



**ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE SAÚDE**

JULIANA LIMA FERREIRA TORRES

**ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS DE ZERO A 2 ANOS, VI
GERES - PE, 2013-2022**

ARCOVERDE

2024

JULIANA LIMA FERREIRA TORRES

**ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS DE ZERO A 2 ANOS, VI
GERES - PE, 2013-2022**

Projeto de pesquisa apresentado à Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Saúde.

Orientadora: Flávia Silvestre Outtes
Wanderley

ARCOVERDE

2024

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

T693a Torres, Juliana Lima Ferreira.

Análise da cobertura vacinal de crianças de zero a 2 anos, VI
GERES - PE, 2013-2022 / Juliana Lima Ferreira Torres. _ Arcoverde-
PE, 2024.

41 fls.

Orientador: Mas. Flávia Silvestre Outtes Wanderley
Artigo-TCR (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
com ênfase em Gestão de Redes de Saúde Pública da Escola de
Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE)

1. Imunização. 2. Vacinação- crianças. 3. Cobertura Vacina – 0-2
Anos. I. Título

ESPPE / BNC

CDU – 614.47- 053.2(813.42)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

JULIANA LIMA FERREIRA TORRES

**ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS DE ZERO A 2 ANOS, VI
GERES - PE, 2013-2022**

Projeto de pesquisa no formato de artigo
apresentado à Escola de Governo em Saúde
Pública de Pernambuco, como parte dos
requisitos para obtenção do título de

Arcoverde, _____ de _____ de 20 ____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa . Dra ... (titulação e nome)

Banca: Profa . Dra . .. (titulação e nome)

Banca: Prof. Dra.... (titulação e nome)

NOTA: _____

RESUMO

Objetivo: Analisar as coberturas vacinais de crianças até dois anos na VI Gerência Regional de Saúde de Arcoverde, Pernambuco, entre 2013 e 2022, com o objetivo de identificar fragilidades e propor melhorias no sistema de imunização. **Métodos:** Este estudo descritivo, quantitativo e transversal analisou a cobertura vacinal de crianças, utilizando dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Foram avaliadas vacinas como BCG, Pentavalente e Hepatite B, Rotavírus, Pneumocócica, Meningocócica, Poliomielite, Tríplice Viral, Varicela, Hepatite A, considerando indicadores como cobertura vacinal, homogeneidade e taxa de abandono. **Resultados:** Os resultados mostraram que as vacinas BCG, Rotavírus e Pneumocócica apresentaram as maiores coberturas, enquanto a Tríplice Viral D2 e a Hepatite A ficaram abaixo da meta. A pandemia de COVID-19 teve um impacto negativo significativo na adesão às vacinas, especialmente em 2020 e 2021, e a taxa de abandono foi elevada para a Tríplice Viral. Além disso, houve desigualdade nas coberturas entre os municípios. **Conclusão:** Os achados destacam a necessidade de estratégias integradas e campanhas educativas para enfrentar a baixa cobertura vacinal infantil, abordando desinformação, acessibilidade e os efeitos da pandemia.

Palavras-chave: cobertura vacinal; vacinação; programas de imunização; estudos de séries temporais.

ABSTRACT

Objective: To analyze the vaccination coverage of children up to two years of age in the VI Regional Health Management of Arcoverde, Pernambuco, between 2013 and 2022, with the aim of identifying weaknesses and proposing improvements in the immunization system.

Methods: This descriptive, quantitative, and cross-sectional study analyzed the vaccination coverage of children, using data from the National Immunization Program Information System (SI-PNI). Vaccines such as BCG, Pentavalent and Hepatitis B, Rotavirus, Pneumococcal, Meningococcal, Polio, MMR, Varicella, and Hepatitis A were evaluated, considering indicators such as vaccination coverage, homogeneity, and dropout rate. **Results:** The results showed that the BCG, Rotavirus, and Pneumococcal vaccines had the highest coverage, while the MMR D2 and Hepatitis A vaccines were below the target. The COVID-19 pandemic had a significant negative impact on vaccine uptake, especially in 2020 and 2021, and the dropout rate was high for the MMR vaccine. In addition, there was inequality in coverage between municipalities.

Conclusion: The findings highlight the need for integrated strategies and educational campaigns to address low childhood vaccination coverage, addressing misinformation, accessibility, and the effects of the pandemic.

Key-words: vaccination coverage; vaccination; immunization programs; time series studies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 MATERIAL E MÉTODOS.....	09
3 RESULTADOS	11
4 DISCUSSÃO	16
5 CONCLUSÕES	21
REFERÊNCIAS	23
ANEXO A – REGRAS DA REVISTA	27

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi instituído em 1973 pelo Ministério da Saúde, em resposta à necessidade de organizar e ampliar as ações de imunização no Brasil, que até então eram pontuais e focadas em surtos de doenças específicas. Em 1975, o PNI passou a operar de forma mais abrangente e sistemática, garantindo a imunização da população contra doenças transmissíveis por meio de agentes imunizantes, fortalecendo o controle de doenças imunopreveníveis e reduzindo drasticamente a morbimortalidade, especialmente em crianças.

1

A vacinação é uma das ferramentas mais eficazes na prevenção de doenças, como sarampo, poliomielite e coqueluche. A cobertura vacinal aumentou significativamente com o PNI, contribuindo para o controle de diversas doenças e a redução de óbitos. O programa é responsável por coordenar ações de vacinação para todos os cidadãos, independentemente de sua localização ou classe social. Os indicadores de cobertura vacinal, taxa de abandono e homogeneidade das vacinas são essenciais para monitorar o sucesso do programa.^{2,3}

A cobertura vacinal (CV) é um importante indicador de saúde pública, que avalia o percentual de crianças vacinadas em um determinado território e período. Para alcançar uma cobertura adequada, são necessárias ações articuladas pelo setor público em todos os níveis de governo. Conforme o Ministério da Saúde, os indicadores devem levar em consideração as doses completas de vacinas para cada doença, preconizadas pelo PNI. O monitoramento da Cobertura Vacinal (CV) é uma tarefa imprescindível para a avaliação dos programas de vacinação, pois permitem analisar, geográfica e temporalmente, as variações nas proporções de crianças de acordo com a faixa etária vacinada com cada tipo de imunizante conforme recomendado. Esse monitoramento é vital para garantir a proteção da saúde infantil e o planejamento das ações de vacinação. O controle da CV subsidia o planejamento e permite ajustes necessários nas políticas públicas de saúde.⁴

A disponibilidade de vacinas na rede pública e seu acesso facilitado à população, conforme a extensa rede nacional de serviços básicos de saúde, juntamente com outras ações de vigilância, tem sido fundamental para a eliminação e controle de doenças como varíola, difteria, poliomielite e sarampo, historicamente responsáveis por um grande número de vítimas no Brasil.⁵

A vacinação de crianças a partir dos primeiros meses de idade é uma ação de proteção específica contra doenças graves, causadoras de danos definitivos ou letais, portanto, resulta na

melhoria do nível de saúde de uma determinada comunidade, pelo seu reflexo nos indicadores de saúde, especialmente na taxa de mortalidade infantil. ⁶

Nos últimos anos, tem-se observado uma queda nas taxas de vacinação em decorrência de fatores como desinformação e a proliferação de notícias falsas, agravando a desconfiança em torno das vacinas. Esse fenômeno, presente em diversas partes do mundo, impactou as campanhas públicas de vacinação no Brasil, culminando no retorno de doenças previamente controladas, como o surto de sarampo em 2018. ⁷

A queda nas taxas de cobertura vacinal nos últimos anos tem preocupado autoridades de saúde devido ao risco de retorno de doenças controladas ou erradicadas. Essa situação é exacerbada pela baixa adesão à vacinação, especialmente entre crianças, que é o grupo mais vulnerável a essas doenças. Dado o impacto significativo das infecções imunopreveníveis na primeira infância, a vacinação continua sendo uma prioridade de saúde pública.

