



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Janaína Alves Benício

**IMUNIZAÇÃO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: HESITAÇÃO VACINAL
ENTRE PAIS E PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS**

João Pessoa/PB

2023

Janaína Alves Benício

IMUNIZAÇÃO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: HESITAÇÃO VACINAL
ENTRE PAIS E PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal da Paraíba - UFPB.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Sueli Marques Soares

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção em Saúde

João Pessoa/PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

B467i Benício, Janaína Alves.

Imunização infantil na atenção primária em saúde:
hesitação vacinal entre pais e perspectiva de
profissionais / Janaína Alves Benício. - João
Pessoa, 2023.

72 f.

Orientação: Maria Sueli Marques Soares.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde pública. 2. Imunização. 3. Atenção primária
à saúde. I. Soares, Maria Sueli Marques. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)



ATA DE SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO - TCM

Curso de Pós-Graduação MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	Nucleadora UFPB
Ata da Sessão de Defesa de TCM do (a) Mestrando(a) Janaína Alves Benício	
Realizada no Dia 13/02/2023	

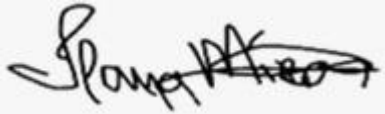
Às **09:00** horas do dia **13** do mês de **fevereiro** do ano de **2023** realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão de Mestrado, da discente **Janaína Alves Benício** intitulado:

IMUNIZAÇÃO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: HESITAÇÃO VACINAL ENTRE PAIS E PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS

A banca examinadora foi composta pelas professoras doutoras **Maria Sueli Marques Soares**, orientador, **Ardigleusa Alves Coelho** e **Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva**. A sessão foi aberta pela Coordenadora do Curso de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para a candidata. Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição da mestranda. O primeiro examinador foi a professora doutora **Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva**. Logo após procederam^a arguição as professoras doutoras **Ardigleusa Alves Coelho** e **Maria Sueli Marques Soares**.

Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do(a) mestrando(a). A banca examinadora considerou **APROVADO** o trabalho da discente. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às **11h 30** horas, e eu **Maria Sueli Marques Soares**, orientadora do programa Pós-Graduação do MPSF, Nucleadora **UFPB** lavrei presente ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

Profa. Dra. Maria Sueli Marques Soares – Orientadora/Universidade Federal da Paraíba



Profa. Dra. Ilana Mirian Almeida Felipe da Silva – Examinador externo/Universidade Federal do Maranhã (UFMA)



Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coelho - Examinador interno/Universidade Federal da Paraíba

JOÃO PESSOA, 13 de fevereiro, de 2023.

À Deus, por ser meu alicerce e força. Aos meus pais, por todo esforço e apoio para que meus sonhos se tornassem realidade, este foi mais um.

AGRADECIMENTOS

Inúmeras pessoas fizeram parte dessa jornada, inicio agradecendo à Deus e a Virgem Mãe Rainha por ter concedido a graça de realizar esse mestrado, era um sonho muito antigo. Aos meus pais, Francisco de Assis e Jusinete Benício, que sempre estiveram ao meu lado, incentivando o meu crescimento profissional. As minhas irmãs Kaliane Benício e Dannielly Benício, que já estão trilhando o caminho da docência, vocês são exemplos de força e determinação para mim. A minha irmã Mabel Benício, minha companheira do dia a dia e presente sempre que precisei. Ao meu companheiro de vida, Tiago Almeida, por me amar, incentivar e entender minhas ausências para que eu chegasse até aqui. Aos professores do curso, em nome da minha orientadora Sueli Marques, que com grande maestria repassaram seus conhecimentos e foram brilhantes durante todo o processo. Aos amigos pessoais e colegas profissionais, que foram incentivo, valorizando meu esforço para conciliar meu trabalho com os estudos. Enfim, foram dias desafiantes, enfrentar um mestrado em tempos de pandemia, porém encerro esse ciclo grata por sair mais resiliente e certa que sou uma nova pessoa e profissional, mais madura e segura em busca sempre dos meus sonhos.

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não tem alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.”

