

UNIVERSIDADE SANTO AMARO – UNISA
Programa de Mestrado em Ciências da Saúde

Lucas de Brito Costa

**RECUSA E HESITAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS: PERCEPÇÃO
DOS CUIDADORES QUANTO AO PAPEL DA IMUNIZAÇÃO NO
BRASIL**

São Paulo

2024

Lucas de Brito Costa

**RECUSA E HESITAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS: PERCEPÇÃO
DOS CUIDADORES QUANTO AO PAPEL DA IMUNIZAÇÃO NO
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Yara Juliano

Co-orientadora: Prof^a Dra. Carolina França

São Paulo

2024

C87r

Costa, Lucas de Brito.

Recusa e hesitação vacinal em crianças: percepção dos cuidadores quanto ao papel da imunização no Brasil / Lucas de Brito Costa. – São Paulo, 2024.

45 p. : il., color.

Orientadora: Yara Juliano.

Co-orientadora: Carolina França.

Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Santo Amaro, 2024.

Bibliografia incluída.

1. Vacinação. 2. Imunização. 3. Recusa vacinal I. Juliano, Yara, orient. II. França, Carolina, co-orient. III. Universidade Santo Amaro. IV. Título.

CDD 615.372

Lucas de Brito Costa

**RECUSA E HESITAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS: PERCEPÇÃO
DOS CUIDADORES QUANTO AO PAPEL DA IMUNIZAÇÃO NO
BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Yara Juliano

São Paulo 29 de Janeiro de 2024

Banca Examinadora

Profa. Dra. Yara Juliano

Profa.Dra. Jane Arnoud

Profa.Dra. Nara Vasconcelos

Conceito Final: _____

Agradecer,

Verbo transitivo direto da língua portuguesa; compensar de maneira equivalente; retribuir, recompensar.

Gostaria eu dominar as letras a ponto de transpor tal sentimento para o papel. Mesmo sabendo que não o conseguirei, não poderia deixar de tentar.

À minha mãe, meu pai e meus irmãos, vento que faz este sonhador alçar voos;

Aos meus sobrinhos, doçura e leveza da alma

Ao Fernando, por todo amor e suporte nessa reta final

À querida coorientadora, Dra. Carol França, e orientadora, Yára Juliano, por todo o suporte, paciência e dedicação.

À minha mãe, Professora Irene Brito, fonte inesgotável de amor e inspiração.

“ A alegria que senti na perspectiva diante de mim de ser o instrumento destinado a tirar do mundo uma das suas maiores calamidades foi tão excessiva que algumas vezes me encontrei em uma espécie de devaneio.”

Edward Jenner, criador da vacina contra varíola

RESUMO

O advento da vacinação é considerado um dos maiores saltos da ciência e vem auxiliando a perpetuação da humanidade desde o século XVIII. Ao contrário das demais classes de medicamentos, as vacinas funcionam tanto a nível individual como comunitário. A hesitação vacinal se conceitua como o atraso na aceitação ou a recusa de vacinação apesar da sua disponibilidade, sendo fenômeno complexo influenciado por diversos fatores, dentre eles políticos, religiosos, econômicos, dentre outros. No Brasil, embora a recusa e hesitação vacinal sejam problemas cada vez mais corriqueiros, sua mensuração e qualificação ainda são difíceis devido à escassez de estudos. Embora apresentando um dos mais bem-sucedidos programas de imunização do mundo, tal iniciativa vem enfrentando quedas drásticas na adesão às campanhas. Dessa forma, faz-se necessário compreender não só a frequência, mas também elucidar os fatores causais atrelados à recusa ou hesitação vacinal dos responsáveis perante seus tutelados. O estudo aqui apresentado justifica-se pelo preocupante e crescente movimento anti-vacinas, além da dificuldade na elucidação dos fatores causais à recusa vacinal. Este estudo busca analisar a frequência e os fatores causais da recusa vacinal de pais e responsáveis contra os imunizantes disponíveis ao público infantil. Trata-se de um estudo transversal, com os dados obtidos através da aplicação de questionário previamente validado aos responsáveis por pacientes de 0 a 12 anos que compareceram à consulta de rotina pediátrica em três cenários distintos: unidade básica de saúde (UBS), ambulatório escola de uma universidade e consultório de saúde suplementar. Como critério de inclusão, os cuidadores deveriam ter mais de 18 anos, sendo considerada apenas uma resposta por paciente. Foram excluídos da pesquisa adolescentes maiores de 12 anos e responsáveis que buscaram atendimento pediátrico em caráter de urgência ou emergência. Os dados foram organizados em gráficos e tabelas em software computadorizado para análise e interpretação. Para as análises descritivas foi utilizado o teste qui-quadrado, considerando significativos valores de $p < 0,05$. Como resultado, obteve-se $n=150$ do total de respostas, 50 de cada um dos três cenários analisados, sendo a maioria dos responsáveis em todos os cenários era do sexo feminino (82,7%) e que a renda familiar predominante na UBS e no ambulatório-escola era de até 1 salário mínimo (66% e 62%, respectivamente) e o grau de instrução mais alto nestes cenários foi ensino médio completo, enquanto no consultório se encontrou ensino superior incompleto e renda salarial maior que 2 salários mínimos como majoritários. Quanto à recusa vacinal, os imunizantes mais recusados foram, em ordem decrescente, da COVID-19, influenza, sarampo, febre amarela e rotavírus. Os motivos elencados à recusa foram receio de efeitos colaterais agudos ou a longo prazo, seguido da dúvida sobre o próprio efeito da vacina. O meio de comunicação mais utilizado para obtenção de informações referentes ao tema vacinação foram as mídias televisivas, sendo ultrapassada apenas redes sociais no cenário consultório. O estudo conclui enfatizando a importância das decisões sobre saúde infantil, indicando a necessidade de construir confiança nas vacinas, adaptar políticas de saúde e aprofundar investigação das causas de desconfiança para promover melhoria nas taxas de imunização infantil.

Palavras-chave: vacinação; imunização; recusa vacinal; crianças.

ABSTRACT

The vaccination is considered one of the greatest leaps in science and has helped the perpetuation of humanity since the 18th century. Different from other classes of drugs, vaccines work at both an individual and community level. Vaccine hesitancy is defined as the delay in accepting or refusing vaccination despite its availability, being a complex phenomenon influenced by several factors, including political, religious, economic, for example. In Brazil, although vaccine refusal and hesitancy are increasingly frequent problems, their measurement and qualification are still difficult due to the scarcity of studies. Despite presenting one of the most successful immunization programs in the world, this initiative has faced drastic drops in campaign adherence. Therefore, it is necessary to understand not only the frequency, but also elucidate the causal factors linked to the vaccine refusal. The study presented here is justified by the worrying and growing anti-vaccine movement, in addition to the difficulty in elucidating the causal factors for vaccine refusal. This study seeks to analyze the frequency and causal factors of vaccine refusal by parents and guardians against vaccines available to children. This is a cross-sectional study, with data obtained through the application of a previously validated questionnaire to those responsible for patients aged 0 to 12 years who attended routine pediatric consultations in three different settings: basic health unit (UBS), school hospital of an university and supplementary health clinic. As an inclusion criteria, caregivers must be over 18 years old, with only one response per patient being considered. Adolescents over 12 years of age and guardians who sought urgent or emergency pediatric care were excluded from the research. The data was organized into graphs and tables in computerized software for analysis and interpretation. For descriptive analyzes the chi-square test was used, considering significant values of $p < 0.05$. As a result, it was found n=150 number of participants, 50 from each place of research, and the majority of those responsible in all scenarios were female (82,7%) and that the predominant family income in the UBS and in the school outpatient clinic was up to 1 minimum wage (66% and 62%, respectively) and the highest level of education in these scenarios was high school completed, while in the health clinic, incomplete graduation and salary income greater than 2 minimum wages were found to be the majority. Regarding vaccine refusal, the most refused immunizations were, in descending order, COVID-19, influenza, measles, yellow fever and rotavirus. The reasons given for refusal were fear of acute or long-term side effects, followed by doubt about the effect of the vaccine itself. The most used means of communication to obtain information regarding the topic of vaccination was television media, surpassed only by social media in the supplementary health clinic. The study concludes emphasizing the importance of childhood health decisions, indicating the need to build trust in vaccines, tailor health policies, and investigate distrust causes to promote childhood immunization.