Este estudo justifica-se pela necessidade de entender a cobertura vacinal das principais doenças preveníveis em uma população específica, com o objetivo de melhorar as estratégias de gestão da vacinação e aumentar a adesão. O monitoramento detalhado das coberturas vacinais na VI Gerência de Saúde proporcionará subsídios para a criação de políticas públicas mais eficazes, visando à prevenção de surtos de doenças.

A análise de uma série histórica das coberturas vacinais de crianças até dois anos de idade pode identificar fragilidades no Programa de Imunização da região, como lacunas na educação em saúde, permitindo a proposição de melhorias no sistema de vacinação.

No intuito de compreender melhor esse cenário e desenvolver estratégias para evitar o retorno de doenças já erradicadas, este estudo tem como objetivo analisar as coberturas vacinais na VI Gerência Regional de Saúde, sediada em Arcoverde, entre 2013 e 2022.

2 MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva, quantitativa e transversal, com o objetivo de analisar a cobertura vacinal contra diversas doenças imunopreveníveis, conforme o calendário vacinal para crianças de até dois anos de idade da VI região de saúde entre o período de 2013 a 2022. A análise é realizada com base em dados secundários e os resultados serão apresentados quantitativamente. A cobertura vacinal é um indicador crucial de saúde pública, refletindo a porcentagem da população vacinada em cada município brasileiro.

O estado de Pernambuco está subdividido em doze regiões de saúde, com a VI Região tendo sua sede em Arcoverde. Esta região possui uma população estimada em 428.559 habitantes e uma área de 13.706,1 km², abrangendo 13 municípios: Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Inajá, Jatobá, Manari, Pedra, Petrolândia, Tacaratu, Tupanatinga, Sertânia e Venturosa.⁸

A amostra do estudo compreende crianças de zero a menores de dois anos que foram vacinadas conforme o calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI) entre 2013 e 2022, na VI Região de Saúde de Pernambuco. Foram excluídas as crianças cujo esquema vacinal estava incompleto. A pesquisa apresenta riscos mínimos e benefícios que incluem a análise das taxas de vacinação na região estudada.

Para a análise da cobertura vacinal, foram utilizados dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), referentes às doses de vacinas aplicadas em crianças menores de dois anos nascidas entre 2013 e 2022 dos 13 municípios da VI GERES. Os dados das doses aplicadas dos imunobiológicos escolhidos foram coletados no site SI-PNI por divisão de faixa etária, com a quantidade de doses aplicadas em menores de um ano e um ano de idade. Conforme Nota Informativa Nº 19/2023-DPNI/SVSA/MS de 2023⁹, o cálculo é feito através da divisão do numerador composto pelo número de vacinados corresponde ao número de pessoas com o esquema primário completo da vacina em questão com o denominador com a população alvo: o número de nascidos vivos disponibilizados no SINASC no respectivo ano do período analisado.

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2023, com revisão entre junho e julho de 2024. Os dados foram obtidos através do SI-PNI, do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e do Ministério da Saúde. Foram coletados dados do quantitativo de doses aplicadas em crianças de zero a dois anos de idade, em que se completa o esquema primário das vacinas: BCG, Pentavalente, Hepatite B que está

inclusa na composição da Pentavalente, Meningocócica C, Poliomielite, Rotavírus, Tríplice viral, pneumocócica-10, Varicela e Hepatite A.

As variáveis da pesquisa compreenderam os seguintes indicadores de saúde do PNI: cobertura vacinal, taxa de homogeneidade e taxa de abandono. No grupo populacional analisado, foram consideradas adequadas as coberturas vacinais que atingiram valores iguais ou superiores a: 90% para BCG e Rotavírus humano e 95% para as vacinas Pentavalente e Hepatite B, Meningocócica C, Poliomielite, Tríplice viral, Pneumocócica-10, Varicela e Hepatite A.

As taxas de homogeneidade foram calculadas considerando-se, como numerador, o número de vacinas com coberturas adequadas, e como denominador, o número total de municípios da região, multiplicando-se a razão por 100. Considerou-se uma taxa de homogeneidade adequada o alcance de 70% de municípios que apresentaram vacinas com a meta preconizada. As taxas de abandono aplicadas às vacinas-multidose foram calculadas dividindo-se a diferença entre o número de primeiras doses e o número de últimas doses administradas no esquema vacinal, pelo total de primeiras doses, multiplicando-se o resultado da divisão por 100. Foram consideradas taxas de abandono baixas (<5%), médias ($\geq 5\%$ e <10%) e altas ($\geq 10\%$).¹⁰

Os dados obtidos das coberturas vacinais, taxas de abandono e de homogeneidade na região da VI GERES, coletados dos sistemas de informações, foram tabulados e organizados pela metodologia estatística descritiva e organizados na forma de gráficos e tabelas.

A pesquisa respeitou a Resolução Nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Como a pesquisa utiliza dados secundários de acesso público, não foi necessária a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil nem a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3 RESULTADOS

Conforme as vacinas escolhidas para este estudo, foram utilizadas o quantitativo de doses disponíveis registradas no SIPNI e os dados estatísticos de nascidos vivos do SINASC para o cálculo da cobertura vacinal (CV).

Assim, para o cálculo da CV das vacinas BCG, Rotavírus, Pentavalente/Hepatite B, Pneumocócica, Poliomielite, Meningocócica, Tríplice viral D1 e D2, Varicela e Hepatite A, foi considerado o quantitativo de doses conforme as regras do ministério da saúde conforme nota técnica. A tabela 01 mostra as coberturas vacinais por ano para cada imunobiológico considerado neste estudo na VI Região de Saúde, onde as vacinas que mais frequentemente atingiram a cobertura vacinal foram BCG, Rotavírus e Pneumocócica, com cobertura alcançada em 08 anos do período analisado com valores a partir de 90,4%, 91% e 95,2%, respectivamente. Por outro lado, as vacinas que menos atingiram a cobertura foram a tríplice viral D2, que não atingiu a cobertura em nenhum ano, a Hepatite A, que atingiu a cobertura em um ano (2013) com 36,9% de cobertura, e a Varicela, que alcançou a cobertura em três anos, porém em 2013 apresentou apenas 18,7% de cobertura.

Tabela 01 - Coberturas vacinais na VI Região de Saúde de Pernambuco no período de 2013 a 2022.