(Augusto Cury)

RESUMO

As vacinas foram desenvolvidas com intuito de prevenir doenças e salvar vidas, o Programa Nacional de Imunização tem identificado queda na cobertura vacinal, com ressurgimento de doenças preveníveis. A Hesitação Vacinal, está entre esses fatores e tem preocupado gestores e pesquisadores devido ao seu aumento. O objetivo do estudo foi analisar a Hesitação Vacinal entre pais e perspectiva dos profissionais de saúde acerca da imunização infantil na Atenção Primária em Saúde, no município de São Bentinho-PB. Realizou-se um estudo observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 200 pais do público infantil, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do referido município, e por 23 profissionais das equipes de saúde. Os dados obtidos foram processados em programa SPSS, com análise descritiva, e aplicado teste qui quadrado, considerando significantes valores $p < 0,05$. Quanto aos resultados relativos aos pais do público infantil, observou-se que a maioria era do sexo feminino ($n=190$, 95%), sendo a mãe ($n=182$, 91%) a responsável principal. A prevalência de Hesitação Vacinal foi de 0,5% (1/200). Os pais acreditavam que seria melhor para seus filhos receberem menos doses de vacinas por vez (44%) e que as crianças recebiam mais doses de vacinas do que necessitavam (13%). Embora 40,5% dos pais, tenha referido atrasar (28%) ou deixado de vacinar seus filhos (12,5%), e que 30,5% se preocupassem com possíveis eventos adversos vacinais, a maioria achava importante seguir o calendário de vacinação (99,5%), bem como declararam intenção de continuar a vacinar seus filhos no futuro (99,5%). A maioria dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (65,2%), não possuíam curso sobre vacinação. Mais da metade (52,2%) sabia identificar dificuldades que podiam levar os pais à Hesitação Vacinal. Os resultados indicam baixa prevalência de Hesitação Vacinal; sugerem confiança dos pais no processo de vacinação e nos profissionais, embora afirmem ter medo das reações vacinais graves; os pais apresentam elevado nível de intenção para vacinação infantil, porém se observa baixo nível de adesão; atualização de informações dos profissionais e repasse aos pais se faz necessária e poderá contribuir positivamente no processo da vacinação mais eficaz.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Imunização. Hesitação Vacinal.

ABSTRACT

Vaccines were developed with the aim of preventing diseases and saving lives, the National Immunization Program has identified a drop in vaccine coverage, with a resurgence of preventable diseases. Vaccine Hesitation is among these factors and has worried managers and researchers due to its increase. The objective of the study was to analyze Vaccine Hesitation among parents and the perspective of health professionals about child immunization in Primary Health Care, in the city of São Bentinho-PB. An observational, cross-sectional and descriptive study was carried out, with a quantitative approach. The sample consisted of 200 parents of children, registered in the Family Health Strategy of that municipality, and 23 professionals from the health teams. The data obtained were processed in the SPSS program, with descriptive analysis, and the chi-square test was applied, considering significant $p < 0.05$ values. As for the results regarding the parents of children, it was observed that the majority were female ($n=190$, 95%), with the mother ($n=182$, 91%) being the main guardian. The prevalence of Vaccination Hesitation was 0.5% (1/200). Parents believed that it would be better for their children to receive fewer vaccine doses at a time (44%) and that children received more vaccine doses than they needed (13%). Although 40.5% of parents reported delaying (28%) or failing to vaccinate their children (12.5%), and that 30.5% were concerned about possible vaccine adverse events, most thought it was important to follow the vaccination schedule. vaccination (99.5%), as well as declared their intention to continue vaccinating their children in the future (99.5%). Most Family Health Strategy professionals (65.2%) did not have a course on vaccination. More than half (52.2%) knew how to identify difficulties that could lead parents to Vaccination Hesitation. The results indicate a low prevalence of Vaccination Hesitation; suggest parental confidence in the vaccination process and professionals, although they claim to be afraid of severe vaccine reactions; parents have a high level of intention to vaccinate children, but a low level of adherence is observed; Updating information from professionals and passing it on to parents is necessary and can contribute positively to the process of more effective vaccination.

Keywords: Primary Health Care. Immunization. Vaccine Hesitation.

LISTA DE SIGLAS

RAS - Rede de Atenção à Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

PNI - Programa Nacional de Imunização

SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SAGE - Strategic Advisory Group of Experts

WG - Working Group

HV - Hesitação Vacinal

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACV - Parent Attitudes About Childhood Vaccine

PACV-Brasil - Atitude de Pais sobre a Vacinação Infantil

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

NOB - Norma Operacional Básica

PAB - Piso da Atenção Básica

PACS - Programa Agente Comunitário em Saúde

PROESF - Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde

PMAQ - Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade

SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão

ACE - Agente de Combate às Endemias

ACS - Agente Comunitário em Saúde

CGPNI - Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

CRIE - Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais

SIPNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

DATASUS - Departamento de Informática do SUS

SI – PNI - Programa Nacional de Imunização

SI-API - Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunização

SI-AIU - Sistema de Informação de Apuração de Imunobiológicos utilizados

SI-EAVP - Sistema de Informação de Evento adverso pós-vacinação

SI-CRIE - Sistema de Informação de Centro de Referência de Imunobiológicos especiais

