SIVAC), da Agência de Medicina Preventiva ou AMP, tem trabalhado em estreita colaboração com a OMS e outros parceiros para acelerar e sistematizar a criação de GTCV em países de renda baixa e média. Além de fornecer apoio direto aos países para a criação de grupos consultivos, a iniciativa também apóia os GTCVs já existentes a reforçarem sua capacidade de utilizar processos de tomada de decisões baseados em evidências, alinhados aos padrões internacionais. A partir das lições extraídas da experiência de 5 anos de implementação, recomendamos que os esforços futuros visem tanto à expansão dos novos GTCVs quanto ao fortalecimento dos GTCVs existentes em países específicos, seguindo três linhas estratégicas: (i) reforçar a integração institucional dos GTCVs para promover sua sustentabilidade e credibilidade, (ii) construir capacidade técnica dentro das Secretarias dos GTCVs e avaliar o desempenho dos GTCVs, e (iii) aumentar as cooperações regionais e em rede. Isso deveria ocorrer por meio do desenvolvimento e da disseminação de ferramentas, orientações e informações através de uma variedade de mecanismos adaptados.

© Os autores. Publicado pela Elsevier Ltd. Esse é um artigo de acesso livre, sob a licença CCBY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

*Siglas e abreviações:* AMP: Agence de Médecine Préventive (Agência de Medicina Preventiva); CEEAO: Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental; GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunization (Aliança Global para Vacinação e Imunização); IVI: International Vaccine Institute (Instituto Internacional de Vacinação); FRC: Formulário de Relatório Conjunto; MS: Ministério da Saúde; GTCV: Grupo Técnico Consultivo Nacional sobre Vacinação; NUVI: New and Under-Utilized Vaccine Introduction (Introdução de vacinas novas e subutilizadas); OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde;

SIVAC: Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees (Suporte aos Comitês Consultivos Independentes de Apoio à Imunização e à Vacinação); OOAS: Organização Oeste-Africana da Saúde; AMS: Assembléia Mundial da Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde.

\*Corresponding author. Tel.: +33 01 53 86 89 20; fax: +33 01 53 86 89 39.  
E-mail: [aadjagba@aamp.org](mailto:aadjagba@aamp.org) (A. Adjagba), [rbiellik@gmail.com](mailto:rbiellik@gmail.com) (R. Biellik).

## 1. Introdução

Após o lançamento do Programa Expandido de Imunização (PEI) pela OMS há 40 anos, a maioria dos países de renda baixa e média iniciou seu programa de imunização com seis antígenos: difteria-tétano-coqueluche de célula inteira (DTwP), sarampo, poliovírus oral (OPV) e Bacilo de Calmette-Guerin (BCG). Em seguida, alguns países introduziram até dez outros antígenos, incluindo hepatite B, *Haemophilus influenzae* conjugada tipo b (Hib), pneumocócica conjugada (PCV), meningocócica conjugada (MCV), vírus da febre amarela, rotavírus, gripe, e papilomavírus humano (HPV) [1]. Além disso, diversas vacinas contendo outros antígenos, tais como as vacinas que contêm malária, dengue, estreptococos do grupo B, tuberculose, vírus da imunodeficiência humana e o vírus respiratório sincicial, estão em fase de desenvolvimento (e provavelmente estarão disponíveis na próxima década).

O campo da imunização tem se tornado cada vez mais complexo por uma série de razões, que incluem a extensão da atividade de imunização para além da infância, o crescente número de fabricantes de vacinas, o grande número de apresentações das vacinas, e o preço, que varia de acordo com a oferta e a demanda e (sobretudo) com a capacidade de pagar.

Além disso, em muitos países em desenvolvimento falta às autoridades de saúde nacionais a metodologia para avaliar as informações científicas cada vez mais numerosas e mais complexas. Por fim, países com recursos financeiros limitados estão enfrentando escolhas cada vez mais difíceis ao definirem as prioridades das intervenções de saúde pública recomendadas.

Os GTCVs são grupos multidisciplinares de especialistas nacionais, responsáveis por fornecer conselhos independentes e baseados em evidências às autoridades de saúde, relativamente às questões relacionadas às políticas de toda a gama de vacinas para toda a população. O papel dos GTCVs é coletar, revisar, avaliar e organizar dados científicos sobre questões específicas relacionadas à vacinação, na forma de recomendações às autoridades nacionais de saúde.

A OMS tem reiteradamente recomendado que os países criem GTCVs por duas razões: primeiro, para capacitar os governos na elaboração de políticas racionais, sem a pressão de grupos externos específicos; e, em segundo lugar, para ampliar a prática da tomada de decisões baseadas em evidências, a fim de adaptar as recomendações globais sobre imunização aos contextos locais. A Assembleia Mundial da Saúde, (AMS) reforçou essas recomendações em 2012 quando os Estados-membros assinaram o Plano de ação global de Vacinas (GVAP) da Década da Vacina [2], uma estratégia de abrangência global que visa prevenir milhões de mortes até 2020, ao buscar proporcionar um acesso mais equitativo das pessoas de todas as comunidades às vacinas existentes. O GVAP inclui um objetivo específico acerca dos GTCVs, a saber: "Todos os países devem ter um GTCV em funcionamento até 2020".

A OMS estabeleceu inicialmente seis indicadores básicos para definir GTCVs em funcionamento: termos de referência formais escritos; um estatuto administrativo ou legislativo; ao menos cinco áreas principais de especialidades entre os membros principais; ao menos uma reunião por ano; uma Secretaria para distribuir a pauta e o material de apoio antes das reuniões; e uma política de declaração de interesses para todos os membros [3]. Um conjunto de indicadores mais completo para avaliar a funcionalidade, o desempenho, os resultados e a produção dos GTCVs foi desenvolvido em 2013 pela OMS, pelo SIVAC e por outros parceiros [4]. O progresso alcançado neste e

em outros objetivos serão monitorados ao longo dos próximos dez anos, com um relatório sendo apresentado anualmente para discussão na AMS [2].

Os GTCVs dos países em desenvolvimento têm contribuído decisivamente para fornecer recomendações científicas sólidas e independentes para os governos ao longo de muitos anos. A importância desses GTCVs é ilustrada pelo Comitê Conjunto sobre Vacinação e Imunização (JCVI) do Reino Unido, pelo Comitê Consultivo em Práticas de Imunização (ACIP) dos EUA, pelo Comitê Técnico de Vacinação (CTV) da França, pelo Comitê Permanente de Vacinação (STIKO) da Alemanha, pelo Grupo Técnico Australiano de Assessoria em Imunização (ATAGI); e pelo Comitê Coreano de Assessoria em Práticas de Imunização (KACIP) da Coreia do Sul. Outros GTCVs de países de renda média (tais como o Comitê Técnico de Vacinação (CTV) da Tunísia e o Grupo Técnico Consultivo Indonésio sobre Imunização (ITAGI)) também alcançaram níveis operacionais e de desempenho satisfatórios [5].