Keywords: vaccination; immunization; vaccine refusal; children.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Uma breve história da vacinação	11
2.2 A vacinação no Brasil	12
2.3 Hesitação e recusa vacinal	15
3 OBJETIVOS	18
3. 1. Objetivo principal	18
3. 2. Objetivos secundários	18
4 MÉTODOS	19
4.1 Tipo de estudo	19
4.2 Instrumento de estudo	19
4.3 População de estudo	19
4.4 Local de estudo	19
4.5 Coleta de dados	21
4.6 Análise de dados	21
4. 7 Aspectos éticos	21
5 RESULTADOS	22
6 DISCUSSÃO	28
7 CONCLUSÃO	32
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	42

ANEXO A - Instrumento de Pesquisa

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNISA

1 INTRODUÇÃO

O advento da vacinação é considerado um dos maiores saltos da ciência e vem auxiliando a perpetuação da humanidade desde o século XVIII. Ao contrário das demais classes de medicamentos, as vacinas funcionam tanto a nível individual como comunitário. Assim, quando amplamente difundidas nas comunidades, várias doenças evitáveis podem ser eliminadas e até mesmo erradicadas.¹

Desde a sua invenção pelo médico inglês Edward Jenner, perpassando por contribuições de exímios nomes da ciência ocidental, como Louis Pasteur e Albert Sabin, o processo de imunização ativa da forma como conhecemos tem sido sinônimo de qualidade de vida bem como proteção. Mesmo vivenciando sua eficácia frente às mais diversas doenças e, mais recentemente, panoramas pandêmicos, a recusa e hesitação vacinal são termos que permeiam a sociedade contemporânea.

A hesitação vacinal (vaccine hesitancy) pode ser entendida como o atraso na aceitação ou a recusa de vacinação apesar da sua disponibilidade nos serviços de saúde.¹ Versa, pois, sobre um fenômeno complexo, sendo decisivamente influenciada por fatores como conveniência, confiança, complacência e por determinantes socioculturais, políticos, filosóficos, econômicos e religiosos.² Na Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), braço da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Programa Nacional de Imunizações (PNI) brasileiro é citado como referência mundial³. Instituído pela lei 6.259/75, tal programa oferta gratuitamente para todos os habitantes do território brasileiro 50 imunobiológicos (soros, vacinas e imunoglobulinas), sendo 33 vacinas, das quais 19 compõem o Calendário Nacional de Vacinação para prevenção de mais de 20 doenças infectocontagiosas em diversas faixas etárias. Há, ainda, outras 10 vacinas especiais para grupos em condições clínicas específicas, como portadores de HIV, disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

No Brasil, embora a recusa e hesitação vacinal sejam problemas cada vez mais corriqueiros, sua mensuração e qualificação ainda são difíceis devido à escassez de estudos que busquem entender tal acontecimento.⁴

Embora apresentando um dos mais bem-sucedidos programas de imunização do mundo, tal iniciativa vem enfrentando quedas drásticas na adesão às campanhas.

Segundo levantamento do Ministério da Saúde, as maiores quedas dizem respeito às vacinas para BCG (38,8%) e a Hepatite A (32,1%). Ademais, foi encontrada taxa alarmante de 28% de absenteísmo do público esperado para a campanha contra poliomielite no ano de 2022.⁵

O estudo aqui apresentado justifica-se pelo crescente número de pessoas que se colocam contrárias ao processo de imunização ativa, inclusive com a preocupante organização de grupos abertamente anti-vacinas, autodenominados “anti-vax”. Justifica-se ainda por, mesmo frente à gravidade da pandemia enfrentada nos últimos anos, a corrida global pelo desenvolvimento de tecnologias e vacinas, tais grupos contrários a este importante instrumento de saúde pública permanecerem em constante expansão. Acrescido a isso, a dificuldade na elucidação vide literatura em atrelar os fatores causais à recusa e hesitação vacinal, além de serem escassos os estudos qualiquantitativos que objetivam detalhar tais fatores.

Dessa forma, faz-se necessário compreender não só a frequência, mas também elucidar os fatores causais atrelados à recusa ou hesitação vacinal dos responsáveis perante seus tutelados. Além disso, comparar se tal recusa se deu de forma predominantemente direcionada a algum imunizante em especial.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Uma breve história da vacinação

A prática de inoculação de materiais biológicos de pessoas adoecidas e/ou expostas à determinados patógenos em indivíduos sadios data de mais de mil anos atrás. Tal técnica, chamada de variolização, consistia na inoculação de material retirado das pústulas de um enfermo, na pele ou fossas nasais de um indivíduo são. Este adquiria a enfermidade em forma mais branda do que através do contágio natural. Contudo, apesar de sua relativa benignidade, a doença se manifestava com toda a sua gama sintomática, deixando, por vezes, cicatrizes no rosto e no corpo das pessoas inoculadas.⁶

Durante o surto global de varíola, os primeiros testes de inoculação foram realizados no Reino Unido em 1721. Além disso, existem relatos formais de inoculações no Império Otomano e no Norte do continente africano. Embora as origens da inoculação não sejam definidas, a prática bem como a alcunha do termo vacina, da forma como conhecemos hoje no ocidente, foi descrita pela primeira vez em 1796 pelo médico e naturalista britânico Edward Jenner⁷. Jenner estudou camponeses que desenvolviam uma condição benigna conhecida por *vaccinia*, devido ao contato com vacas infectadas por varíola bovina (*cowpox*), e concluiu que os indivíduos que apresentavam lesões de varíola bovina eram imunes à infecção por varíola humana (*smallpox*). Ele aplicou esta prática ativamente, através da inoculação do pus da varíola humana em pessoas previamente expostas à linfa oriunda de pústulas das mãos de indivíduos contaminados com *cowpox*, obtendo resultados favoráveis referente à proteção da doença humana.⁸

Após 80 anos, o cientista francês Louis Pasteur se mostrou peça fundamental na continuidade dos avanços em vacinas. Pasteur e seus colaboradores formularam e aprimoraram a ideia de atenuação de patógenos, a princípio com *Pasteurella multocida*, a causa de uma doença diarreica em galinhas⁸, se tornando mundialmente reconhecido pelo trabalho desenvolvido com a vacina contra o vírus da raiva em animais e humanos.

Após todos esses avanços, a técnica mais poderosa de cultivo em série de um patógeno in vitro ou em hospedeiros não usuais teve gênese com Calmette e Guérin, que cultivaram bactérias da tuberculose bovina mais de 200 vezes em meios artificiais para obter uma cepa atenuada no afã de gerar proteção contra a tuberculose humana.⁹

No século XIX, pode-se testemunhar a evolução da teoria dos germes por meio da descoberta de numerosos microrganismos por Koch. Em meados do século XX, após a introdução de toxinas atenuadas (toxóides), foi desenvolvida a primeira geração de vacinas. Por conseguinte à tamanha façanha, foi possível o desenvolvimento de imunizantes ativos contra a difteria e o tétano. Na década de 1930, grandes avanços nas técnicas de laboratório permitiram o cultivo de vírus nas membranas de embriões de galinha, fato este que possibilitou o desenvolvimento de vacinas contra gripe e febre amarela.⁹

A evolução da cultura celular, já nos anos 40, levou à criação da vacina contra a poliomielite, marcando o início da chamada “Era de ouro” das vacinas. Durante o mesmo período, uma série de outras vacinas de extrema importância, como as vacinas contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela, foram desenvolvidas. A introdução de técnicas de manipulação de DNA e de sequenciamento do genoma completo foram marcos importantes para a gênese de novos imunizantes, possibilitando inclusive mais de uma vacina com técnicas diferentes para cada doença, como tivemos tão conhecidamente no que diz respeito aos imunizantes contra SARS-Cov-2, desde 2020.⁹

2.2 A vacinação no Brasil

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, tem sido determinante na luta contra as patologias imunopreveníveis no Brasil. Sua atuação contribui indubitavelmente para melhorias importantes na situação de saúde da população brasileira. São exemplos: a erradicação da varíola, controle da poliomielite e da febre amarela urbana, assim como a redução da incidência de doenças como a coqueluche, difteria, da meningite causada por *H. influenzae* tipo B, da tuberculose em menores de 15 anos de idade, e, mais recentemente, das meningites e pneumonias¹⁰.