Imunobiológico	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
BCG	90,4	96,7	106,0	101,6	109,0	106,0	92,1	88,1	77,1	135,3
Rotavírus	91,9	110,5	111,3	91,6	89,5	98,4	99,3	95,2	81,0	91,0
Penta/Hep.B	98,9	109,6	100,7	92,3	86,8	97,5	85,1	93,5	83,5	98,5
Pneumocócica	92,1	95,6	95,3	113,0	97,9	98,1	104,9	95,2	87,2	103,6
Poliomielite	106,8	100,0	93,0	103,6	87,4	93,7	101,4	86,4	82,8	97,1
Meningocócica	97,7	96,9	98,6	107,8	91,7	94,6	103,1	89,0	81,8	98,5
Tríplice Viral D1	117,9	116,9	86,9	116,2	96,7	92,6	107,7	91,4	80,1	103,3
Tríplice Viral D2	52,2	65,2	63,3	88,9	81,6	77,1	94,9	71,3	52,3	63,2
Varicela	18,7	62,4	59,9	100,0	79,2	81,3	98,7	89,9	74,7	95,4
Hepatite A	36,9	90,7	70,6	94,2	87,1	83,5	96,7	90,2	75,2	92,7

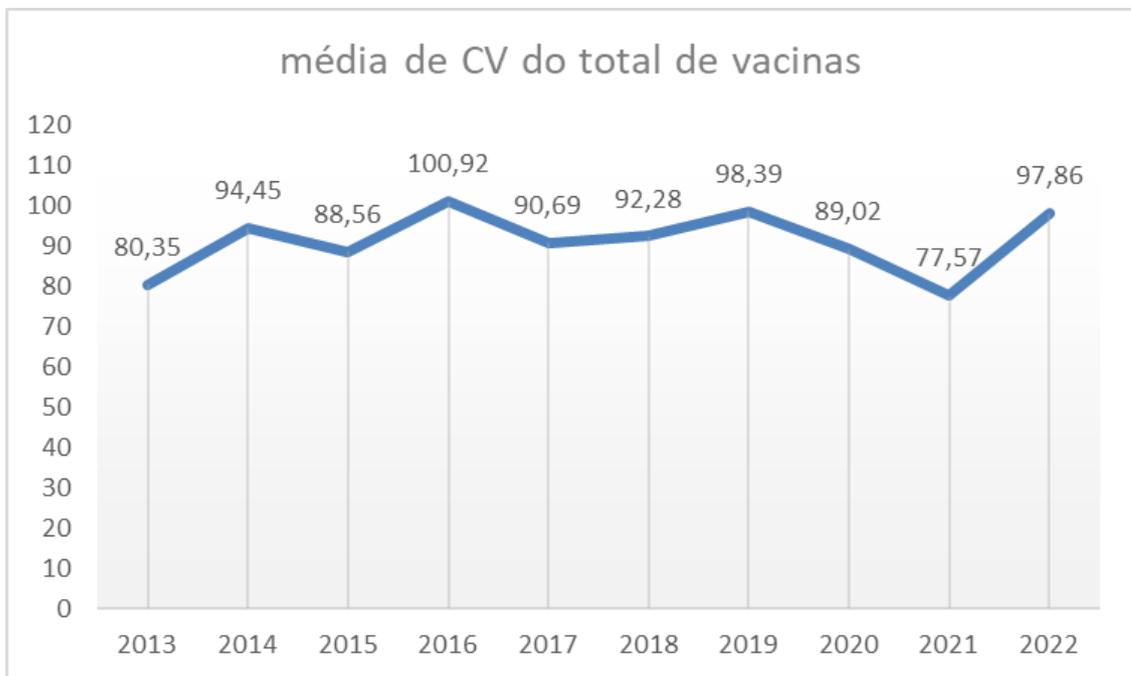
Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

Em 2021, nenhuma vacina alcançou a cobertura preconizada, seguido do ano de 2020 que apenas a Rotavírus e Pneumocócica alcançaram as coberturas e, 2017 com três vacinas com

coberturas dentro do preconizado (BCG, Pneumocócica e TV D1). Provavelmente foram impactados pelas restrições e isolamento social decorrentes da pandemia de COVID-19. Em contraste, 2022 foi o ano em que mais vacinas atingiram a cobertura, com exceção da segunda dose da tríplice viral e da Hepatite A.

Conforme é possível visualizar no gráfico abaixo, em relação à média de cobertura vacinal do total de vacinas analisadas, houve uma tendência de crescimento nas taxas de cobertura até 2016 e a partir daí iniciou um período de queda com uma leve recuperação em 2019 e posterior queda acentuada em 2020 até 2021, período correspondente a pandemia de covid-19, com recuperação significativa em 2022, porém ainda abaixo do valor de cobertura de 2019.

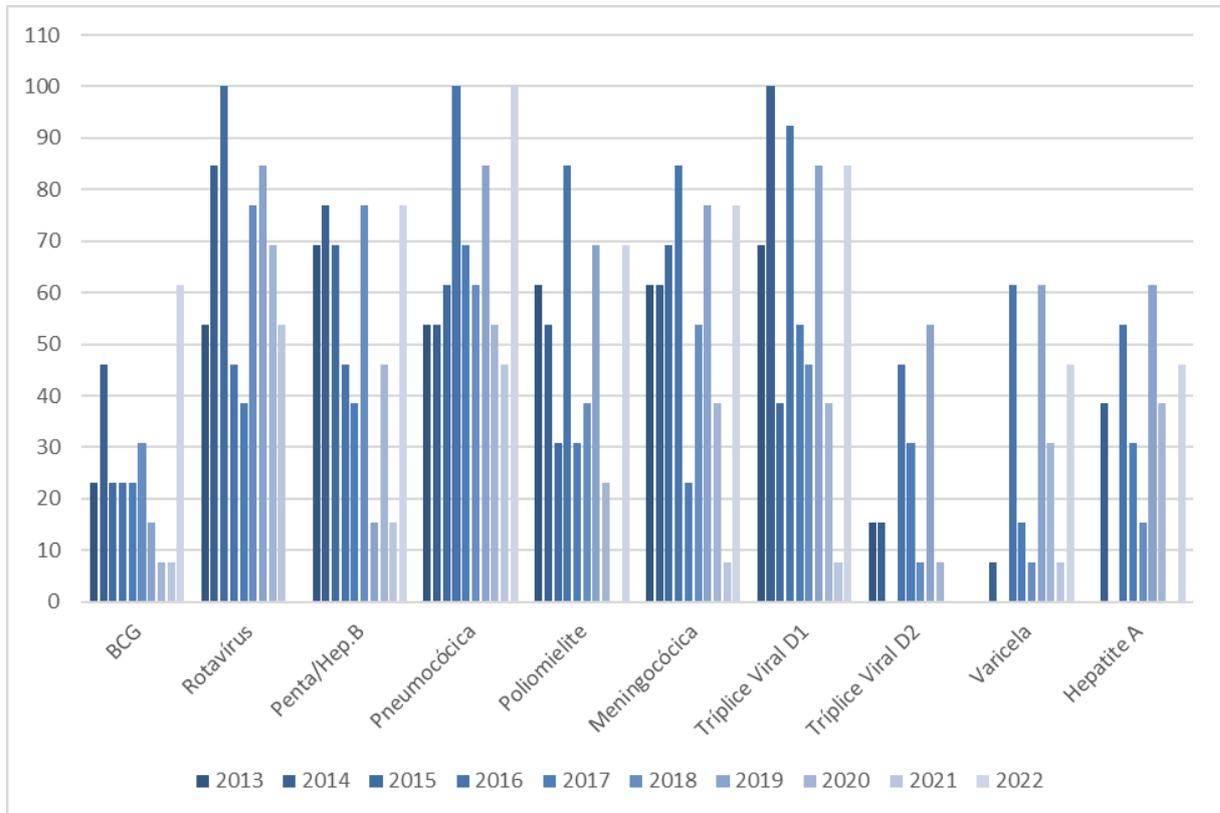
Gráfico 01 - Média de CV por ano do total de vacinas analisadas entre 2013 e 2022.



Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

O gráfico abaixo mostra a taxa de homogeneidade referente aos 13 municípios da VI região de saúde em cada ano da série histórica. A taxa de homogeneidade tem como valor de referência a cobertura alcançada acima de 70% dos municípios de determinada região avaliada. Dessa forma é possível visualizar que as vacinas Rotavírus e Tríplice viral D1 atingiram a taxa de homogeneidade em 04 anos do período. Os imunobiológicos BCG, Tríplice viral D2, Varicela e Hepatite A não alcançaram a taxa de homogeneidade preconizada ao longo do período de 10 anos. Nos anos de 2013, 2017, 2020 e 2021 nenhuma vacina alcançou a taxa de homogeneidade.

Gráfico 02 - Taxa de homogeneidade das vacinas analisadas na VI Região de saúde no período de 2013 a 2022.



Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

A taxa de abandono (TA) refere-se às vacinas que apresentam esquema de múltiplas doses, as quais foram classificadas entre baixa, média e alta, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 02 - Percentual (%) da Taxa de Abandono (TA) na VI região de saúde, conforme classificação, por ano e vacina analisada.

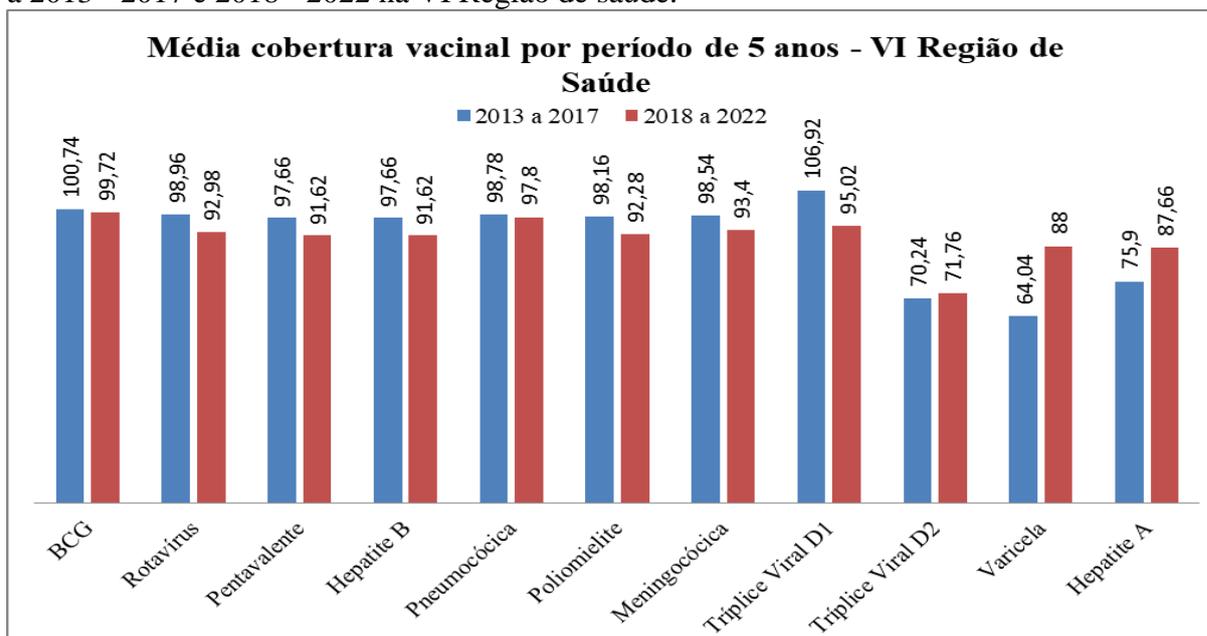
Imunobiológico	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Rotavírus	11,1	2,8	3,7	-0,7	10,0	5,8	4,0	4,7	4,3	7,5
Pentava/Hep.B	2,4	7,8	9,8	5,0	15,8	7,7	7,6	20,3	7,1	8,0
Pneumocócica	6,4	9,2	11,0	-1,5	6,6	4,1	-0,1	2,8	1,7	3,7
Poliomielite	-2,8	10,3	13,7	7,8	16,3	8,0	3,8	11,7	7,1	9,7
Meningocócica	-2,5	4,1	5,2	-0,2	8,5	3,4	1,2	7,9	5,8	5,9
Tríplice Viral	55,8	44,3	27,1	23,5	15,7	16,8	11,9	22,0	34,7	38,8

Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

Em relação à taxa de abandono (TA) das vacinas analisadas na VI Região de saúde, foi possível visualizar que as vacinas que prevaleceram a TA baixa foram a Rotavírus e a Pneumocócica em seis anos cada, no período de 10 anos, seguida pela Meningocócica em cinco anos. A Pentavalente e a Meningocócica apresentaram TA média em sete e cinco anos, respectivamente. Já em relação a TA alta a Tríplice viral apresentou valores muito altos em todos os dez anos. A vacina contra Poliomielite apresentou TA alta em quatro anos do referido período. Os anos com maior quantitativo de vacinas com TA alta foram 2017 com quatro vacinas apresentando valores acima de 10% do preconizado, seguido por 2015 e 2020 com três vacinas apresentando valores altos de TA.

Quando analisamos a média de cobertura de todas as vacinas escolhidas para este estudo, ao comparar a média dos primeiros cinco anos correspondentes de 2013 a 2017, com a média de 2018 a 2022, com o objetivo de analisar uma possível tendência de aumento ou diminuição da cobertura vacinal ao longo do período em questão, foi possível identificar que das 10 vacinas escolhidas para este estudo, 07 vacinas apresentaram uma média decrescente do primeiro período de cinco anos para o segundo, sendo as mesmas BCG, Rotavírus, Pentavalente/Hepatite B, Pneumocócica, Poliomielite, Meningocócica e Tríplice viral D1, representando uma queda da cobertura vacinal no último período. As outras três vacinas, Tríplice viral D2, Varicela e Hepatite A apresentaram média crescente em relação ao primeiro período de cinco anos para o segundo, mostrando um aumento da cobertura, conforme é observado no gráfico abaixo.

Gráfico 03 - Percentual (%) da média de cobertura vacinal por período de cinco anos referentes a 2013 - 2017 e 2018 - 2022 na VI Região de saúde.



Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações.

Apesar da tendência de crescimento da CV do primeiro para o segundo período de cinco anos, com exceção da vacina tríplice viral D1, as vacinas, tríplice viral D2, varicela e hepatite A, que são aplicadas em crianças na faixa etária a partir de 01 ano de idade, apresentaram os menores média de cobertura vacinal em comparação com as demais vacinas aplicadas a crianças menores de 01 ano de idade.

DISCUSSÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é amplamente elogiado por seu papel fundamental na melhoria da saúde pública brasileira, contribuindo para a erradicação da poliomielite e o controle de doenças infecciosas como sarampo, rubéola e coqueluche. Por meio da ampliação do acesso às vacinas e da promoção de campanhas de vacinação em massa, o PNI criou um calendário vacinal abrangente e introduziu novas vacinas, alcançando marcos importantes para a saúde pública.¹¹

Os resultados do presente estudo indicam que a cobertura vacinal na VI Região de saúde de Pernambuco, ao longo de uma série histórica de 10 anos, apresenta variações significativas entre diferentes vacinas e períodos. As vacinas BCG, Rotavírus e Pneumocócica destacam-se por alcançar coberturas superiores a 90% para as duas primeiras vacinas acima e 95% para terceira em oito anos do período analisado. Isso sugere um bom nível de aceitação e acesso a essas vacinas pela população. Em contraste, a tríplice viral D2 e a Hepatite A apresentaram dificuldades para atingir a cobertura mínima recomendada, evidenciando a necessidade de intervenções específicas para aumentar a adesão.