De acordo com o Formulário de Relatório Conjunto (FRC) da OMS-UNICEF, em 2012, 99 países em todo o mundo (52%) relataram a existência de um GTCV formalmente (com base legislativa ou administrativa) constituído (com uma alta de 86% na região do Mediterrâneo Oriental). Dentre os 63 países (33%) que afirmaram ter um GTCV em funcionamento, apenas 38 eram países em desenvolvimento, e dos 57 países aptos ao apoio financeiro da GAVI para o programa de imunização, o *Vaccine Alliance*, apenas 9 relataram um GTCV em funcionamento [6].

A AMP e o IVI, em estreita colaboração com a OMS, e apoiada pelo financiamento da *Bill & Melinda Gates Foundation*, criaram a Iniciativa SIVAC em 2008. O SIVAC visa acelerar e sistematizar a criação de GTCVs em países de rendas média e baixa. Além de fornecer apoio direto aos países para a criação de grupos consultivos, a iniciativa também ajuda os GTCVs existentes a fortalecerem suas capacidades de utilizar processos baseados em evidências para a tomada de decisões com padrões internacionais.

Como parte integrante da política da AMP, que atua como Centro Colaborador da OMS para políticas de imunização baseada em evidências, o SIVAC é um dos principais atores a apoiar o escritório central da OMS e seus escritórios regionais na criação e no fortalecimento dos GTCVs, juntamente com os Centros Americanos de Controle e Prevenção de Doenças (US CDC). Esse grupo de organizações é rigidamente coordenado pela sede da OMS e inclui, sobretudo, os pontos focais dos GTCVs dos escritórios regionais da OMS, o US CDC e o Departamento de Imunização, Vacinas e Biológicos da OMS (OMS IVB).

O presente artigo propõe-se a analisar e discutir a contribuição do SIVAC para os objetivos da OMS e da comunidade global relativos aos GTCVs. A partir da experiência e da perspectiva do SIVAC, analisamos as lições extraídas dos cinco anos do projeto, e informamos acerca da expansão dos GTCVs. Em seguida, apresentamos um panorama estratégico do desenvolvimento do GTCV para os próximos cinco anos.

## 2. Contextualização

A iniciativa SIVAC, desde seu início, e juntamente com a OMS e seus parceiros, auxiliou nove países na criação de GTCVs, e atualmente trabalha para atingir o mesmo objetivo em outros oito países. A iniciativa ajudou ainda sete países a fortalecer seus GTCVs pré-existentes, e alcançou acordos de

apoio com outros quatorze países para os próximos dois anos (conferir tabela I e Mapa 1). O critério para a seleção dos países já foi discutido em outro momento, assim como a metodologia e processos para o estabelecimento de GTCVs, [7,8].

Além de oferecer assistência direta a cada GTCV, um dos objetivos do SIVAC tem sido fornecer apoio técnico global para todos os países, incluindo aqueles não diretamente assistidos pela iniciativa. Isso envolve o desenvolvimento de uma série de diretrizes sobre como criar e operar GTCVs, que foram formuladas em colaboração com a OMS e com outros parceiros (tais como os Centros Americanos de Controle e Prevenção de Doenças e os GTCVs existentes). Essa orientação, que pode ser adaptada ao sistema de saúde de qualquer país,

fornece uma estrutura para o estabelecimento legal dos GTCVs e para a preparação dos Termos de Referência (TdR) e procedimentos operacionais padrão (POPs). A Secretaria do GTCV da Índia, por exemplo, utilizou as diretrizes para abordar questões de gerenciamento de conflito de interesses, de limitação das influências externas dos grupos, e de definição das atribuições e responsabilidades dos membros do comitê. As diretrizes incluem informações sobre o modo de funcionamento, o número de membros e a duração e quantidade de mandatos em serviço, assim como sobre a organização de grupos de trabalho, a interação com outros comitês técnicos como as Autoridades Regulatórias Nacionais (ARNs) [9], e a composição ideal de especialidades.

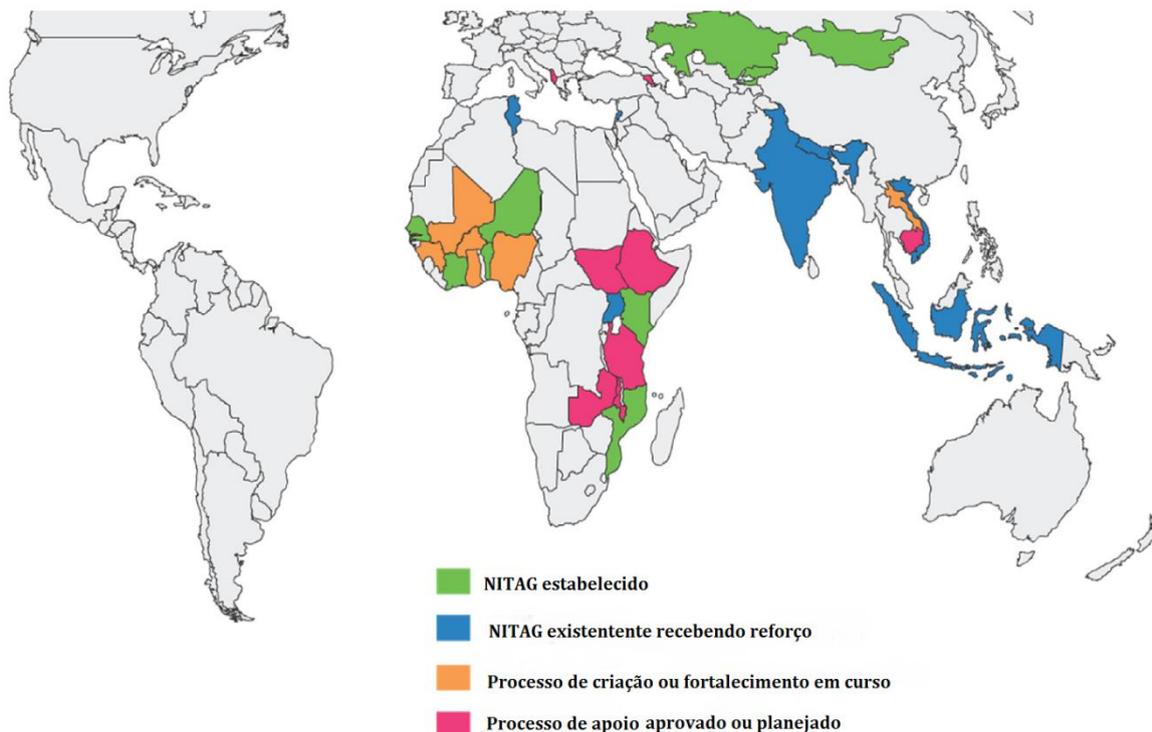
**Tabela 1**

Países onde o apoio do SIVAC foi oferecido ou está em curso/iniciado/planejado.