Otimizada ao longo das décadas, a variedade de imunizantes disponibilizados pelo SUS é modelo internacional segundo a OPAS. Contando com mais de 50 imunobiológicos, dentre eles soros, vacinas e imunoglobulinas, sendo 33 vacinas, das quais 19 compõem o Calendário Nacional de Vacinação para prevenção de mais de 20 doenças infectocontagiosas em diversos grupos e faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes e povos indígenas)⁴.

Desde sua estruturação, foi possível a publicação do primeiro calendário nacional de vacinação (CNV), em 1977, normatizado pela *Portaria Ministerial nº 452/1977*, o qual apresentava quatro vacinas obrigatórias disponíveis para o primeiro ano de vida, apresentando-se como uma grande conquista, já que até então as campanhas de vacinação eram operacionalizadas pelos programas de controle de doenças específicas, a exemplo da febre amarela e varíola ou realizadas por programas de vacinação desenvolvidos por alguns estados que tinham recursos para a aquisição de vacinas como os programas de controle da poliomielite, do sarampo ou da difteria, tétano e coqueluche com a vacina DTP (difteria, tétano e coqueluche), o que não garantia acesso à vacinação a todas as crianças¹¹. Com a publicação desta Portaria, dava-se início ao estabelecimento da primeira política pública de universalização da vacinação no território brasileiro.

Durante toda a década de 2000, pode-se observar uma crescente incorporação de novas vacinas no PNI, como resumido no quadro abaixo.

Quadro 1: Principais estratégias e atualização do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) nos 49 anos do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Brasil, 1973 a 2022.

1973-1989	1990-1999	2000-2005	2006-2013	2014-2019	2020 - 2022
<p>1973: Formulado o Programa Nacional de Imunizações (PNI).</p> <p>1977: Publicação do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) com quatro</p>	<p>1991: Instituído o Comitê Técnico Assessor em Imunizações - CTAI.</p> <p>1992: Realização da Campanha Nacional de vacinação contra o sarampo para</p>	<p>2000: Ampliação da vacina influenza para população > 60 anos de idade.</p> <p>Incorporação da vacina da febre amarela.</p> <p>Realização de</p>	<p>2006: Introdução da vacina oral rotavírus humano.</p> <p>2008: Realização da Campanha Nacional de Vacinação na população de</p>	<p>2014: Introdução da vacina hepatite A. introdução da vacina para gestantes e trabalhador de saúde introdução da vacina HPV para meninas de</p>	<p>2020: Início dos testes de potenciais vacinas contra COVID-19.</p> <p>2021: Início da vacinação contra a COVID-19.</p> <p>2022</p>

<p>vacinas obrigatórias no 1º ano de vida (BCG; sarampo; poliomielite oral e tríplice bacteriana - DTP)</p> <p>1980: implantação dos Dias Nacionais de Vacinação (DNV) com realização da 1ª campanha de vacinação contra poliomielite para crianças < 5 anos de idade.</p> <p>1989 introdução da vacina hepatite B DNA recombinant e na Amazônia Legal.</p>	<p>a população de até 14 anos de idade. marco do Plano de Controle e Eliminação do sarampo.</p> <p>1993: Implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais - CRIE</p> <p>1994: Início da implantação do Sistema de Informação informatizado de Avaliação do Programa imunizações - SI-API</p> <p>1998: Ampliação da vacina hepatite B para < 1 ano de idade. Substituição da vacina toxoide tetânica pela vacina difteria e tétano (dT) a partir dos 7 anos de idade.</p> <p>1999: Introdução da vacina influenza sazonal para a população a</p>	<p>campanhas de vacinação para implantação da vacina tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba para população de 1 a 11 anos de idade).</p> <p>2001: Ampliação da vacina da febre amarela para trabalhadores das áreas portuárias e aeroportuárias. Início da vacinação de Mulheres em Idade Fértil (MIF) contra sarampo e rubéola, parte do plano para acelerar o controle da rubéola.</p> <p>2003: Substituição da vacina monovalente e sarampo pela vacina tríplice viral Substituição da vacina DTP pela vacina</p>	<p>adolescentes e adultos jovens para eliminação da rubéola.</p> <p>2010: introdução da vacina meningocócica C conjugada. introdução da vacina pneumocócica 10 valente. Publicação do calendário de vacinação dos povos indígenas. Realização da Campanha Nacional de Vacinação Influenza Pandêmica A(H1N1)09.</p> <p>2011: Ampliação da vacina hepatite B para a população até 24 anos de idade. Ampliação da vacina influenza para crianças de 6 meses até 2 anos de idade, indígenas, gestantes e trabalhadores de saúde</p>	<p>11 a 13 anos de idade. Ampliação da vacina influenza ao grupo privado de liberdade e funcionários do sistema prisional.</p> <p>2015: Ampliação da segunda dose da vacina tríplice viral para a população até 29 anos de idade.</p> <p>2017: Adoção da dose única para febre amarela Ampliação da vacina meningocócica C e HPV nos adolescentes de 11 a 14 anos.</p> <p>2018: Introdução da segunda dose da vacina varicela para crianças de 4 anos.</p> <p>2019: Introdução da vacina pneumocócica 13 valente</p>	<p>Disponibilização de seis vacinas no Consórcio Covax Facility¹¹</p>
--	--	--	---	--	--

	partir de 65 anos de idade. introdução da vacina Haemophilus influenzae b (Hib).	DTP/Hib. Ampliação da vacina hepatite B para adolescentes < 20 anos de idade. 2004: Publicação do CNV por ciclo de vida (criança, adolescente, adulto e idoso). Introdução da segunda dose da vacina tríplice viral aos 4 anos de idade.	2013: Ampliação da vacina influenza para puérperas e grupos com comorbidades Ampliação da vacina hepatite b para a população até 49 anos de idade. Introdução da vacina tetra viral (sarampo, rubéola, caxumba, varicela) aos 15 meses.	nos CRIE.	
--	--	---	---	-----------	--

Fonte: o autor.

2.3 Hesitação e recusa vacinal

A partir de iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi criado em 2012 um grupo especial para caracterização e discussão de estratégias para conduzir questões relacionadas à recusa vacinal: SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy; esse grupo categorizou fatores que influenciam a decisão de aceitar as vacinas e definiu "hesitação vacinal" (*vaccine hesitancy*) como o atraso na aceitação ou recusa de vacinação a despeito da disponibilidade de serviços de vacinas; considera que a indecisão vacinal é um fenômeno complexo, contexto-específico e que varia no tempo, no lugares e com as vacinas específicas. Entre os objetivos desse grupo estão: monitorar a confiança nas vacinas e a recusa vacinal e desenvolver intervenções de comunicação para enfrentar as falhas na confiança em vacinas e evitar suas consequências para a saúde pública.¹

Tal conceito de hesitação vacinal tem sido usado nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto em saúde pública, suscitando preocupações com a

possibilidade do ressurgimento de doenças infecciosas já controladas, além de discussões éticas e comportamentais. A confiança nas vacinas e nos profissionais de saúde é fundamental para manter a demanda e o uso das vacinas tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A maior parte da população segue o esquema vacinal recomendado por seu médico ou instituições de saúde, mas persiste o desafio de enfrentar os grupos que recusam ou retardam a aplicação das vacinas. Fazem parte desses grupos: pais de crianças e adolescentes, gestantes, idosos e profissionais da saúde que decidem não se vacinar, não vacinar seus filhos ou não recomendar vacinas aos seus pacientes.¹³

A aceitação das vacinas é o resultado final de um processo de tomada de decisão influenciado por vários fatores. Para o SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, um modelo que inclui 3Cs caracteriza os determinantes desse comportamento: Confiança (credibilidade no processo, nos profissionais de saúde e, por sua vez, nas vacinas), Complacência (baixa percepção dos riscos das doenças preveníveis por vacinas) e Conveniência (disponibilidade e acessibilidade das vacinas e dos serviços de saúde).²