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

SPSS - Statistical Package for Social Science

SUMÁRIO

	RESUMO	
	ABSTRACT	
	LISTA DE SIGLAS	
1	INTRODUÇÃO	11
2	OBJETIVOS	14
2.1	Objetivo Geral	14
2.2	Objetivos Específicos	14
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1	Sistema Único de Saúde e Programa Nacional de Imunização	15
3.2	Queda da cobertura vacinal no Brasil e Movimento Antivacina	22
3.3	Abordando à Hesitação Vacinal	27
4	METODOLOGIA	33
4.1	Caracterização do Estudo	33
4.2	Local do estudo	33
4.3	População e Amostra	33
4.4	Critérios de elegibilidade	34
4.5	Método e Coleta de dados	34
4.6	Análise dos Dados	36
4.7	Aspectos Éticos	36
5	RESULTADOS	37
6	DISCUSSÃO	47
7	CONCLUSÃO	52
	REFERÊNCIAS	53
	APÊNDICE 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
	APÊNDICE 2 - Instrumento para coleta de dados (Profissionais)	63
	ANEXO 1 - Instrumento para coleta de dados / PACV- BR (PAIS)	65

1 INTRODUÇÃO

Considerada como a porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Atenção Primária em Saúde (APS), tem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como prioritária em seu processo de organização. É composta por uma equipe multiprofissional que assume responsabilidade sanitária a uma população com território definido, ofertando assistência de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, de forma integral e gratuita de acordo com as necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde da área assistida (BRASIL, 2017).

Dentre essas ações de promoção, prevenção e proteção em saúde, é essencial reconhecer a importância da vacinação como meio de prevenção, esta encontra-se intrinsecamente vinculada à APS, sendo ofertada, portanto, na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013a). O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi formulado a partir do ano de 1973, embora desde o início do século XIX sejam utilizadas vacinas no Brasil como medida de controle de doenças. Este programa é considerado uma das principais intervenções em saúde pública e tem como objetivo o controle, a erradicação e a eliminação de doenças imunopreveníveis. É regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE) (BRASIL, 2014b).

A vacinação representa um procedimento de custo menor e maior efetividade, garantindo a promoção e proteção da saúde dos indivíduos vacinados. Esta deve ser entendida como um modificador no processo da doença, uma vez que promove uma considerada diminuição da morbidade e mortalidade causada por patologias evitáveis pela imunização (MARTINS; SANTOS; ÁLVARES, 2019).

Embora as vacinas tenham importância inquestionável, atualmente muitos indivíduos são hesitantes em relação às imunizações, duvidam de seus benefícios, se preocupam com a sua segurança e/ou questionam a sua necessidade (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2022). O ressurgimento de doenças preveníveis em diversos países está inevitavelmente associado à redução na cobertura de vacinação, o que leva ao aumento de taxas de morbidade e mortalidade (SILVA, 2018). Nesse contexto, está inserida a Vacina Tríplice Viral (Sarampo, Rubéola e Caxumba) e a reintrodução do

Sarampo no Brasil. Segundo Brasil (2023a) os dados do Programa Nacional de Imunização mostra a cobertura vacinal no ano de 2018 no Brasil, onde 92,61 % da população foram vacinadas com a D1 da vacina e, 76,89% com a D2, evidenciando que a meta não foi atingida, uma vez que o Ministério da Saúde preconiza que 95% da população-alvo esteja vacinada.

A redução da cobertura vacinal foi associada à reintrodução do vírus do Sarampo e ocorrência de surtos em 11 Estados, totalizando 10.346 casos confirmados, após dois anos sem registros de casos no Brasil, onde tinha recebido em 2016 a certificação de eliminação do vírus (BRASIL, 2019a). O Boletim Epidemiológico 12 aponta que no ano de 2019, após um ano de franca circulação do vírus, o país perdeu a certificação de “país livre do vírus do sarampo”, dando início a novos surtos, com a confirmação de 20.901 casos da doença, e em 2020 foram confirmados 8.448 casos (BRASIL, 2021). Em 2021 foram confirmados 676 casos e em 2022, até a semana 25, 41 casos (BRASIL, 2022b).

Dentre os fatores que contribuem para o ressurgimento de doenças erradicadas no Brasil, há a possibilidade de que quando há ampla cobertura vacinal algumas doenças imunopreveníveis passam a não circular mais, tornando-as desconhecidas da população, fazendo com que algumas pessoas não tenham noção do perigo trazido por tais doenças, diminuindo assim a procura pela imunização (DOMINGUES *et al.*, 2020). Também como possível causa, a falta de informação e a divulgação de informações não verdadeiras, levando a Hesitação Vacinal. Vários estudos enfatizam a importância da comunicação e o vínculo da população, em vista da relevância do programa de imunização, é importante que gestores, pesquisadores e a população brasileira se mobilizem para proteger tão exitoso programa (MORAES *et al.*, 2018; SATO, 2018). Em uma revisão sistemática da literatura, realizada para determinar estratégias eficazes que poderiam ser implementadas para incentivar as famílias dos Estados Unidos da América a vacinarem seus filhos, ficou constatada a importância de compreender aspectos relacionados à população antes de implementar qualquer estratégia para a promoção da adesão às vacinas (NOUR, 2019).