GTCV está estabelecido	GTCVs existentes recebendo reforço	Processo de criação ou de fortalecimento iniciado	Processo de apoio aprovado ou planejado
Benin	Índia	Burkina Faso	Albânia
Costa do Marfim	Indonésia	Gana	Armênia
Cazaquistão	Líbano <sup>a</sup>	Guiné	Camboja
Quênia	Nepal	RPD Laos	Etiópia
Quirguistão	Tunísia	Mali	Malavi
Mongólia	Uganda	Nigéria	Sudão do Sul
Moçambique <sup>b</sup>	Vietnã	Gâmbia	Tanzânia
Níger			Zâmbia
Senegal			

<sup>a</sup> Processo reiniciado após suspensão.

<sup>b</sup> Período de apoio completo



**Mapa 1.** Países onde o apoio do SIVAC foi oferecido ou está em curso/iniciado/planejado

### 3. Lições extraídas

Entre as lições extraídas, apresentaremos primeiramente os desafios ao estabelecer e reforçar os GTCVs desde 2008. Em seguida, exporemos os benefícios observados

que foram relatados juntamente com exemplos concretos de diversos países. Discutimos *todas* as lições extraídas, a fim de fornecer o quadro mais completo possível.

### 3.1. Desafios

#### 3.1.1. As autoridades nacionais precisam compreender melhor o papel dos GTCVs

Apesar das várias recomendações da OMS (tanto globalmente como regionalmente) sobre a criação de GTCVs, o conhecimento sobre os grupos consultivos entre os altos funcionários de imunização em nível nacional ainda é pequeno. A existência de um Comitê de Coordenação interagências (CCI) é um requisito oficial para que os países aptos possam obter o apoio da GAVI. Os CCIs, que são presididos pelo MS e incluem a maioria do parceiros técnicos dentro do país (e.g. OMS e UNICEF), concentram-se em implementar as decisões do PEI feitas pelo ministro, e em seus aspectos operacionais. Os GTCVs, por outro lado, possuem um papel consultivo e, além de não se concentrarem exclusivamente no PEI, não têm mandato para abordar e supervisionar sua implementação e operação. Conseqüentemente, a função dos GTCVs não se sobrepõem ou interferem naquelas do CCI. Em outras palavras, os dois comitês deveriam atuar de modo complementar.

A falta de conhecimento sobre os GTCVs frequentemente leva a uma compreensão equivocada por parte das autoridades nacionais, e a independência dos GTCVs aparece como a preocupação principal. Em alguns casos, o MS observou a autonomia do GTCV como ameaça. Ministros e altos funcionários do MS em um país específico do Leste Europeu, por exemplo, temiam que o GTCV expedisse recomendações que pudessem diminuir suas autoridades e desafiar suas prerrogativas. No entanto, esses receios tenderam a desaparecer assim que mais informações foram dadas às autoridades nacionais acerca do papel do GTCV como comitê consultivo, e que os mesmos foram lembrados que o Ministro da Saúde indica os membros do GTCV, designa o secretariado, contribui para a agenda, e é quem toma a decisão em última instância. As preocupações foram também amenizadas ao se mostrar às autoridades os exemplos de GTCVs de outros países.

A Secretaria supervisiona a agenda do GTCV por meio de uma atividade completa que envolve não apenas o MS, mas também outros atores de imunização nacionais e os membros do GTCV. Essa abordagem assegura que as pautas do GTCV incluam todas as perspectivas [10]. A independência das recomendações é garantida (i) ao se exigir que os membros votantes declarem qualquer conflito de interesses e (ii) pelo uso sistemático de avaliação de evidências para desenvolver as recomendações.

#### 3.1.2. As agências técnicas precisam entender melhor o papel dos GTCVs para facilitar sua criação

É um tanto surpreendente que em certos países e regiões é o pessoal (*staff*) dos parceiros técnicos internacionais, mais do que as autoridades nacionais, que se mostraram relutantes acerca do estabelecimento de GTCVs. Houve receio de que as decisões sobre novas vacinas viessem a atrasar caso fosse necessário consultar previamente os GTCVs. Foram também levantadas questões acerca da disponibilidade e da capacidade de especialistas nacionais de fazerem recomendações, visto que alguns países dependeram muito da OMS e da UNICEF nas últimas quatro décadas. Essas preocupações são resultantes de uma falta de entendimento acerca do papel do GTCV no processo de tomada de decisões. Mesmo que consultar os GTCVs possa, de fato, atrasar o processo de decisão, pode-se assumir razoavelmente que os GTCVs atingem um resultado altamente positivo em longo prazo.

Muitos parceiros internacionais e instituições técnicas apóiam atualmente a criação de GTCVs e reconhecem a importância de seu papel em nível nacional. Todos os Comitês Regionais da OMS recomendaram que seus membros criassem GTCVs. Além disso, um dos critérios da Aliança GAVI para solicitar a introdução de novas vacinas, questiona se o GTCV do país (quando esse critério se aplica) emitiu recomendação sobre a vacina em questão.

#### 3.1.3. Conflito de prioridades e desconfiança impedem a criação de GTCVs

A criação de GTCVs pode ser dificultada por conflito de prioridades ou desconfiança, sejam estes reais ou aparentes. Em um país da África Oriental, o processo de criação de um GTCV (que teve início com a submissão de uma carta de intenções por um alto funcionário do MS) foi interrompido antes da reestruturação do sistema político do país em 2010, que resultou na criação de dois Ministérios da Saúde: um Ministério para Saúde Pública e um Ministério para Serviços Médicos. A criação do GTCV depois disso complicou-se devido à coincidência das pastas e à competição entre as lideranças dos dois ministérios. Além disso, o GTCV não foi considerado uma prioridade tão alta quanto as outras questões que o país enfrentava.

O governo de um país no Mediterrâneo Oriental havia estabelecido um grupo consultivo prévio, por meio de um processo de seleção que foi visto por outros atores como enviesado. Apesar do papel proeminente que os agentes privados de imunização haviam desempenhado, o grupo não incluía nenhum representante do setor médico privado. Tentativas de reorganizar o Comitê foram obstaculizadas pela falta de confiança entre os especialistas do setor privado e o MS, baseada em dois fatores: a ausência de cooperação que datava de muitas décadas, e a visão do MS de que os representantes do setor privado tinham fortes conflitos de interesses com os fabricantes de vacinas.