O sucesso do PNI e sua crescente complexidade, entretanto, têm se tornado um obstáculo para a manutenção das coberturas vacinais adequadas. À medida que as pessoas não convivem mais com as mortes e incapacidades causadas pelas doenças imunopreveníveis, passam a não mais perceber o risco que estas doenças representam para a sua própria saúde, para os membros de sua família, e para a comunidade.¹⁴

Nesse cenário, aparecem o medo dos eventos adversos e a circulação de notícias falsas sobre os imunobiológicos, que se sobrepõem ao conhecimento sobre a importância e os benefícios das vacinas. Os movimentos antivacina, embora não sejam muito atuantes no Brasil, estão cada vez mais frequentes e persuasivos, e divulgam informações sem base científica sobre os riscos das vacinas. Ainda, fatores operacionais, como horários restritos de funcionamento das unidades de saúde e o sub-registro das doses aplicadas no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), dificultam, respectivamente, o acesso aos imunobiológicos e o monitoramento das metas de vacinação. O intenso movimento migratório observado em país fronteiro ao Brasil, inicialmente ocorrido para o estado de Roraima, contribuiu para a propagação do vírus do sarampo, que voltou a circular no país, especialmente nos estados da região norte. Foram confirmados mais de 10 mil

casos da doença em 2018 e 646 casos, distribuídos em oito estados, até julho de 2019, o que demonstra que esforços adicionais deveriam ser mobilizados para a manutenção de coberturas vacinais adequadas.¹⁵

3 OBJETIVOS

Objetivo Principal: Analisar a frequência da recusa vacinal dos pais e responsáveis contra os imunizantes disponíveis ao público infantil, incluindo os destinados a COVID-19, a serem aplicados em seus filhos e/ou tutelados no Brasil.

Objetivos secundários: Identificar os fatores que justificam a recusa vacinal por parte dos pais e/ou cuidadores na população pediátrica.

Comparar a recusa aos imunizantes do Programa Nacional de Imunizações versus a recusa contra as vacinas disponíveis para a SARS-CoV-2 na população em estudo.

Compreender através de quais meios de comunicação os pais e cuidadores adquirem informações relativas à vacinação.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal e quantitativo.

4.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento em questão (“Atitudes dos Pais sobre Vacinas na Infância”)¹³ já possui validação prévia do tipo transcultural e tradução para o português pregressas a este estudo e versa sobre a hesitação vacinal bem como a vontade dos cuidadores de que seus filhos recebam os imunizantes. O instrumento foi subdividido nas seguintes seções: comportamento vacinal infantil, segurança e eficácia e atitudes gerais e confiança sobre vacinas pediátricas. Ao final do questionário, os participantes foram solicitados a responder mais perguntas adicionadas pelo pesquisador relacionadas especificamente à situação vacinal da criança: hesitação perante a vacina contra a COVID-19, status vacinal atual e quanto aos imunobiológicos sazonais disponíveis no ano de 2022, qual fator justifica o receio em vacinar e, por fim, qual meio de comunicação recebe informações sobre os imunizantes.

Ademais, foram coletadas informações sociodemográficas: sexo, idade, religião, estado civil e escolaridade formal mais alta do cuidador, número de crianças no domicílio, além da renda familiar total. O questionário foi aplicado por via impressa.

4.3 População do estudo

O estudo abrangeu o público infantil de 0 a 12 anos em atendimento de consulta de rotina (puericultura). Como critério de inclusão, os cuidadores obrigatoriamente deveriam ter mais de 18 anos no momento da pesquisa, sendo considerada a resposta de apenas um cuidador por paciente. Foram excluídos da pesquisa os cuidadores que buscaram atendimento pediátrico em caráter de urgência ou emergência.

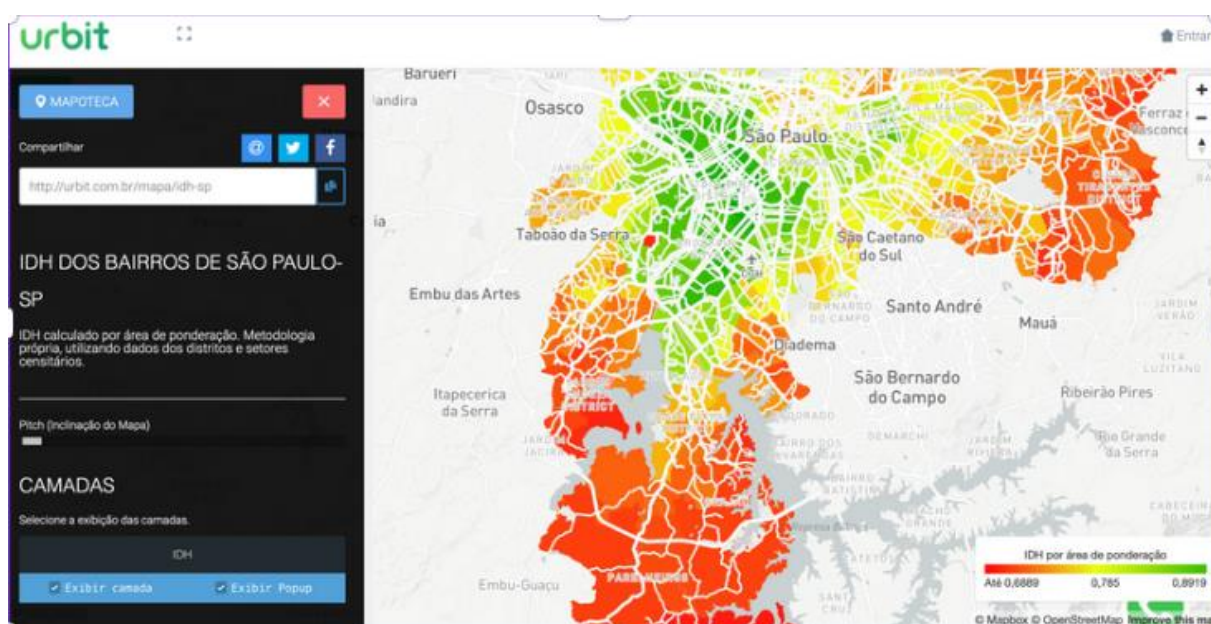
4.4 Local do estudo

Para tal pesquisa, o instrumento em questão foi aplicado em três cenários distintos: uma unidade básica de saúde, localizada no bairro Jardim Icaraí, extremo

sul da cidade de São Paulo, onde foi implantada a primeira unidade de Atendimento Médico Ambulatorial (AMA) da cidade, responsável pela atenção primária à saúde (APS) de parte dos 200 mil habitantes do Distrito Cidade Dutra; uma clínica-escola vinculada à Universidade Santo Amaro, também situada em um bairro da zona sul da mesma cidade (Jardim das Imbuías), além de um Centro Clínico ambulatorial pertencente a um dos maiores grupos de saúde suplementar (convênio) do país. Vale ressaltar que todos os cenários estão localizados na mesma subprefeitura da capital paulista (Capela do Socorro).

Tais localidades assim foram escolhidas devido a proximidade geográfica, pois estão localizadas na mesma subprefeitura, porém apresentando o diferencial nas particularidades sociodemográficas, com diferentes índices de desenvolvimento humano perpassando tal subprefeitura bem como a população estudada nos diferentes cenários analisados.

A imagem abaixo, retirada do site urbit.com.br, demonstra em escala de cores a transição do índice de desenvolvimento humano apresentado pela área de estudo, estando o extremo sul da capital, onde se localiza a UBS Jardim Icaraí, com menores índices, com aumento gradual desses valores tão logo aproxima-se à região da policlínica da Universidade Santo Amaro e, mais ainda, quando chega-se na região do centro clínico analisado.



4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir da aplicação dos instrumentos de pesquisa respondidos pelos pais e/ou responsáveis dos pacientes. Os pacientes foram selecionados ao acaso previamente aos atendimentos, contornando assim o viés de seleção. Optou-se por uma amostra de conveniência sem cálculo amostral, sendo esta amostra quantitativamente igual entre os diferentes locais de aplicação do instrumento de pesquisa (N=50 em cada um três locais, totalizando N=150).