Essa tendência segue o padrão observado em todo o Brasil, com quedas acentuadas nas coberturas de vacinas como a tríplice viral e a poliomielite a partir de 2016, quando as taxas ficaram abaixo dos 95% recomendados pela OMS para garantir imunidade coletiva. Fatores como desinformação, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e o impacto da pandemia de COVID-19, evidenciando a fragilidade dos sistemas de saúde diante de crises sanitárias, contribuíram para essa redução. Ainda aponta que as regiões Norte e Nordeste registraram tendências decrescentes em relação às coberturas vacinais.¹²⁻¹⁴. Em estados como Minas Gerais, as taxas vacinais mantiveram-se relativamente altas até 2015, mas seguiram o padrão nacional e deste estudo, de queda após 2016, agravadas pelas restrições de mobilidade e medo de contágio durante a pandemia.^{13, 14}

No artigo de Arroyo et al. (2020) foram identificados fatores que contribuem para disparidades regionais, incluindo dificuldades logísticas, infraestrutura inadequada e barreiras socioeconômicas, como problemas de transporte e falta de recursos para campanhas de vacinação eficazes.¹⁵

Os anos de 2020 e 2021 mostraram um impacto significativo nas coberturas vacinais, principalmente devido às restrições impostas pela pandemia de COVID-19. O isolamento social e a interrupção dos serviços de saúde resultaram em uma queda drástica na adesão às vacinas. Durante esse período, apenas as vacinas Rotavírus e Pneumocócica conseguiram atingir as metas de cobertura vacinal a nível regional em 2020.

A pandemia afetou diretamente o acesso à vacinação, pois a infraestrutura de saúde foi redirecionada para o combate ao coronavírus. A suspensão temporária de campanhas vacinais, o medo da população em frequentar unidades de saúde e as restrições de mobilidade pioraram a situação. Como resultado, diversas metas de imunização para outras doenças não foram alcançadas, aumentando o risco de retorno de doenças controladas, como o sarampo.^{12, 16}

Estudos apontaram uma significativa desigualdade na cobertura vacinal em Pernambuco e no Piauí. Em Pernambuco, foram registradas em 2021, coberturas elevadas para as vacinas BCG, Rotavírus e Poliomielite, apenas em 44, 46 e 44 municípios, respectivamente, considerando o total de 184 municípios do estado, enquanto os demais, apresentaram baixas coberturas, comprometendo a imunidade de rebanho e aumentando o risco de surtos. No Piauí, houve uma preocupante queda nas taxas de vacinação entre 2013 e 2020, caindo de mais de 90% no primeiro ano para abaixo de 80% no último ano.^{17, 18}

A análise revela disparidades regionais, com estados mais desenvolvidos apresentando melhores indicadores, enquanto regiões mais pobres enfrentam maiores dificuldades. A confiança pública nas vacinas também diminuiu, agravando a situação.¹⁹

Além de que, nos estudos de Maciel et al (2019) e de Freitas et al (2022) são identificados fatores que contribuem para as baixas coberturas vacinais incluem problemas de acesso aos serviços de saúde, falta de informação adequada para os pais e dificuldades logísticas na distribuição e administração das vacinas. A desigualdade socioeconômica também desempenha um papel importante, afetando a capacidade das famílias de vacinar seus filhos regularmente. Para reverter essa situação, são sugeridas intervenções estratégicas, como o fortalecimento de campanhas educativas sobre a segurança e eficácia das vacinas, além da ampliação do acesso aos postos de vacinação, especialmente em regiões de difícil acesso.^{18, 20,}

A comparação entre os períodos de 2013 a 2017 e de 2018 a 2022 na região estudada, revela uma tendência preocupante de queda na média de cobertura vacinal para a maioria das vacinas analisadas. Este dado é alarmante, pois sugere que a população pode estar se tornando menos receptiva às vacinas ao longo do tempo. Essa tendência pode ser influenciada por fatores como desinformação, hesitação vacinal e mudanças nas políticas de saúde pública.

Por outro lado, o aumento na média de cobertura da Tríplice viral D2, Varicela e Hepatite A é um ponto positivo que merece ser destacado. Isso indica que, apesar das dificuldades gerais, algumas vacinas estão conseguindo melhorar sua aceitação. Campanhas específicas e estratégias de comunicação eficazes podem ser um fator importante nessa mudança, sugerindo que uma abordagem focada pode reverter a tendência de queda observada em outras vacinas.

O estudo de Moreira et al. (2024) aponta que, embora haja uma tendência de queda nas coberturas vacinais no Brasil, municípios que adotaram estratégias específicas para aumentar o alcance e conscientização da população conseguiram manter ou até elevar suas taxas de imunização, alcançando os padrões recomendados pela OMS. Essas estratégias incluem visitas domiciliares por agentes comunitários de saúde, campanhas de comunicação para combater a desinformação sobre vacinas e melhorias na logística de distribuição de imunobiológicos, especialmente em áreas de difícil acesso.²²

Já em 2022, observou-se uma recuperação na cobertura vacinal na VI região de saúde, embora a tríplice viral D2 e a Hepatite A não tenham alcançado as metas. Essa recuperação pode ser atribuída a campanhas de vacinação e esforços conjuntos de mobilização comunitária, mas ressalta a necessidade de vigilância contínua e estratégias inovadoras para garantir a adesão a vacinas menos populares.

Em relação à taxa de homogeneidade dos municípios da VI Região de saúde de Pernambuco, quatro vacinas não atingiram a taxa em nenhum ano e seis vacinas atingiram a taxa em algum ano da série histórica. Isso reflete as desigualdades no acesso e aceitação das vacinas na VI Região de Saúde. Esses dados indicam um padrão de flutuação que pode estar associado a campanhas de conscientização e ao envolvimento de profissionais de saúde. No entanto, os anos de 2020 e 2021, alertam para a fragilidade da cobertura vacinal em situações de crise. Esses dados corroboram com o estudo de Marinho et al (2023), mostra que no Maranhão também não conseguiram manter homogeneidade na meta ao longo de 10 anos.²³

Além disso, a análise da taxa de abandono na região revela que as vacinas Rotavírus e Pneumocócica apresentaram baixa taxa de abandono. Por outro lado, a alta taxa de abandono da tríplice viral ao longo dos 10 anos sugere a necessidade de uma abordagem mais eficaz para

engajar os pais e responsáveis na vacinação de crianças, uma vez que a tríplice viral é crucial para a prevenção de doenças como sarampo, caxumba e rubéola.

Essas altas taxas de abandono colocam em risco a proteção da população infantil contra doenças imunopreveníveis, já que a interrupção dos esquemas vacinais compromete a imunidade coletiva. A situação requer uma investigação mais profunda para entender os motivos e propor soluções eficazes.