#### 3.1.4. A escassez de recursos humanos nas Secretarias e a falta de treinamento impedem o funcionamento ótimo do GTCV

A Secretaria Executiva do GTCV coordena as atividades deste cumprindo com seus TdR e POPs. As Secretarias são responsáveis por coordenar os documentos de informações técnicas que são analisados pelo comitê antes de se emitir recomendações. Contudo, a escassez de recursos humanos capacitados em muitos países de renda média e baixa, dificulta a criação de Secretarias suficientemente fortes (como no caso do setor da Saúde de um modo geral).

Cada país tem adotado abordagens diferentes, com diferentes graus de sucesso, para compor o secretariado dos GTCVs. Em um país de renda média da África, o MS indicou o gestor do PEI nacional para assumir a função de Secretário do GTCV, somando essas aos deveres da rotina do gestor e sem fornecer mais recursos (financeiros ou humanos). De modo contrastante, a Secretaria Executiva do GTCV em um país europeu está situada no Centro Nacional para Imunoprofilaxia. O Centro, que responde diretamente ao MS, é responsável pelas atividades de saúde pública, pelo treinamento e pelas atividades de pesquisa, assim como por todo o trabalho relacionado à imunização no país. Todo os funcionários do Centro servem de suporte para o GTCV. Uma abordagem diferente foi realizada por um país no sudeste asiático: o escritório da OMS no país serviu primeiramente por alguns meses como Secretaria para o GTCV existente, até que essa responsabilidade foi transferida para a Divisão de Saúde da Criança, do MS.

É de fundamental importância que a Secretaria esteja totalmente equipada e disponível (sob supervisão do presidente do GTCV) para conduzir exames adequados das situações de

imunização, alcançar consenso, definir as prioridades dos itens da agenda, formar grupos de trabalho e desenvolver estratégias de comunicação (direcionada ao governo ou à população, conforme necessário). Uma Secretária do GTCV que seja visível e física é importante, assim como um endereço de e-mail e outros equipamentos logísticos (tais como impressoras e scanners, no mínimo).

A partir das experiências que têm funcionado bem nos GTCVs dos países desenvolvidos, uma Secretária Executiva deveria, idealmente, ser acomodada em um instituto de pesquisa nacional que tenha um profissional dedicado exclusivamente a essa atividade, e que tenha experiência na área de imunização (de preferência um médico de saúde pública). Este médico deveria ser auxiliado por pelo menos um membro júnior de tempo integral com mestrado em saúde pública (ou em área relacionada). A instituição deveria ter canais de comunicação perfeitos com o gestor do PEI e a autoridade para convidar qualquer acadêmico que seja necessário.

Constata-se que todas as Secretarias dos GTCVs acabam sendo limitadas no que diz respeito aos especialistas e pessoal em geral, e que isso pode dificultar uma preparação adequada para as reuniões, já que dificulta atividades como a formulação de materiais técnicos com informações de apoio, e a distribuição dos documentos com antecedência. Vários GTCVs superaram essas limitações por meio do uso amplo de grupos de trabalho técnicos, que geralmente incluem um ou dois membros do GTCV, o secretariado executivo do GTCV, e especialistas nacionais (externos ao GTCV) que agrupam as informações científicas previamente às reuniões integrais do GTCV. A importância desses grupos foi ilustrada pela experiência de diversos países: na Tunísia, por exemplo, um grupo específico sobre vacina pneumocócica conjugada foi criado para reunir dados internacionais e, ainda mais importante, para explorar a disponibilidade de informações locais não publicadas. Quando o grupo apresentou os resultados, os membros do GTCV requereram que mais dados fossem coletados, tendo como foco as potenciais implicações econômicas de se reduzir hospitalizações devido à vacinação. A replicabilidade desse modelo requer acesso aos especialistas locais e um alto nível de coordenação.

Enquanto se prestava ajuda aos países para que criassem ou fortalecessem os GTCVs, surgiu uma necessidade crítica de capacitação para formar os comitês. Durante os treinamentos sobre funções e responsabilidades em alguns secretariados da Ásia e da África, o SIVAC identificou a necessidade de reforçar as seguintes áreas: preparar material de apoio, coordenar grupos de trabalho, usar metodologia reconhecida na avaliação da qualidade das informações, e desenvolver recomendações estruturadas. O SIVAC e seus parceiros internacionais estão agora utilizando essas experiências prévias para oferecer um treinamento semelhante às Secretarias de vários países da África e da Europa onde os GTCVs estão avaliando a introdução da vacina contra pólio inativada (IPV).

### 3.1.5. A falta de especialistas nacionais impede a criação e o funcionamento dos GTCVs

A OMS recomenda que os membros principais do GTCV representem ao menos cinco diferentes áreas de especialidades[3], e a disponibilidade de especialistas locais é um dos fatores mais importantes considerados pelo SIVAC ao analisar a situação do país. Instituições de treinamento já estabelecidas (universidades reconhecidas), hospitais (na maioria das vezes, hospitais universitários) ou órgãos de pesquisa (e.g. Institutos Pasteur) já existiam por vários anos em todos os países onde os GTCVs foram criados ou reforçados. Além de fornecer uma fonte de conhecimento especializado, esses estabelecimentos reforçam a credibilidade das recomendações emitidas pelos GTCVs.

Uma sondagem deveria ser realizada assim que um GTCV

fosse criado, a fim de identificar pesquisadores nacionais e peritos por especialidade, área de pesquisa, etc. A Secretária deveria então planejar uma estratégia de informação sobre o papel do GTCV e sua missão, juntamente com um esboço sobre o tipo de auxílio que ele pode demandar. Algum mecanismo para assegurar a cooperação e a colaboração eficientes deveria também ser introduzido. Especialistas nacionais geralmente estão muito dispostos a oferecerem seu apoio, desde que o pedido seja formulado claramente com cronogramas razoáveis.

Com sua maior perícia na gestão e operação do GTCV, as agências nacionais e internacionais, assim como os parceiros técnicos, desempenham uma papel central. Eles ajudam a assegurar que as recomendações do GTCV levem em consideração as realidades factuais do país, tais como as prioridades do governo ou as demandas dos financiadores. Mais ainda, sua participação nas reuniões dos GTCVs evita a sensação de cisão entre acadêmicos e "implementadores". Essa combinação de habilidades e papéis dentro de um GTCV tem sido vista como algo muito positivo pelos países, e deve ser estimulada.

### 3.1.6. A falta de uma gestão de conflitos de interesses adequada ameaça a independência das recomendações

Um dos desafios em quase todos os países apoiados pelo SIVAC tem sido o de expressar que as recomendações do GTCV devem ser independentes de todas as influências externas: não apenas de fabricantes de vacinas mas também do MS e da OMS. Um modo de se atingir esse objetivo é gerenciar os potenciais conflitos de interesse de uma maneira transparente.