4.6 Análise dos dados

Os dados foram organizados em gráficos e tabelas em software computadorizado para análise e interpretação. Para as análises descritivas foi utilizado o teste qui-quadrado, considerando significativos valores de $p < 0,05$.

4.7 Aspectos éticos

A participação no estudo se deu de forma voluntária, sem prever qualquer tipo de remuneração ou vantagem de outra natureza, sendo condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento, estando garantida a anonimização bem como a confidencialidade das respostas.

O projeto de pesquisa foi devidamente submetido via Plataforma Brasil, recebendo parecer positivo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Santo Amaro, com número de parecer 5.770.898.

5. RESULTADOS

A partir do presente estudo, considerando N=150, com N=50 em cada cenário de pesquisa, buscou-se informações sociodemográficas no que concerne a gênero, etna, renda familiar total em salários mínimos, nível de educação formal, religião e estado civil. Todas essas variáveis foram agrupadas na Tabela 1, estratificada de acordo com os cenários estudados.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa de acordo com variáveis demográficas e cenários de estudo.

	UBS		UNISA		CONSULTÓRIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
GÊNERO								
Feminino	47	94	42	84	35	70	124	82,7
Masculino	3	6	8	16	15	30	26	17,3
Total	50	100	50	100	50	100	150	100
ETNIA								
Branco	8	16	9	18	23	46	40	26,7
Preto	19	38	21	42	7	14	47	31,3
Mestiço	20	40	15	30	4	8	39	26
Amarelo/indígena	3	6	5	10	16	32	24	16
Total	50	100	50	100	50	100	150	100
RENDA FAMILIAR								
Até 1 salário mínimo	33	66	32	64	0	0	65	43,3
2 a 4 salários mínimos	17	34	15	30	25	50	57	38
5 a 10 salários mínimos	0	0	3	6	25	50	28	18,7
Total	50	100	50	100	50	100	150	100
EDUCAÇÃO								
Ensino Fundamental Incompleto	6	12	1	2	0	0	7	4,6
Ensino Fundamental completo	16	32	11	22	0	0	27	18
Ensino Médio Incompleto	9	18	18	36	0	0	27	18
Ensino Médio completo	18	36	19	38	11	22	48	32
Ensino Superior incompleto	1	2	1	2	18	36	20	13,4
Ensino Superior completo	0	0	0	0	14	28	14	9,4
Pós-graduação incompleta	0	0	0	0	7	14	7	4,6
Total	50	100	50	100	50	100	150	100
RELIGIÃO								
Católico	18		21		21		60	
Protestante	31		27		24		82	
Budista	0		1		0		1	
Judeu	0		0		1		1	
Umbanda	1		0		0		1	
Espírita	0		0		1		1	
Ateu	0		1		3		4	
Total	50		50		50		150	
ESTADO CIVIL								
Com companheiro	24	48	29	58	38	76	91	60,7
Sem companheiro	26	52	21	42	12	24	59	39,3
Total	50	100	50	100	50	100	150	100

Fonte: o autor

Quanto às vacinas recusadas, a tabela a seguir compila as vacinas presentes no PNI juntamente à recusa para cada uma delas por cenário estudado.

Tabela 2 - Recusa vacinal por imunizante disponível no PNI em cada cenário estudado.

	UBS	UNISA	Consultório	Total
BCG	0	0	0	0
Hepatite B	0	0	0	0
Pneumo 10	0	0	0	0
Pentavalente	0	0	0	0
Poliomielite	0	0	0	0
Rotavírus	0	1	1	2
Meningo C	0	0	0	0
Tríplice viral	0	0	0	0
Influenza	8	2	18	28
Febre amarela	1	0	4	5
Tríplice viral	0	0	0	0
Sarampo	2	0	4	6
Papilomavírus humano (HPV)	0	0	0	0
COVID-19	8	1	22	31
Total	19	4	49	67

Fonte: o autor.

Embora não seja significativa, pode-se perceber que o consultório apresenta comportamento com mais recusas que os demais cenários estudados ($X^2=9,22$ e $p=0,3240NS$).

Quando se perguntou sobre a motivação para recusar vacinação às crianças sob sua tutela, a maioria dos entrevistados nos cenários UBS (60%) e UNISA (82%) afirmaram não apresentar nenhum grau de receio. Já no consultório, a maior parte da recusa está atrelada à descrença na eficácia das vacinas, percentual este que chega a 52%. Para tal resultado tivemos $X^2= 47,33$ e $p< 0,0001$.

Tabela 3 - Recusa vacinal por imunizante disponível no PNI em cada cenário estudado.

	UBS	UNISA	Consultório	Total
Sem receio	30	41	12	83
Medo	12	9	12	33
Não acredita	8	0	26	34
TOTAL	50	50	50	150

Fonte: o autor.

No momento que se buscou saber sobre já ter atrasado ou não a imunização dos seus filhos e/ou tutelados, 58% dos acompanhantes das crianças no consultório afirmaram já ter atrasado a vacinação dos menores. Analisando todos os cenários reunidos, obteve-se que 31% de todos os participantes da pesquisa já atrasaram em algum momento o calendário vacinal dos menores, com maior taxa de atraso no consultório (58%), seguido da UBS e UNISA (26% e 10%, respectivamente).

Tabela 4 - Atraso vacinal por cenário estudado.

Atraso vacinal	UBS	UNISA	Consultório	Total
Sim	13	5	29	47
Não	37	45	21	103
Total	50	50	50	150

Fonte: o autor.

Para a obtenção de tal resultado, teve-se $X^2=27,76$ e $p < 0,0001$ através do teste qui-quadrado.

Buscando entender os meios de comunicação mais acessados para a obtenção de informações acerca dos imunizantes encontrou-se que, independente do cenário, a mídia televisiva (TV) se faz importante veículo de informação no território estudado, seguida das redes sociais. Porém, abordando exclusivamente o cenário consultório, as mídias sociais ultrapassam em mais de duas vezes o contingente de pessoas que se informam pela televisão, como se pode analisar no gráfico abaixo. Para obtenção dos resultados abaixo listados na tabela 5, utilizou-se o teste qui-quadrado com $X^2=38,27$ e $p < 0,0001$.

Tabela 5 - Veículos de comunicação utilizados para obter informações acerca de vacinação por cenário estudado.

	UBS	UNISA	Consultório	Total
Nenhum	10	8	0	18
TV	26	27	13	66
Rádio	3	2	1	6
Redes sociais	11	13	32	56
Artigos	0	0	4	4
Total	50	50	50	150

Fonte: o autor.

Ademais, tendo em vista o panorâmico pandêmico no qual este estudo se iniciou, buscou-se entender o grau de receio especificamente quanto ao imunizante contra o coronavírus. Pode-se perceber, pois, que no cenário do consultório de saúde suplementar, 74% dos tutores de crianças de 0 a 12 anos tiveram algum receio quanto a este imunizante em específico. O que nos leva a crer, considerando as respostas do mesmo grupo, que tal porcentagem versa às parcelas da tabela 3, quando elenca-se medo de efeitos colaterais e descrença na eficácia das vacinas como motivos para a recusa e/ou hesitação vacinal.

Tabela 6 - Confiança ou apreensão em relação à vacina COVID-19 e à vacinação de crianças com as doses disponíveis.

	UBS		UNISA		CONSULTÓRIO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
COVID-19								
Sim	20		9		37		66	
No	30		41		13		84	
Não	50		50		50		150	
TODAS AS DOSES CONTRA COVID-19								
Sim	42		49		28		119	
Não	8		1		22		31	
Total	50		50		50		150	

Fonte: o autor

Para tal análise, o teste qui-quadrado teve $X^2 = 32,31$ e $p < 0,0001$.

Dando mais ênfase no imunizante contra a COVID-19, quando questionados se ofereceram todas as doses disponíveis desta vacina aos seus tutelados, obteve-se que quantidade expressiva de crianças na UBS e no ambulatório-escola vinculado à uma instituição de ensino receberam todas as doses possíveis. Ao mesmo tempo, pouco mais da metade dos pacientes do consultório particular (56%) obtiveram a carteira de vacinação completa para tal imunizante. Para este quesito, o teste qui-quadrado foi de $X^2 = 25,19$ e $p < 0,0001$.