Em um artigo de Braz et al (2016), referente às coberturas de dez vacinas administradas no calendário infantil (menores de 02 anos), em residentes em todos os municípios brasileiros em 2014, o percentual do total de municípios com baixa proporção de abandono variou de 41,7% para vacina poliomielite a 62,9% para meningocócica C. Além disso, a vacina poliomielite teve o maior percentual de municípios com alta proporção de abandono (39,6%), porém o menor percentual de abandono (18,9%) foi para a meningocócica C. O estudo revelou que, em algumas áreas, a taxa de abandono vacinal também é elevada, o que significa que muitas crianças começam o esquema vacinal, mas não o completam. Isso resulta em uma proteção incompleta contra doenças imunopreveníveis e contribui para o aumento do risco de transmissão.²⁴

Um estudo do UNICEF, também destaca a influência significativa de fatores econômicos nas taxas de vacinação, com crises financeiras e cortes orçamentários reduzindo a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde. As dificuldades econômicas impactam a capacidade das famílias de buscar atendimento e manter campanhas de vacinação. Aspectos sociais e culturais também são relevantes, com crenças e valores familiares influenciando a aceitação das vacinas. A desinformação e a resistência cultural são barreiras importantes, exacerbadas pela disseminação de informações errôneas e teorias da conspiração, levando à hesitação vacinal em alguns grupos. Além disso, o estudo menciona falhas nas políticas de saúde pública, como a ausência de campanhas de conscientização eficazes e a falta de integração entre serviços de saúde e educação. Lacunas na coordenação entre diferentes níveis de governo e instituições de saúde também afetam negativamente a cobertura vacinal.²⁵

Outra pesquisa analisa as deficiências nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em relação à infraestrutura e recursos essenciais para o armazenamento adequado de vacinas, como geladeiras, termômetros e geradores de energia. A falta de capacitação contínua dos profissionais de saúde e a ausência de treinamentos regulares também comprometem a qualidade do serviço, impactando negativamente as coberturas vacinais no Brasil. Além disso, a hesitação vacinal, impulsionada pela desinformação nas redes sociais e a influência de movimentos antivacina, gera desconfiança sobre a segurança das vacinas, enquanto a falta de

campanhas educativas eficazes aumenta o medo entre as famílias. A desigualdade de acesso aos serviços de saúde, especialmente em regiões remotas, e a redução de investimentos no Programa Nacional de Imunizações (PNI) agravam a situação.^{26,27}

Esses fatores resultam em um aumento do risco de surtos de doenças preveníveis pois contribuem nas altas taxas de abandono, baixas taxas na homogeneidade e coberturas vacinais, além da desinformação, falta de campanhas educativas e os impactos da pandemia, que prejudicou os serviços de atenção primária.

CONCLUSÕES

Por fim, a análise das coberturas vacinais na VI Região de Saúde de Pernambuco revelou variações significativas ao longo dos anos, alinhando-se a uma tendência observada em outras regiões do país e corroborando com os estudos citados. As vacinas avaliadas enfrentaram dificuldades para atingir as metas recomendadas, o que aumentou o risco de surtos de doenças controladas. No entanto, houve uma recuperação das taxas vacinais no último ano, indicando que as campanhas de mobilização comunitária e os esforços para aumentar a adesão tiveram um impacto positivo.

O estudo também apresentou coberturas satisfatórias em boa parte do período para as vacinas BCG, Rotavírus e Pneumocócica, refletindo a eficácia do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no acesso e adesão às vacinas essenciais para crianças menores de 02 anos. Contudo, a persistente baixa cobertura de imunobiológicos como a tríplice viral D2 e Hepatite A, além das elevadas taxas de abandono, sinalizam a necessidade de ações mais contundentes e personalizadas para melhorar a adesão vacinal.

Os impactos da pandemia de COVID-19 foram um marco negativo no histórico de vacinação, causando uma queda acentuada nas coberturas e homogeneidade em 2020 e 2021. Isso expôs fragilidades nos sistemas de saúde e a vulnerabilidade das populações a surtos de doenças preveníveis por vacinas. Em contrapartida, a recuperação observada em 2022, ainda que parcial, destaca a capacidade de mobilização e resiliência dos sistemas de saúde para retomar o curso das campanhas de imunização, especialmente com o apoio de campanhas de conscientização e o fortalecimento da infraestrutura de vacinação.

Os dados deste estudo também evidenciam o impacto de fatores externos, como a desinformação e a hesitação vacinal, que se intensificaram nos últimos anos. É crucial que as políticas públicas invistam em estratégias de comunicação eficazes para combater esses desafios e resgatar a confiança da população nas vacinas. Além disso, a logística e a

acessibilidade aos serviços de saúde precisam ser continuamente aprimoradas, especialmente em áreas mais remotas, a fim de garantir que todas as crianças tenham acesso equitativo às vacinas.

Esse progresso ressalta a importância de manter estratégias contínuas e eficazes de conscientização e ampliação do acesso à vacinação, especialmente em um cenário ainda vulnerável. Fortalecer essas estratégias é crucial para que o Programa Nacional de Imunizações (PNI) continue garantindo as coberturas vacinais necessárias para proteger a população contra doenças imunopreveníveis.

Concluindo, a análise da série histórica sugere que o declínio nas coberturas vacinais, especificamente, na VI Região de Saúde de Pernambuco, está relacionado a uma combinação de fatores estruturais, socioeconômicos e de gestão de saúde pública. Superar esses desafios requer uma abordagem coordenada, com ênfase na ampliação do acesso, melhoria das condições de trabalho e capacitação dos profissionais de saúde, além de estratégias que incentivem o engajamento das famílias nas campanhas de vacinação. Somente com uma ação integrada será possível alcançar e sustentar os níveis de cobertura vacinal adequados para garantir a imunidade coletiva e proteger a saúde infantil.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Acesso em: 28 nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/programa-nacional-de-imunizacoes-vacinacao>.
2. Fonseca KR, Buenafuente SMF. Análise das coberturas vacinais de crianças menores de um ano em Roraima, 2013-2017. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(2). Acesso em: 29 nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200010>
3. Souza JFA, Oliveira MA, Silva RMC, et al. Cobertura vacinal em crianças menores de um ano no estado de Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2022;27(9):3659-67. Acesso em: 29 nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.07302022>
4. Maciel JAP, Oliveira JC, Costa FM, et al. Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2019;14(41):1824. Acesso em: 29 nov. 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1824](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1824)
5. Barcelos RS, Oliveira TR, Lima D, et al. Cobertura vacinal em crianças de até 2 anos de idade beneficiárias do Programa Bolsa Família. Brasil, *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(3) Acesso em: 30 nov. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300010>
6. Cavalcante AKM, Oliveira CMC, Figueiredo AEC, et al. A não continuidade do esquema vacinal em crianças cadastradas em unidades de estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFPE online*. 2015;9(Supl. 3):7644-55. Acesso em: 30 nov. 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1391407>
7. Massarani L, Leal T, Waltz I. O debate sobre vacinas em redes sociais: uma análise exploratória dos links com maior engajamento. *Cad Saude Publica*. 2020;36 Suppl 2. Acesso em: 30 nov. 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148319>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Divisão regional do Brasil. 2022. Acesso em: 10 fev. 2023. Disponível em:

- https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?utm_source=ibge&utm_medium=home&utm_campaign=portal.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Informativa Nº 19/2023-DPNI/SVSA/MS. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. Acesso em: 10 maio 2024. Disponível em: [/https://infoms.saude.gov.br/content/Default/SEI_MS%20-%200036724379%20-%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA%2019-2023-DPNI-SVSA-MS.pdf](https://infoms.saude.gov.br/content/Default/SEI_MS%20-%200036724379%20-%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA%2019-2023-DPNI-SVSA-MS.pdf)
 10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de procedimentos de vacinação 2024. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Acesso em: 25 ago 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf/view>
 11. Santos RA, Almeida JF, Costa LM. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Rev Bras Epidemiol. 2020;23(4). Acesso em: 20 jul 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>
 12. Silva JA, Souza MM, Oliveira AS. Análise da cobertura vacinal em crianças menores de um ano no interior do estado de Pernambuco. Rev Saúde Pública. 2024;58(1):12-20. Acesso em: 20 jul 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/analise-da-cobertura-vacinal-em-criancas-menores-de-um-ano-no-interior-do-estado-de-pernambuco/>
 13. Almeida JB, Santos VL, Pereira AM. Cobertura vacinal da tríplice viral e poliomielite no Brasil, 2011-2021: tendência temporal e dependência espacial. Rev Bras Epidemiol. 2023;26(4):300-12. Acesso em: 20 jul 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230047.2>
 14. Santos FM, Almeida RC, Ferreira AJ. Cobertura vacinal em crianças menores de um ano no estado de Minas Gerais, Brasil. Cad Saude Publica. 2022;38(4):220-30. Acesso em: 28 jul 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202279.07302022>
 15. Silva AC, Oliveira RM, Costa TP. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. Cad Saude Publica. 2020;36(1) Acesso em: 28 jul 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015619>

16. Pereira LG, Santos AM, Rodrigues VF. A evolução das coberturas vacinais brasileiras e os impactos provocados pela pandemia de Covid-19 nas metas de imunização. *Rev Bras Epidemiol.* 2022;25(3):200-9. Acesso em: 28 jul 2024. Disponível em <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/22916>
17. Oliveira AC, Lima TM, Ferreira JP. Análise espacial da cobertura vacinal de menores de um ano no estado de Pernambuco. *Cad Saude Publica.* 2024;40(1):45-52. Acesso em: 15 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.54620/cadesp.v18i1.1824>
18. Freitas AA de, Moreira FGA de AL, Borges JWP, Lima CEB de, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Tendência da cobertura vacinal em crianças de zero a 12 meses – Piauí, Brasil, 2013-2020. *Saúde Debate.* 2022 Dez;46(spe5). Acesso em: 15 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E505>
19. Costa LM, Oliveira RP, Silva DF. Tendência temporal da taxa de abandono e da cobertura da vacina tríplice viral no Brasil, 2014-2021. *Cad Saude Publica.* 2023;39(2):220-30. Acesso em: 15 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300004.PT>
20. Lima FM, Oliveira JP, Sousa RA. Análise do estado de cobertura vacinal de crianças menores de três anos no município de Fortaleza em 2017. *Rev Cearense Saude.* 2020;10(2):123-30. Acesso em: 15 ago 2024. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1824](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1824)
21. Silva PL, Santos RF, Oliveira AL. Pela reconquista das altas coberturas vacinais. *Rev Saude Publica.* 2023;57(3):120-8. Acesso em: 15 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT240022>
22. Santos FM, Almeida RC, Pereira LM. Análise do impacto das intervenções em saúde sobre a cobertura vacinal para crianças menores de dois anos em municípios de Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol.* 2024;27(2):130-8. Acesso em: 15 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720240028.2>
23. Marinho CV, Queiroz RC de S, Araujo WRM, Tonello AS, Thomaz EBAF. Indicadores do Programa Nacional de Imunizações em menores de um ano: tendência temporal no Maranhão, Brasil, 2010 a 2021. *Ciênc Saúde Colet.* 2023

- Ago;28(8). Acesso em: 20 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.07312023>
24. Braz RM, Domingues CMAS, Teixeira AMS, Luna EJA. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016 Out-Dez;25(4). Acesso em: 20 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400008>
25. Pereira LG, Santos FM, Almeida RC. Estudo qualitativo sobre os fatores econômicos, sociais, culturais e da política de saúde relacionados à redução das coberturas vacinais de rotina em crianças menores de cinco anos. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2020;20(3):245-56. Acesso em: 20 ago 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/11001/file/estudo-fatores-relacionados-reducao-coberturas-vaciniais-de-rotina-em-criancas-menores-5-anos.pdf>
26. Milani LRN, Busato IMS. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. *Rev Saude Publica do Paraná*. 2021;4(2):157–171. Acesso em: 30 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2021V4N2P157>.
27. Lima ES, Eshriqui I, Masuda ET, Bonfim D, Pereira BR. Diagnóstico das salas de vacinação em unidades básicas de saúde brasileiras participantes do projeto PlanificaSUS, 2019. *Rev do SUS-RESS*. 2022;16(2)n Acesso em: 30 ago 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222022000200016>.

ANEXO

NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA: SAÚDE EM DEBATE

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos (Vancouver) descritos em [Diretrizes para Autores](#).

A primeira página do arquivo com o texto do manuscrito deve conter: TÍTULO/RESUMO/PALAVRAS-CHAVE, com as devidas traduções para o inglês. No caso de artigos escritos em inglês as traduções devem ficar em português. Não submeter em arquivo separado.

A identificação dos autores não consta no arquivo com o texto.

O número de autores/coautores não excede sete.

O nome dos autores deve ficar registrado no formulário de cadastro do artigo, em ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’. Informações imprescindíveis: NOME – E-MAIL – Nº ORCID – INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO.

O arquivo da submissão está no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx.

O texto está em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

Não utilizou sublinhados e negritos como grifo no texto.

Utilizou aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras.

Utilizou palavras em outros idiomas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Enviou figuras, gráficos, quadros e tabelas em formato aberto ou em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo.

O manuscrito contém no máximo cinco ilustrações, entre figuras, gráficos, quadros ou tabelas com no máximo duas laudas cada.

No caso de resenha, foi encaminhado capa do livro em alta resolução.

Encaminhou em arquivos separados a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais (obrigatória), o Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (quando pertinente) e o Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO (obrigatório).

Citou artigos publicados pela revista Saúde em Debate ou justificou a não inclusão.

O autor principal é associado ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Recomendável.

Diretrizes para Autores

SAÚDE EM DEBATE

Diretrizes para autores

Instruções para preparação e submissão de artigos

ATUALIZADAS EM MAIO DE 2023

POLÍTICA EDITORIAL

A revista ‘Saúde em Debate’, criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão, o trabalho e a avaliação em saúde. Valorizamos os estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A ‘Saúde em Debate’ aceita trabalhos originais e inéditos que aporem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

A revista ‘Saúde em Debate’ conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial, revista periodicamente. Seus membros integram o Comitê Editorial e o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

O título abreviado do periódico é Saúde debate, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas.

POLÍTICA DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição [CC-BY 4.0](#). Esta informação está disponível na *homepage* do *site* e na primeira página de todos os artigos.

DIREITOS AUTORAIS

Em caso de aprovação e publicação do artigo no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista. Os autores devem, no ato da submissão, preencher e assinar a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais conforme modelo: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

CUSTOS

É cobrada taxa de publicação no valor de R\$ 600,00 (atualizado em junho de 2023) para os artigos aprovados em qualquer seção da revista. Não cobramos taxas de submissão. Após a aprovação dos artigos os autores receberão *e-mail* orientando os procedimentos para o pagamento da taxa de publicação.