Um conflito de interesses envolve um choque entre um dever público de um agente e interesses privados, no qual o último pode influenciar indevidamente o desempenho e as responsabilidades de sua função [6]. Os membros dos GTCVs que possuem um conflito de interesses com fabricantes de vacinas podem ser solicitados a se retirarem da sala durante as discussões nas quais eles tenham declarado um interesse, ou podem ser solicitados a se absterem de votar. Uma preocupação adicional é a de que os membros sejam influenciados por grupos externos mesmo quando nenhum conflito de interesses existe. Quando esse foi o caso, os GTCVs têm consultado seus pares dos países desenvolvidos, caso a caso. Entretanto, não há um modo genérico de lidar com essa situação.

Como membros de ligação e membros *ex officio* [membro automático em virtude do cargo], os representantes da OMS e do MS geralmente não votam.

Apesar das preocupações iniciais, o uso sistemático de formulários de conflitos de interesses nos países apoiados pelo SIVAC tem sido aceito e tem levado a uma maior confiabilidade entre os atores.

### 3.1.7. A falta de uma integração institucional sólida ameaça a sustentabilidade financeira e a resistência às revoltas políticas

Embora as necessidades financeiras para operar os GTCVs já em funcionamento sejam baixas (logística para reuniões, valores de consultoria ocasionais e viagens domésticas para membros), os anos iniciais requerem recursos significativos, sobretudo para criar capacitação técnica. As reservas do MS são finitas e nem sempre há planos prontos para assegurar que os comitês continuem em funcionamento quando o financiamento inicial se esgota. Em dois países, o reconhecimento, pelo MS (e por outros atores), dos GTCVs como comitês de consultoria formais mostrou-se vital para assegurar o financiamento doméstico. Dois outros GTCVs na Ásia e no Leste Europeu garantiram o financiamento pelo governo apenas quando o auxílio financeiro do SIVAC se encerrou. As atividades do GTCV foram então incluídas no plano de trabalho anual do MS.

No entanto, o reconhecimento do MS não garante o

financiamento. Dois países africanos e asiáticos, por exemplo, ainda precisam obter financiamento contínuo para suas atividades. Por conseguinte, os dois anos de apoio financeiro e técnico inicialmente planejados pelo SIVAC foram prorrogados para que se preparasse uma sustentabilidade de longo-prazo, principalmente auxiliando o MS a incluir uma linha adicional no orçamento regular.

Houve também uma situação infeliz em um país africano, onde as diárias recebidas pelos membros do GTCV eram muito altas (a despeito da forte oposição do SIVAC a tais práticas), e o GTCV não conseguiu obter financiamento do governo quando o auxílio do SIVAC chegou ao fim. No mais, embora os recursos para o funcionamento do GTCV tenham sido incluídos na solicitação do Reforço do Sistema de Saúde (HSS) apresentada à GAVI em 2012, a proposta foi rejeitada. Consequentemente, o GTCV não conseguiu desenvolver qualquer atividade em 2013.

Os GTCVs que se integraram completamente ao sistema de imunização são capazes de manterem seu funcionamento quando surgem fatores externos, como uma revolta política. Revoluções e guerras civis eclodiram em vários países durante a fase de implementação do GTCV (Quirguistão (2010), Tunísia (2011) e Costa do Marfim (2012)). Como resultado, os GTCVs planejados não puderam ser implementados e os GTCVs já existentes interromperam suas atividades.

No entanto, em países onde os GTCVs estavam totalmente integrados ao sistema de saúde pública, eles resistiram à instabilidade. Na Costa do Marfim, por exemplo, o GTCV recém-constituído parou de operar durante a crise política que se seguiu às eleições presidenciais, mas pôde retomar rapidamente suas atividades, devido à grande motivação de seus membros principais. Ainda que não seja o melhor possível em diversos aspectos, o comitê da Costa do Marfim está ativo e emitindo recomendações. Um exemplo igualmente positivo foi visto na Tunísia durante a turbulência de 2011, onde o GTCV continuou a se reunir regularmente apesar das intensa rotatividade dos altos funcionários da saúde. As leis parlamentares que criaram o GTCV na Tunísia e na Costa do Marfim facilitaram sua sustentabilidade em tempo de crises graves.

## 3.2. Oportunidades e êxitos

### 3.2.1. Novos GTCVs tiveram impacto nas recentes decisões sobre vacinas

Um exemplo claro da influência dos GTCVs sobre as decisões acerca de vacinação pôde ser visto em 2012, quando o MS de um país africano se preparava para submeter sua solicitação de financiamento à Aliança GAVI para a vacina de rotavírus (por meio do Comitê de Coordenação de Imunização (CCI)). Seguindo a decisão do MS o GTCV examinou a proposta e descobriu que as informações epidemiológicas locais, usadas para justificar a escolha da vacina estavam incompletas. O GTCV então solicitou a análise de mais dados que haviam sido coletados ao longo de vários anos por institutos de pesquisa nacionais. O MS acatou a conselho do GTCV, postergou o envio do pedido e solicitou que o GTCV examinasse os dados adicionais. Baseados na combinação das evidências re-examinadas como parte do primeiro pedido (epidemiológico, econômico, logístico, etc.) e dos dados adicionais, o país decidiu introduzir uma outra vacina de rotavírus.

Os GTCVs incluem uma série de novos, mas importantes, atores no processo de tomada de decisões sobre imunização que não estão envolvidos nos CCIs, tais como acadêmicos e profissionais de saúde, sociedades científicas e ONGs e representantes da sociedade civil. Não surpreende, portanto, que os GTCVs possam ser vistos como uma influência perturbadora. Contudo, a leve demora que pode resultar do envolvimento do GTCV é contrabalanceada pelos benefícios de decisões mais

robustas, baseadas em evidências, que são formuladas para as especificidades locais. Além disso, visto que todos os atores de imunização nacionais estão (idealmente) representados nos GTCVs, suas recomendações têm maior probabilidades de serem aceitas – e implementadas – pelo MS, principalmente se há uma estratégia de comunicação efetiva do GTCV. Por fim, o envolvimento do GTCV no processo de tomada de decisões assegura que as recomendações sejam amplamente disseminadas.

Não há controvérsias de que a intervenção de comitês independentes em países de alta renda pode resultar em uma pequena demora na introdução de vacinas. No entanto, espera-se que ao reunir os esforços de todos os parceiros, os GTCVs de países de renda média e baixa possam alcançar níveis de confiança e credibilidade similares. As Secretarias devem se lembrar que, como o escopo dos GTCVs não é restrito às novas vacinas, suas agendas deveriam ser abrangentes e incluir (por exemplo) imunização de rotina, relutância social em relação à imunização e alertas de vigilância. Em resumo, ao fazer as recomendações, o GTCV deveria se concentrar na integralidade dos sistemas de imunização.