Ao final do questionário, os pais e/ou cuidadores foram indagados se deixaram de vacinar seus tutelados em algum momento da vida. O resultado obtido mostra que maioria expressiva dos responsáveis por crianças nos cenários UBS (84%) e ambulatório-escola vinculado à universidade (96%) afirma não ter deixado de vacinar as crianças sob sua responsabilidade. Cabe aqui mencionar que, para considerar tal resultado, faz-se diferença com o resultado de atraso vacinal: enquanto naquele ainda há a possibilidade da atualização do imunizante em atraso, neste resultado foi considerado apenas imunizantes não ofertados e que não se pode ou não se tem mais o interesse na oferta.

Tabela 7 – Panorama geral da recusa vacinal por cenário.

	Deixou de vacinar o tutelado			Total
	UBS	UNISA	Consultório	
Sim	8	2	22	32
Não	42	48	28	118
Total	50	50	50	150

Fonte: o autor.

Para esta pergunta, a análise estatística obteve $X^2 = 27,89$ e $p < 0,0001$.

6. DISCUSSÃO

Independente do cenário, o gênero feminino (82,7%) foi significativamente mais frequente do que os acompanhantes do gênero masculino, com teste do qui quadrado $X^2=10,14$ e $p=0,0063$.

O presente estudo evidenciou a predominância de cuidadoras do sexo feminino em todos os ambientes, destacando diferenças socioeconômicas e educacionais. A presença predominante de mulheres como cuidadoras em vários ambientes sugere influências culturais e sociais significativas, destacando a necessidade de uma investigação mais detalhada para compreender o seu impacto nas decisões relativas à saúde infantil. Esta constatação está alinhada com estudo realizado em Fortaleza, Ceará, que identificou predomínio do sexo feminino em papéis de cuidadores, principalmente as mães como cuidadoras primárias ou únicas de seus filhos¹⁷.

No que concerne à raça/cor, a população dos cenários UBS e UNISA guardam similaridades entre as amostras, com predomínio semelhante na proporção entre negros e pardos como maioria, ao passo que no ambiente de saúde suplementar o grupo majoritário foi de cor branca (46%). Para tal resultado, obtivemos $p<0,0001$ ($X^2=40,43$).

No que tange à renda familiar, quantificada em salários mínimos (sm) vigente em território brasileiro no momento da aplicação do questionário (R\$ 1302,00), foi possível constatar que a porcentagem de famílias enquadradas nos grupos de renda familiar de até 1 sm e 2 a 4 sm foram significativamente maiores do que a observada no grupo 5 a 10 sm.

Outrossim, vale ressaltar que, para os grupos UBS e UNISA a predominância de até 1sm se sobrepõe às demais estratificações de renda, ao passo que o grupo consultório se divide igualmente entre 2 a 4 e 5 a 10 sm. Para tal resultado, o teste qui-quadrado aplicado apresentou $X^2=75,40$ e $p < 0,0001$.

Quanto ao quesito escolaridade formal mais alta, os acompanhantes de pacientes menores no cenário consultório apresentaram maior nível de escolaridade,

com predomínio de graduação incompleta (36%), ao passo que tanto o UBS quanto UNISA apresentam predomínio de acompanhantes com ensino médio completo (36 e 38%, respectivamente). Para tal análise, obtivemos $X^2=115,0$ e $p < 0,0001$.

Quando o tópico em questão se trata da religião, as de base cristã são predominantes em todos os cenários, com a protestante (82%) seguida da católica (60%). Para esta análise, obtivemos $X^2=12,70$ e $p=0,3910$.

As perguntas do instrumento de pesquisa em modelo de escala likert, cujas possibilidades de respostas variaram desde concordo totalmente a discordo totalmente, com os intermediários “concordo parcialmente”, “não concordo nem concordo” e “discordo parcialmente”, foram agrupados em dois grandes grupos, dos quais um foi constituído como “concordo em algum grau”, composto por concordo total e parcialmente, enquanto que o “discordo em algum grau”, foi composto por discordo total e parcialmente. A possibilidade de resposta “não concordo nem concordo” não foi considerada nestas respostas, para melhor análise dos resultados. Sendo assim, na pergunta sobre se seguir corretamente o calendário vacinal era bom para a criança, todos os responsáveis concordaram em algum grau. Da mesma forma, quando afirmado que muitas das doenças que as vacinas previnem são graves, obteve-se concordância em 100% dos acompanhantes. No mesmo sentido, todos os acompanhantes discordaram em algum grau quando afirmado que seria melhor que a criança adoecesse à tomar alguma vacina. Quanto à confiança em todas as vacinas infantis, no geral, houve 75% de algum grau de desconfiança por parte dos pais e/ou cuidadores de menores que compareceram ao consultório de saúde suplementar.

Houve uma recusa crescente nas vacinas sazonais, uma influência das restrições de idade na recusa da vacina contra o rotavírus humano, além de uma tendência para taxas de recusa mais elevadas no ambiente do consultório. Diversos motivos de recusa vacinal foram levantados, incluindo a desconfiança na eficácia da vacina, principalmente no ambiente de consultório médico particular. Os atrasos na imunização foram mais frequentes no consultório quando comparado à UBS ou clínica escola, e motivos de hesitação especificamente em relação à vacina contra o coronavírus foram enfatizados.

Vale aqui ressaltar que os dados obtidos neste estudo corroboram as informações disponíveis em literatura, as quais reiteram a recusa crescente das vacinas sazonais para influenza e sarampo, bem como a vacina para febre amarela.

O entendimento da recusa ou não vacinação para rotavírus humano deve levar em consideração que este imunizante é um dos poucos com limite etário para ser fornecido, devendo, pois, a primeira dose ser administrada entre 2 e 3 meses de idade, sendo a idade limite de 3 meses e meio, enquanto a segunda dose a partir dos 4 meses até 5 meses de idade, podendo ser administrada até 5 meses e meio conforme o calendário de vacinação do MS.¹⁸

Também é válido mencionar que algumas crianças apresentaram mais de uma vacina em falta, o que pode gerar valores absolutos de recusa mais altos do que as porcentagens dos outros resultados neste estudo listadas.

Taxas variadas de administração completa da vacina contra a COVID-19 foram observadas, enquanto a maioria dos participantes da pesquisa da UBS relatou não ter faltado vacinar seus filhos, considerando vacinas não oferecidas ou desinteressadas.

A disparidade racial observada em diferentes ambientes, com maior representação de negros e pardos na UBS e UNISA, e uma prevalência de indivíduos brancos acessando ambientes de saúde suplementar sublinha a influência das condições socioeconômicas na acessibilidade aos serviços de saúde. A correlação entre cuidadores; renda familiar e escolaridade com contextos específicos sugere a necessidade de políticas de saúde mais abrangentes para atender realidades socioeconômicas e educacionais diversas.

Embora a prevalência do cristianismo em todos os ambientes não demonstraram uma diferença estatisticamente significativa entre grupos, aspectos culturais e crenças podem influenciar as atitudes em relação à saúde e à vacinação. É crucial explorar como esses fatores podem impactar a adesão às práticas de imunização e cuidado preventivo; em alguns casos, a não vacinação está mais relacionada ao serviço de saúde acessado do que especificamente à população¹⁹.

A análise revelou um aumento progressivo na recusa de vacinas sazonais contra a gripe e sarampo. Este cenário ficou particularmente evidente na recusa contra o rotavírus, em grande parte influenciada pelas restrições de idade para administração. Além disso, foi observado que em alguns casos as crianças não receberam mais de uma vacina, contribuindo para um aumento absoluto nas taxas de recusa. No estudo de Figueiredo et al., um dos motivos para a recusa deveu-se à falta de conhecimento sobre as vacinas atualmente disponíveis. Interessantemente,

embora não tenha alcançado significância estatística, houve uma tendência de maiores taxas de recusa em contextos de clínica/consultório quando comparados com outros contextos analisados. Esta tendência sublinha a necessidade de compreender melhor os fatores que podem influenciar a aceitação ou recusa das vacinas, particularmente em ambientes de saúde particular, a fim de implementar estratégias que promovam maior adesão ao processo de vacinação.