Artigo aprovado para editoração, em qualquer modalidade, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

POLÍTICA DE ACESSO ABERTO

A revista ‘Saúde em Debate’ oferece acesso livre ao seu conteúdo, sem custos, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico ao público proporciona maior democratização deste conhecimento, adotando a [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição [CC-BY 4.0](#).

Todo o conteúdo da revista está disponível para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores. A reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, deve ter a prévia autorização dos editores da revista.

POLÍTICA DE INCENTIVO À CIÊNCIA ABERTA

Preprint

A ‘Saúde em Debate’ aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o [SciELO preprints](#). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista ‘Saúde em Debate’. No caso de submissão em *preprint* o autor deve informar à revista o número DOI atribuído e o nome do servidor onde foi depositado.

Compartilhamento de dados

A revista ‘Saúde em Debate’ incentiva o compartilhamento de dados. Para efetuar o depósito de Dados de Pesquisa, os autores devem escolher o repositório de Acesso Aberto que considerarem mais adequado para compartilhar seus dados e fazer o depósito. Informações sobre compartilhamento de dados em repositórios públicos podem ser encontradas em: <https://data.scielo.org/>.

Com base nos critérios da Ciência Aberta, solicitamos aos autores o preenchimento do Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO ([modelo anexo](#)), que deve ser anexado ao sistema da revista no momento da submissão do manuscrito como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

POLÍTICA DE ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

A revista adota as ‘Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas’ – International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), ‘Princípios de Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas’ recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (COPE): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis em http://www.icmje.org/urm_main.html. A ‘Saúde em Debate’ segue o ‘[Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica](#)’ do SciELO. Recomenda-se a leitura pelos autores.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#), de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver.

Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos devem deixar claro, no último parágrafo, na seção de ‘Material e métodos’, o cumprimento dos princípios éticos, número da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e encaminhar cópia do parecer de aprovação no ato da submissão.

Política anti-plágio

A revista ‘Saúde em Debate’ adota as diretrizes, orientações e fluxos recomendados pelo Committee on Publication Ethics – COPE <http://publicationethics.org/>.

Ao serem recebidos os manuscritos passam por *softwares* detectores de plágio. É possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada a existência de semelhanças com outros textos já publicados o manuscrito será excluído do processo de avaliação.

Conflito de interesses

Os autores devem informar sobre relações que podem estabelecer conflito de interesses financeiro e/ou de filiação ao assinarem a Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais.

Autoria e contribuição

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações de todos os autores devem ser incluídas no formulário de submissão em: ‘Inserir Metadados – Lista de Coautores – Incluir coautor’, contendo: nome completo, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*. As pessoas designadas como autores

devem ter participado substancialmente da elaboração do manuscrito e assumir responsabilidade pelo seu conteúdo.

Na submissão do manuscrito, todos os autores devem preencher e assinar a [Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais](#) colocando o nome por extenso e a sua contribuição detalhada conforme recomendado pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE):

- a) para concepção ou desenho do trabalho;
- b) para coleta, análise e interpretação dos dados;
- c) para redação do artigo ou em sua revisão crítica;
- d) para aprovação final da versão a ser publicada.

As informações sobre a participação de cada autor, com respectivo Orcid, constarão no artigo, no item ‘Colaboradores’, localizado antes das referências.

Financiamento

Em trabalhos científicos financiados, os autores devem enviar a informação à revista sobre a fonte de financiamento, com registro do número do processo. A revista ‘Saúde em Debate’ atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

O processo de avaliação dos textos científicos submetidos à revista ‘Saúde em Debate’, em qualquer das modalidades previstas, é submetido a revisão por pares (*peer review*), sendo o mérito acadêmico o critério utilizado em todas as fases da avaliação. Procuramos promover a inclusão, diversidade e equidade. Nenhum artigo será liminarmente recusado com base em

características dos autores como raça, religião, orientação sexual, crença política ou qualquer outro aspecto depreciativo.

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise técnica prévia para identificar cumprimento das normas da revista. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo editor-chefe e por editores associados, que avaliam a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos aprovados nesta etapa de pré-avaliação, são encaminhados ao editor associado que indicará dois pareceristas, levando em consideração o tema do trabalho e sua *expertise*, os quais poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, os editores podem, a seus critérios, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, aos autores para revisão final, que deverão devolver no prazo estipulado.

Ao final do artigo constará informações sobre: data de recebimento, data de aprovação, suporte financeiro e conflito de interesses.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo *site*: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista: texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter

Na primeira página:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos, resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem

conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

No corpo do texto:

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos.

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados.

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada.

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o ‘[Manual de Normalização de Referências](#)’ elaborado pela editoria do Cebes.

Para contribuir com a qualificação e divulgação da revista recomendamos que sejam utilizados artigos publicados pela própria revista.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: ‘porta de entrada’; ‘Saúde em Debate’. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser de, no máximo, cinco por texto (com no máximo duas laudas cada). As figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em formato aberto/editável, não retirar de outros arquivos. No caso de figuras como por exemplo, fotografias, desenhos e mapas, enviar em alta resolução (no mínimo 300 DPIs), em preto e branco ou escala de cinza. Devem ser submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde serão inseridos.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

ERRATA:

Após a publicação do artigo, caso haja necessidade de retratações, erratas ou modificações o autor deve entrar em contato por meio do *e-mail* da revista (revista@saudeemdebate.org.br). A revista segue os procedimentos indicados no '[Guia para registro e publicação de errata](#)' do SciELO.

RECLAMAÇÕES E RECURSOS:

Os autores têm direito de pedir explicações, se perceberem má conduta em quaisquer políticas que envolvam éticas de publicação da revista. A reclamação deve ser feita por meio de carta, enviada ao editor pelo *e-mail* revista@saudeemdebate.org.br. Recebida a reclamação, inicia-se processo de investigação, pela equipe executiva da revista, sob orientação do editor-chefe. Ao final da apuração, elabora-se relatório e encaminha-se, por *e-mail*, a resposta ao interessado com a decisão tomada.

Acreditamos que as reclamações contribuem para a melhoria do processo de avaliação, tempo de processamento e publicação dos manuscritos submetidos à revista.

DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO

1. Declaração de Responsabilidade e Cessão de Direitos Autorais

Todos os autores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <https://saudeemdebate.org.br/sed/libraryFiles/downloadPublic/147>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, anexar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

3. Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta – SciELO

Os autores devem preencher o formulário: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Formulario-de-Conformidade-Ciencia-Aberta.docx>, e anexar ao sistema da revista como ‘Componentes do artigo – Documento complementar’.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A revista utiliza o *software* OJS (Open Journal Systems) para avaliação de seus manuscritos. Este sistema prevê o *backup* de todo conteúdo registrado. Além disso, a ‘Saúde em Debate’ encontra-se disponível nos acervos digitais da empresa Docpro desde seu primeiro número, lançado em 1976 <http://www.docvirt.com/asp/saudeemdebate/default.asp>.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil – CEP 21040-361
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Artigo Original

Resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

Ensaio

Análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

Revisão

Revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

Artigo de Opinião

Exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras.

Relato de Experiência

Descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que aportem contribuições significativas para a área.

Resenha

Resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

Entrevista

Texto produzido no mínimo por duas pessoas no qual o entrevistado é sempre o primeiro autor, com no máximo 7.000 palavras.

Documento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Depoimento

Trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.