### 3.2.2. O compartilhamento de experiências com outros GTCVs oferece boas oportunidades de aprendizado

Sessões de orientação e treinamento ocorrem logo após a criação de um novo GTCV, a fim de ajudar os membros do secretariado a entenderem seus papéis e o funcionamento do GTCV. O SIVAC tem oferecido apoio para que os secretariados compareçam às reuniões de GTCVs existentes há muito tempo. O presidente e o secretário do GTCV do Nepal, por exemplo, visitou o GTCV da Austrália (ATAGI) e dois representantes dos comitês da Costa do Marfim e do Líbano visitaram o GTCV francês (CTV). Em ambos os casos os membros visitantes dos GTCVs apreciaram a oportunidade de discutir suas experiências pessoalmente com outros GTCVs e de observar as reuniões.

O impacto desse compartilhamento de experiências tem sido especialmente visível na Tunísia e na Mongólia. Após a visita ao Comitê do Estado do Quebec, o GTCV da Tunísia conduziu uma reorganização profunda de seus processos e de suas atividades técnicas (i.e. confecção de materiais preparatórios, uso de grupos de trabalho e desenvolvimento de pautas de reuniões). De modo semelhante, depois que dois oficiais da Mongólia compareceram ao Fórum Técnico Neozelandês de Imunização (um órgão consultivo do MS da Nova Zelândia), o governo da Mongólia emitiu um decreto alterando a estrutura de composição dos membros do GTCV (acrescentado membros *ex officio* e de ligação), passou a usar grupos de trabalho para preparar os materiais para as reuniões do GTCV, e iniciou uma discussão sobre sustentabilidade financeira. Por último, quando delegados de um país do leste europeu compareceram ao Grupo Europeu de Consultoria de Especialistas Técnicos (ETAGE) em 2012, a composição do seu GTCV foi revisada e o presidente – um oficial do MS – deixou o cargo para ser substituído por um presidente independente de origem acadêmica.

### 3.2.3. As parcerias com organizações locais e regionais têm sido um sucesso

As colaborações estratégicas tem sido um instrumento importante para promover a criação de GTCVs, especialmente nas regiões da Ásia e da África Oriental. Os ministros da CEEAO emitiram duas recomendações, em 2012 e 2013, para que os Estados-membros criassem GTCVs [11], o que resultou em GTCVs sendo estabelecidos em Benin, Senegal e Níger, assim como nos primeiros passos para criação de GTCVs em mais de dez países da África Ocidental, incluindo Nigéria, Libéria, Gâmbia, Mali,

Guiné, Togo e Burkina Faso [12]. O apoio regional da OOAS desempenhou um papel fundamental ao introduzir esses países no processo de criação de GTCVs [12].

### 3.2.4. A disponibilidade global de recursos técnicos facilita o funcionamento do GTCV

Em 2009, uma consulta abrangente entre agentes nacionais e parceiros técnicos dentro dos países e em nível global, conclui que as informações relevantes deveriam ser disponibilizadas para todos os países que desejassem estabelecer ou reforçar um GTCV. Recomendou-se a criação de uma base de dados online extensiva e multilíngüe para os membros do GTCV e para os secretariados. Essa ferramenta online que foi lançada em 2009, inclui [5]:

Um observatório de GTCVs para oferecer orientações técnicas sobre a criação e o funcionamento de GTCVs, e informações sobre mais de cinquenta GTCVs pelo mundo, incluindo exemplos de suas recomendações

Uma biblioteca digital

Um Centro de Conhecimento Especializado, que disponibiliza cursos de vacinologia e treinamentos.

Os membros do GTCV da Tunísia e de Moçambique, juntamente com alguns parceiros, revisaram a ferramenta online em uma avaliação independente feita em dezembro de 2012. Os recursos foram classificados como sendo de alta eficácia, sobretudo o observatório e a biblioteca online. No entanto, de acordo com as ferramentas de pesquisa por eles utilizadas, alguns dos módulos dos Centros de Conhecimento Especializado (particularmente o componente de aprendizado digital) poderiam ser melhorados ao se adicionar mais documentos sobre GTCVs e vacinas. Como resultado, o componente de aprendizado digital será reavaliado e uma nova ferramenta será lançada em 2014.

### 3.2.5. Uma abordagem passo a passo e direcionada para o país é indispensável para se criar e/ou estabelecer GTCVs

Enquanto o objetivo para todos os países é implementar as diretrizes de melhores práticas, a abordagem para criar ou reforçar um GTCV é única para cada cenário. Os contextos locais e as especificidades tornam impossível empregar os mesmos processos em todos os lugares e a cada estágio, tais como:

Obter apoio inicial do Ministério.

Analisar o contexto da imunização no país e adaptar as diretrizes às situações específicas.

Auxiliar no desenvolvimento de um documento de concepção do GTCV e o esboço de um decreto ministerial.

Conduzir os treinamentos para os membros do comitê acerca de suas funções e responsabilidades.

Oferecer treinamento técnico ao secretariado.

Em alguns países a existência de comitês de imunização, de um setor privado forte, ou de dois MS impossibilitaram o emprego dos mesmos mecanismo. Para que a abordagem seja orientada para o país, o apoio do MS é crucial: onde um Ministério foi convencido do valor agregado do GTCV, este último foi criado com sucesso. Em resumo, pode-se superar a maioria dos obstáculos ao se utilizar uma abordagem passo a passo e orientada para o país.

### 3.2.6. Países desenvolvidos relataram um impacto positivo das atividades do SIVAC

Vários países desenvolvidos relataram que mudaram as características do GTCV com base na experiência do SIVAC em criar GTCVs, sendo de Israel o exemplo concreto descrito a seguir.

A Assessoria Israelense para Doenças Infecciosas e

Imunizações (estabelecida há 40 anos) possui quinze membros principais, nove membros *ex-officio* e seis observadores, todos indicados pelo Diretor de Serviços de Saúde Pública do MS. O Comitê foi reformado após o exame do suplemento da revista *Vaccine* de abril de 2010 [3], que descrevia a estrutura e o funcionamento de um GTCV. A reforma de 2012 foi aprovada pelo MS e influenciou os Comitês nas seguintes áreas:

Duração do mandato: antes ilimitada, agora é restrita a cinco anos (com a possibilidade de novos mandatos)

Categorias de membros: agora inclui três grupos – membros principais, membros *ex-officio* e observadores

Direito de voto: o artigo da *Vaccine* gerou debates acerca dos direitos de voto de membros *ex-officio*, os quais, por fim, mantiveram seu direito de voto.

Termos de Referência: existe agora um documento mais detalhado em vigência.

Política de Conflitos de Interesses: adotou-se uma política e novas modalidades foram desenvolvidas.

Tipos de conhecimento especializado: um economista e um assessor jurídico foram indicados como observadores.