Ao analisar os motivos da recusa da vacinação infantil, diferentes perspectivas surgiram nos ambientes de saúde sob investigação. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na clínica escola vinculada à Universidade Santo Amaro (UNISA), a maioria dos entrevistados negou a recusa, com índices de 60% e 82%, respectivamente. No entanto, nos consultórios médicos, a desconfiança na eficácia da vacina foi identificada como causa primária, afetando 52% das decisões de recusa. A questão da desconfiança se alinha com resultados de outro estudo realizado em São Paulo, que destacou que grandes os motivos de hesitação estavam ligados à confiança, conveniência, complacência ou outros motivos desconhecidos.

A maioria das dúvidas originou-se de questões de confiança²⁰. Num relatório técnico de 2017 do Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças, os resultados mostraram hesitação em vacinar devido à falta de confiança, complacência e conveniência da vacina, rotulada como modelo 3C²¹. Além disso, ao explorar a questão dos atrasos na vacinação, constatou-se uma disparidade significativa observada entre diferentes ambientes. No consultório médico, 58% dos cuidadores admitiram atrasos, contrastando com médias mais baixas de 26% e 10% no UBS e UNISA, respectivamente. Essa discrepância sublinha a necessidade de estratégias específicas para mitigar os atrasos na imunização, especialmente em contextos clínicos onde a prevalência destes atrasos tem demonstrado ser mais proeminente²².

Em países como a Itália, onde as taxas de vacinação infantil estavam em queda, a estratégia adotada envolveu leis mais rigorosas que afetam a admissão escolar²³. A hesitação vacinal não é um fenômeno novo, mas a preocupação específica em relação ao coronavírus vacina em meio à pandemia pode ter aumentado, já que a aceitação da vacina é maior quando há confiança em sua eficácia e segurança²¹, algo não testemunhado no Brasil.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que a frequência da recusa vacinal se deu em maior grau às vacinas contra imunizantes sazonais, com ênfase à vacina contra influenza e COVID-19, das decisões sobre cuidados de saúde infantil e seus impactos socioeconômicos. Conclui ainda que a recusa vacinal foi mais presente no serviço de saúde suplementar quanto comparado ao sistema público.

Ademais, a pesquisa revelou que os motivos para tal recusa foram: sequelas a longo prazo, eventos adversos agudos e dúvidas quanto a eficácia dos imunizantes. Revela a hesitação em vacinar, particularmente em ambientes de saúde suplementar, ao passo que pais assistidos por serviço-escola demonstraram maior clareza quanto a vacinação no geral.

Através deste trabalho observou-se que a televisão seguida das redes sociais se firmaram como o principal meio de comunicação para obter informações sobre o tema em questão.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências trazidas pelo estudo destacam a necessidade de políticas de saúde mais inclusivas, adaptadas a diversos contextos socioeconômicos. Ao mesmo tempo, se faz necessário realizar investigação aprofundada sobre as raízes desta hesitação, considerando aspectos culturais e nuances demográficas, no afã de alcançar uma compreensão abrangente das atitudes em direção à vacinação infantil.

A partir do presente trabalho evidenciou-se que explorar estratégias específicas para melhorar a aceitação vacinal e adesão em vários contextos de ambiente de saúde suplementar podem ser fundamentais para o avanço da saúde pública e imunização infantil.

ANEXO A**Instrumento de Coleta de Dados - Atitudes dos Pais sobre Vacinas na Infância**

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Raca/cor: () Branco () Pardo () Amarelo/Índio () Negro

Estado civil: () Sem companheiro(a) () Com companheiro(a)

Religião:

() Cristão - Católico

() Umbandista

() Cristão - Protestante/Evangélico

() Espírita

() Budista

() Ateu

() Judeu

Outra: _____

Renda Familiar total:

() Até 2 salários mínimos

() 2 a 4 salários mínimos

() 5 ou mais salários mínimos

Quantas crianças (0 - 12 anos) residem em casa?

() 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

Formação acadêmica (considerar a maior):

() Ensino Fundamental Incompleto

() Graduação Completa + Pós-graduação Incompleta

() Ensino Fundamental Completo +
Ensino Médio Incompleto

() Pós-graduação Completa

() Ensino Médio Completo +
Graduação Incompleta

As seguintes perguntas serão feitas em relação ao cuidador:

1. Você já atrasou a vacinação do seu filho?

Sim Não

2. Você já deixou de vacinar seu filho?

Sim Não

3. "Seguir corretamente o calendário de vacinação é bom para a saúde do meu filho."

Concordo totalmente;

Concordo parcialmente;

Nem concordo, nem discordo;

Discordo parcialmente;

Discordo totalmente.

4. "As crianças recebem mais vacinas do que elas necessitam."

Concordo totalmente;

Concordo parcialmente;

Nem concordo, nem discordo;

Discordo parcialmente;

Discordo totalmente.

5. "Acredito que muitas das doenças que as vacinas previnem são graves."

Concordo totalmente;

Concordo parcialmente;

Nem concordo, nem discordo;

Discordo parcialmente;

Discordo totalmente.

6. "É melhor que o meu filho adoença do que ele tomar vacina."

Concordo totalmente;

Concordo parcialmente;

Nem concordo, nem discordo;

Discordo parcialmente;

Discordo totalmente.

7. No geral, o quanto você duvida, ou desconfia, das vacinas infantis?

Nenhuma desconfiança ou dúvida;

Não tenho desconfiança ou dúvida;

Não tenho certeza;

Um pouco desconfiante ou duvidoso;

Muito desconfiante ou duvidoso

8. Você teve algum receio ou hesitação para vacinar o menor contra a COVID-19?

Sim Não

9. O menor está adequadamente vacinado conforme a faixa etária de acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI)?

Sim Não

10. Caso a resposta anterior tenha sido "Não", qual vacina está em falta?

BCG

Pneumocócica 10

DTP/DTPa

Hepatite B

Rotavírus

Meningocócica C

- HPV VOP/VIP Varicela
 Pentavalente Febre Amarela Tríplice Viral

11. O menor recebeu as campanhas de vacinação disponíveis nos últimos 12 meses (influenza 2022, Tríplice Viral e poliomielite)?

- Sim, todas Não Recebeu parcialmente

12. Seu filho foi vacinado com todas as doses possíveis de alguma vacina relatada como eficaz contra a COVID-19?

- Sim Não Imunização incompleta

13. Qual(s) o(s) motivo(s) para a hesitação ou não imunização do menor com relação a vacinas não-COVID19? (possível assinalar mais de um motivo, em ordem de importância)

- Medo de sequelas que a vacina pode trazer no futuro.
 Medo de efeito colateral da vacina (febre, dor, calafrios).
 Não acreditar no efeito da vacina.
 Dificuldade para chegar ao local de vacinação.
 Religioso.
 Falta de tempo.
 Outros: _____
 Não aplicável (vacinação completa, incluindo para COVID-19)

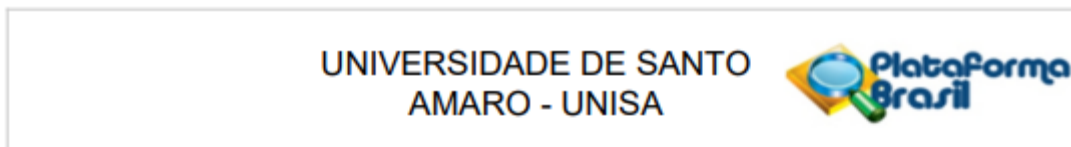
14. Qual dos seguintes veículos de comunicação você mais utiliza para se informar sobre vacinas?

- Televisão (por exemplo: telejornais e programas televisivos).
 Rádio (por exemplo: programas de rádio e podcasts).

() Redes sociais (por exemplo: notícias em perfis pessoais ou perfis de jornais digitais).

() Artigos e revistas científicas.

ANEXO B - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) UNISA



Continuação do Parecer: 5.770.898

grupo de pais e cuidadores que vacinaram as crianças sob seus cuidados versus os que hesitaram ou recusaram a vacinação dos menores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos:

O presente estudo apresenta como risco desconforto ao responder as perguntas do questionário.