O funcionamento do comitê melhorou com a reforma, e uma auto-avaliação de sua eficácia (com base nos indicadores da OMS) está programada para 2014 [4].

## 4. Implicações e recomendações para a criação e o fortalecimento de futuros GTCVs

### 4.1. Reforçar a integração institucional para promover a sustentabilidade e a credibilidade

Os GTCVs que estão plenamente integrados ao sistema de saúde de um país se beneficiam da sustentabilidade e da credibilidade e, para isso, dois fatores são decisivos: o posicionamento cauteloso do GTCV no processo de tomada de decisão; e um documento de criação com base legal (legislativa ou ministerial). A integração institucional pode ser também facilitada ao se enfrentar as concepções equivocadas e os mal-entendidos acerca do papel e responsabilidades dos GTCVs. Isso exige uma comunicação aberta de todos os parceiros em nível nacional, de modo a evitar a transmissão de mensagens confusas às autoridades nacionais.

A integração institucional pode também envolver a coordenação como outros comitês de consultoria sobre doenças específicas. Espera-se que os GTCVs ofereçam conselhos técnicos sobre todos os aspectos relacionados à imunização (incluindo novas vacinas e imunização de rotina) e que recomendem modos de aprimorar o funcionamento geral do sistema. Assim sendo, sua interação com comitês de vacinas específicas já existentes e com programas de imunização de rotina deve ser esclarecida. Muitos países de renda média aptos ao GAVI, com comitês de doenças específicas em bom funcionamento (como os comitês sobre pólio, sarampo ou hepatite), apóiam cada vez mais a criação ou o fortalecimento dos GTCVs.

Esforços futuros deveriam incluir atividades para integrar os comitês consultivos sobre doenças específicas aos GTCVs. Isso reforçaria o posicionamento institucional e aumentaria as ações em conformidade com as práticas reconhecidas pela OMS, no que diz respeito às metodologias técnicas para a coleta e avaliação de evidência para a produção de recomendações.

Como foi visto, a integração institucional permite que os GTCVs resistam às revoltas políticas, facilita a segurança econômica e melhora a credibilidade. Vale repetir que em todos os países apoiados pelo SIVAC que viveram uma instabilidade política, as atividades do GTCV foram retomadas graças ao estatuto legal do comitê e à sólida integração do GTCV a uma instituição pré-existente. Além disso, é mais fácil que os GTCVs institucionalmente integrados (e que, portanto, gozam de ampla aceitação) garantam seu financiamento e assegurem a sustentabilidade quando o apoio externo se encerra. Um financiamento adequado é, sem dúvida, de primordial importância: os GTCVs devem desenvolver planos focados na fonte de financiamento mais

sustentável (embora o apoio do governo siga sendo a fonte ideal).

#### 4.2. Construir capacidade técnica dentro dos GTCVs e avaliar o desempenho

Um estudo de 2012 dos FRCs da OMS-UNICEF mostrou que os GTCVs devem atuar de acordo aos padrões internacionais. Dos 63 países que afirmaram possuir um GTCV, apenas 33% alcançaram os seis indicadores de processos de um GTCV eficiente [6], enquanto que o objetivo do GVAP para 2020 é que todos os países possuam um GTCV em pleno funcionamento. Esses resultados revelam a necessidade de se fortalecer os GTCVs e os já existentes. Esforços futuros deveriam se focar em construir a capacidade técnica das Secretarias dos GTCVs, a fim de que elas tenham meios adequados para cumprir com suas responsabilidades. Essa é a chave para o funcionamento ótimo de todos os GTCVs e, principalmente, para aqueles que foram criados recentemente.

A necessidade de fornecer apoio organizacional e capacitação para as Secretarias e os membros dos GTCVs (incluindo TdR claros e POPs) é amplamente aceita. No mais, parceiros técnicos podem desempenhar um papel fundamental para certificar que as novas Secretarias dos GTCVs reúnem as evidências adequadas e seguem os procedimentos padrões. O apoio técnico requer o desenvolvimento de documentos normativos pela OMS e por seus parceiros relevantes (e.g. diretrizes para se emitir recomendações baseadas em evidências, incluindo metodologias para a avaliação crítica e para a compilação de resumos de recomendações). É também necessário o treinamento feito pessoalmente sobre tópicos importantes, como o mapeamento dos atores de imunização, o funcionamento dos grupos de trabalho, o uso de metodologias aceitas para a avaliação das evidências científicas, e as metodologias para se escrever os resumos das políticas.

Um marco significativo tanto para GTCVs estabelecidos, quanto para os recém-criados, é a avaliação de seus produtos e resultados. Essa avaliação pode ser desenvolvida pelo próprio MS ou por um consultor externo que utilize os 17 indicadores de produtos e resultados definidos pela OMS [4]. O SIVAC e seus parceiros utilizaram esses critérios para desenvolver um protocolo de avaliação completo, com orientações para a revisão documental (*desk review*) do GTCV, e um plano de análise. O protocolo, que recentemente foi utilizado como piloto na Mongólia, Costa do Marfim, Nepal e Indonésia, agora está sendo revisado e finalizado, e será disponibilizado publicamente no Centro de Recursos do GTCV (*GTCV Resource Center*). Para os GTCVs já existentes, a avaliação deveria ser conduzida antes do desenvolvimento do plano de trabalho, de modo a identificar as fraquezas no que diz respeito aos indicadores de funcionalidade e desempenho, e a permitir que o plano seja formulado de acordo com os requisitos que são apontados. Os achados dessas avaliações serão apresentados em uma futura publicação conjunta acerca da produção, impacto e desempenho dos GTCVs.

#### 4.3. Aumentar o trabalho em rede e a colaboração regional

As Secretarias executivas deveriam desenvolver laços com outros GTCVs para assegurar seu desenvolvimento contínuo. A interação com GTCVs fortes, por exemplo, pode ter um rápido impacto no funcionamento e no desempenho dos GTCVs nascentes, como descrito acima.

Redes podem ser estabelecidas tendo como base as regiões da OMS ou outras similaridades, como o idioma. Na região do Mediterrâneo Oriental, por exemplo, o GTCV da Tunísia poderia ajudar a formar uma rede regional com o Sudão, o Marrocos, o Irã e o Egito, em colaboração com o Escritório Regional da OMS. Na África subsaariana uma rede poderia reunir os GTCVs de países de língua francesa, uma outra os seus equivalentes dos países de língua inglesa, e uma terceira os países de língua portuguesa, Angola, Moçambique, Cabo Verde e Guiné-Bissau. Outras redes regionais em potencial poderiam incluir o Vietnã, a RDP do Laos, Camboja e Filipinas na região do Pacífico Ocidental, assim como os países da Europa do Leste.

## 5. Conclusões

Uma série de iniciativas de imunização, incluindo o SIVAC, contribuíram para o uso crescente da prática de tomada de decisões com base em evidências acerca de imunização, em

nível nacional, ao longo dos últimos anos. Países de renda baixa e média foram altamente dependentes de autoridades externas para aconselhamento sobre políticas, mas mesmo assim as recomendações de vacinação precisam ser adaptadas aos contextos locais. Apesar do interesse em decisões baseadas em evidências, em muitos países um apoio técnico ainda é necessário para promover um órgão independente e sustentável, que possa aconselhar os governos sobre a aplicação local das recomendações globais de vacinação. Agências técnicas nacionais e internacionais deveriam desempenhar um papel mais ativo nos GTCVs como membros de ligação. Essa combinação de competências e funções tem obtido muito sucesso, e ajudou os GTCVs a evitarem a emissão de recomendações que fossem "irrealistas" ou "muito teóricas".

Tomando como base as lições extraídas dos últimos cinco anos, será necessário o apoio de todos os parceiros de imunização para conscientizar sobre a importância das políticas baseadas em evidências utilizando os GTCVs. Ao adotar o GVAP, todos os países se comprometem a criar GTCVs, o que significa que muitos Estados precisarão estabelecer ou fortalecer seus GTCVs. O processo de criação dos GTCVs deveria ser mais simples nesses países, devido à metodologia e aos recursos que agora estão disponíveis para todas as regiões, quando necessários.

Os esforços devem se concentrar em expandir os novos GTCVs e reforçar os já existentes em cada país, assim como em desenvolver uma abordagem regional (onde isso for relevante), em elaborar e disseminar instrumentos e orientações, e em trocar informações por meio de uma variedade de canais. Deve-se investir tempo, esforço e dinheiro suficientes para fortalecer as Secretarias dos GTCVs, particularmente quando o GTCV não possui a experiência e a estabilidade institucional para continuar suas atividades na ausência de apoio técnico adicional.

Enquanto a solução para alguns desses problemas já existem, os países ainda precisam desempenhar um papel ativo ao criar e manter os GTCVs. Apesar do fato de que a OMS continuará a funcionar como a principal organização técnica, se as seguintes condições forem verificadas, sua liderança não deverá impedir a independência do GTCV: se houver uma Secretaria sólida e bem equipada, se o processo for rigoroso, e se os membros possuírem boa capacidade técnica.

Como parte do Centro Colaborador da OMS para políticas de imunização baseada em evidências, o SIVAC continuará a trabalhar em colaboração com a OMS para apoiar o desenvolvimento e o fortalecimento dos GTCVs. A Aliança GAVI, por sua vez, poderia exigir um plano para desenvolver o GTCV com financiamento do programa Reforço do Sistema de Saúde (*HSS funding*), e apoiar a implementação deste plano. Os países também deveriam investigar mecanismos inovadores para sustentar o financiamento dos GTCVs. Sem um esforço conjunto e acelerado, o objetivo do GVAP de fazer com "que todos os países tenham um GTCV funcionando em 2020" não será alcançado.

#### Declaração de conflito de interesses

A iniciativa SIVAC é parte de uma entidade legal separada dentro da AMP. Ela não recebe nenhum apoio de quaisquer fabricantes de vacinas. A iniciativa SIVAC é inteiramente financiada pela ajuda da Bill & Melinda Gates Foundation.

#### Agradecimentos

Gostaríamos de expressar nosso agradecimento à Dra. Juliane Chacour e à Dra. Antoinette BA-Nguz por revisar esse artigo e fornecer valiosos comentários. Devemos também um agradecimento especial aos nossos colegas da OMS, particularmente ao Dr. Philippe Duclos, da sede da OMS e a todo o pessoal dos escritórios regionais envolvidos com o fortalecimento do GTCV, por compartilharem suas experiências práticas.

## Referências

- [1] Chan M. Beyond expectations: 40 years of EPI. *Lancet* 2014; 383 (May (9930)):1697–8.
- [2] World Health Organization Global Vaccine Action Plan; 2014. Disponível em: [http://www.who.int/immunization/global\\_vaccine\\_action\\_plan/GVAP\\_doc\\_2011\\_2020/en/](http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/) [acessado em 10.06.14]
- [3] Duclos P. National Immunization Technical Advisory Groups (GTCVs): guidance for their establishment and strengthening. *Vaccine* 2010;28 (Suppl. 1):A18–25.
- [4] Blau J, Sadr-Azodi N, Clementz M, Abeyasinghe N, Cakmak N, Duclos P, et al. Indicators to assess National Immunization Technical Advisory Groups (GTCVs). *Vaccine* 2013;31(23):2653–7.
- [5] SIVAC Initiative GTCV Resource Center; 2014. Disponível em: <http://www.GTCV-resource.org/en/home/index-home.php> [acessado em: 10.06.14].
- [6] Duclos P, Dumolard L, Abeyasinghe N, Adjagba A, Janusz CB, Mihigo R, et al. Progress in the establishment and strengthening of National Immunization Technical Advisory Groups: analysis from the 2013 WHO/UNICEF joint reporting form, data for 2012. *Vaccine* 2013, <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.08.084>, pii:S0264-410X(13)01196-1.
- [7] Senouci K, Blau J, Nyambat B, Coumba Faye P, Gautier L, Da Silva A, et al. The Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees (SIVAC) Initiative: a country-driven, multi-partner program to support evidence-based decision-making. *Vaccine* 2010;28(Suppl. 1):A26–30.
- [8] Blau J, Faye PC, Senouci K, Dagnan SN, Douba A, Saracino JT, et al. Establishment of a National Immunization Technical Advisory Group in Côte d’Ivoire: process and lessons learned. *Vaccine* 2012;30(15):2588–93.
- [9] hocarro L, Duclos P, Senouci K, Southern J. Consultation on interactions between National Regulatory Authorities and National Immunization Technical Advisory Groups. *Expert Rev Vaccines* 2011;10(9):1265–70.
- [10] SIVAC Initiative GTCV Resource Center; 2014. Disponível em: <http://www.GTCV-resource.org/en/digitalibrary/search.php> [acessado em: 10.10.14].
- [11] Western Africa Health Organisation Programme of Work – Health Experts Meeting 1–2 April 2013, Praia, Cape Verde; 2013. Disponível em: [http://www.wahooas.org/IMG/pdf/Programme\\_of\\_Work\\_-\\_Experts.pdf](http://www.wahooas.org/IMG/pdf/Programme_of_Work_-_Experts.pdf) [acessado em:10.06.14]
- [12] Gautier L, Papa Coumba F, Senouci K, Mongbo YA, Austin-Benjamin JL, Wachsmuth I, et al. Accelerating the development of National Immunisation Technical Advisory Committees in West African countries: role of a regional integration organisation, the West African Health Organisation. *Int J Behav Healthcare Res* 2015 [no prelo].