Benefícios:

O benefício esperado com a pesquisa será compreender os motivos que levam os cuidadores a recusarem ou hesitarem a vacinação em crianças.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Trata-se de um estudo transversal quanti-qualitativo, tendo seus dados coletados na cidade de São Paulo - SP. Para tal pesquisa será aplicado um

questionário a ser respondido pelos pais e cuidadores de pacientes de 0 a 12 anos que comparecerem às consultas de rotina em serviço médico

pediátrico da Universidade Santo Amaro. O instrumento em questão ("Atitudes dos Pais sobre Vacinas na Infância") já possui validação prévia¹ a

este estudo e versa sobre a hesitação vacinal bem como a vontade própria dos cuidadores e de seus filhos para receber imunizantes. Como critério

de inclusão, os cuidadores deverão ter mais de 18 anos no momento da pesquisa e só será considerada a resposta de um cuidador por paciente.

Serão excluídos da pesquisa os cuidadores que buscarem atendimento pediátrico em caráter de urgência ou emergência, além de crianças com

comorbidades bem como adolescentes maiores de 12 anos. O instrumento foi subdividido nas seguintes seções: comportamento vacinal infantil,

segurança e eficácia e atitudes gerais e confiança sobre vacinas pediátricas. Ao final do questionário, os participantes serão solicitados a responder

mais perguntas relacionadas especificamente à situação vacinal da criança: hesitação perante a vacina contra a COVID-19, status vacinal atual e

quanto aos imunobiológicos sazonais disponíveis no ano de 2022, qual fator justifica o receio em vacinar e, por fim, qual meio de comunicação o

cuidador recebe informações sobre os imunizantes. Juntamente à pesquisa serão coletadas informações sociodemográficas dos participantes:

sexo, idade, religião, estado civil e escolaridade formal mais alta do cuidador, número de outras

Endereço: Rua Profº Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 5.770.898

crianças no domicílio, além da renda familiar total. O questionário será aplicado por via impressa. A participação no estudo se dará de forma voluntária e não prevê qualquer tipo de remuneração ou vantagem de outra natureza, sendo condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento, estando garantida a anonimização bem como a confidencialidade das respostas.

Critério de Inclusão:

Como critério de inclusão, os cuidadores deverão ter mais de 18 anos no momento da

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: assinada e adequada;
- Metodologia: adequada;
- Questionário: atende aos princípios éticos ao participante de pesquisa;
- TCLE: adequado;
- Carta de anuência: adequada e assinada;
- Termo de confidencialidade dos dados: adequado.
- Cronograma adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2047110.pdf	20/11/2022 18:46:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Assentimento.docx	20/11/2022 18:43:35	LUCAS DE BRITO COSTA	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	20/11/2022 18:42:36	LUCAS DE BRITO COSTA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO.pdf	20/11/2022 18:40:21	LUCAS DE BRITO COSTA	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.pdf	20/11/2022 18:31:45	LUCAS DE BRITO COSTA	Aceito
Folha de Rosto	FRLucasBrito.pdf	20/11/2022	LUCAS DE BRITO	Aceito

Endereço: Rua Profª Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbulas

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

UNIVERSIDADE DE SANTO
AMARO - UNISA



Continuação do Parecer: 5.770.898

Folha de Rosto	FRLucasBrito.pdf	18:29:16	COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1PreProjeto.pdf	10/11/2022 22:27:24	LUCAS DE BRITO COSTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEVersaoFinal.pdf	10/11/2022 22:19:54	LUCAS DE BRITO COSTA	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta.pdf	10/11/2022 22:19:06	LUCAS DE BRITO COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 22 de Novembro de 2022

Assinado por:
Ana Paula Ribeiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof Enéas de Siqueira Neto, 340

Bairro: Jardim das Imbuías

CEP: 02.450-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2141-8687

E-mail: pesquisaunisa@unisa.br

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Report of the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy [Internet]. WHO; 2014.
2. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33(34):4161-4164.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
4. Succi RCM. Vaccine refusal: what we need to know. *JPediatr (Rio J)* 2018; 94(6):574-581.
5. “Como Reverter Queda Na Cobertura Vacinal.” Fiocruz, 30 set. 2023, portal.fiocruz.br/noticia/projeto-indica-como-reverter-queda-na-cobertura-vacinal. Accessed 30 Sept. 2023.
6. Rezende, J. M. Varíola: uma Doença Extinta. In: *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina* [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009, pp. 227-230. *História da Medicina series*, vol. 2. ISBN 978-85-61673-63-5.
7. Pindyck T, Tate JE, Parashar UD: A decade of experience with rotavirus vaccination in the United States - vaccine uptake, effectiveness, and impact. *Expert Rev Vaccines*. 2018, 17: 593-606.
8. Sánchez-Sampedro L, Perdiguero B, Mejías-Pérez E, García-Arriaza J, Di Pilato M, Esteban M: The evolution of poxvirus vaccines. *Viruses*. 2015, 7:1726-1803. 10.3390/v7041726
9. Plotkin S. History of vaccination. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014 Aug 26;111(34):12283-7. doi: 10.1073/pnas.1400472111. Epub 2014 Aug 18. PMID: 25136134; PMCID: PMC4151719.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações. Relatório técnico no 01/2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS: critérios para orientar o processo de decisão para introdução da vacina contra a dengue no Programa Nacional de Imunizações (PNI) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2023 set 8]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/05/relatorio-01-criterios-orientar-decisao-vacina-dengue.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria do Ministro da Saúde nº 452/NR, de 6 de dezembro de 1976. Institui, em todo o território nacional, os calendários de vacinação. *Diário Oficial da União* 1977; 2 fev.
12. Ministério da Saúde (BR). Linha do Tempo - Coronavírus [Internet]. Anvisa. [citado 5 de setembro de 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/linha-do-tempo>
13. Santos CJS, Costa PJMS. Adaptação transcultural e validação para o Português (Brasil) do Parent Attitudes About Childhood Vaccine (PACV). 20657 - 2070.
14. Global Vaccine Action Plan: http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en, accessed 16.09.2023

15. Victora CG. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: o desafio da equidade. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2013 abr-jun [citado 2019 jul 29];22(2):201-2. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n2/v22n2a01.pdf>. doi: 10.5123/S1679-49742013000200001
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação do sarampo no Brasil – 2019. *Informe Epidemiol* [Internet]. 2019 jan [citado 2019 ago 8];36:1-8. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf>
17. Menezes MS, Maia IB. The family's involvement in the care process of hospitalized children. *Serv Soc Saude*. September 4, 2020;19:e020005. <https://doi.org/10.20396/sss.v19i0.8661082>.
18. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. *Informe Técnico sobre Doença Diarréica por Rotavírus: Vigilância Epidemiológica e Prevenção pela Vacina Oral de Rotavírus Humano – VORH - 1o de março/2006*. Doc. Elaborado pela COVEH/CGDT e CGPNI do DEVESP/SVS/MS/Brasília.
19. Figueiredo GL, Pina JC, Tonete VL, Lima RA, Mello DF. Experiences of families in the immunization of Brazilian children under two years old. *Rev Lat Am Enferm*. Jun 2011;19(3):598-605. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000300020>
20. Brown AL, Sperandio M, Turssi CP, Leite RMA, Berton VF, Succi RM, Larson H, Napimoga MH. Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2018 Sep 21;34(9):e00011618. doi: 10.1590/0102-311X00011618. PMID: 30281705.
21. Ryan J, Malinga T. Interventions for vaccine hesitancy. *Curr Opin Immunol*. Ago 2021;71:89-91. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2021.05.003>
22. Barbieri CL, Couto MT, Aith FM. Culture versus the law in the decision not to vaccinate children: meanings assigned by middle-class couples in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017 Mar 9;33(2):e00173315. Portuguese, English. doi: 10.1590/0102-311X001733/15. PMID: 28300971.
23. Bianco A, Mascaro V, Zucco R, Pavia M. Parent perspectives on childhood vaccination: How to deal with vaccine hesitancy and refusal? *Vaccine* [Internet]. Fev 2019;37(7):984-90. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.12.062>