O SAGE (*Strategic Advisory Group of Experts*) *Working Group on Vaccine Hesitancy* (WG) – representa o grupo de trabalho sobre Hesitação em Vacinas da Organização Mundial de Saúde (OMS), que definiu a Hesitação Vacinal como sendo um termo utilizado para caracterizar um comportamento do indivíduo em relação ao atraso na aceitação ou recusa de vacinas, apesar de sua disponibilidade nos serviços,

sendo um fenômeno comportamental complexo e específico ao contexto em que o indivíduo está inserido, variando ao longo do tempo, local e para diferentes vacinas, influenciado por fatores como complacência, conveniência e confiança. A importância dessa definição, implica em facilitar a identificação do fenômeno em distintos locais, orientar melhor para o reconhecimento de comportamentos associados e, por consequência, contribuir com a formulação de estratégias de comunicação, prevenção e educação para à saúde nessa área (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Para Santos Júnior e Costa (2022), é importante que antes do planejamento das ações de saúde para vacinação haja a identificação de grupos de indivíduos que necessitam de informações, bem como, determinar a perspectiva e as necessidades da população-alvo, e adaptar as abordagens de intervenção, visando propor ações capazes de transpor eventuais barreiras que impeçam a aplicação das vacinas. No Brasil, embora a Hesitação Vacinal seja um problema reconhecido, sua mensuração e reconhecimento ainda é um desafio (PÔRTO; PONTE, 2003; SATO, 2018). Recentemente, o *Parent Attitudes About Child Hood Vaccine – PACV*, um instrumento desenvolvido em Washington-EUA, foi validado no Brasil e denominado PACV-Brasil (Atitude de Pais sobre a Vacinação Infantil), se constituindo em uma importante ferramenta de pesquisa com capacidade de ajudar a identificar pais hesitantes à vacinação infantil (OPEL *et al.*, 2011) (SANTOS JÚNIOR; COSTA, 2022).

Neste contexto, colocou-se as seguintes questões: Qual o percentual de Hesitação Vacinal entre pais? Qual a perspectiva dos profissionais de saúde sobre imunização infantil na APS, e como analisar os aspectos envolvidos com referidos eventos? A partir destas indagações foram geradas as seguintes hipóteses de estudo: H0: Os pais do público infantil do município de São Bentinho-PB não apresentam Hesitação Vacinal e, entre os profissionais de saúde, pode-se identificar fatores que fortalecem à imunização; H1: Os pais do público infantil do município de São Bentinho-PB apresentam Hesitação Vacinal e, entre os profissionais de saúde, não se pode identificar fatores que fortalecem à imunização.

Partindo desta premissa foi proposto realizar um estudo observacional na Atenção Primária em Saúde, no município de São Bentinho-PB, para obter um panorama local quanto a aspectos relacionados à vacinação infantil, utilizando o questionário PACV- Brasil, visando contribuir na elaboração de um plano de ação mais eficaz e conseqüentemente fortalecer o programa de imunização com a prevenção de doenças imunopreveníveis.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a Hesitação Vacinal entre pais e a perspectiva dos profissionais de saúde acerca da imunização infantil na Atenção Primária em Saúde, no município de São Bentinho-PB.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico da amostra em estudo;
- Verificar a Hesitação Vacinal infantil entre pais cadastrados e acompanhados na Atenção Primária em Saúde;
- Identificar a perspectiva dos profissionais de saúde acerca da imunização infantil;
- Indicar fatores associados à Hesitação Vacinal infantil na amostra do estudo, visando contribuir para elaboração de ações eficazes em vacinação.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Sistema Único de Saúde e Programa Nacional de Imunização

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) considera o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma referência obrigatória de nação comprometida com a universalidade em saúde, de gestão pública participativa e fonte de conhecimentos para a região das américas e países de outras latitudes. É um dos maiores sistemas de saúde do mundo com acesso universal a serviços e ações de saúde. Está assegurado na Constituição Brasileira como condição de cidadania, fruto do Movimento da Reforma Sanitária. A estruturação e os resultados do SUS no Brasil são internacionalmente conhecidos e valorados positivamente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018).

O SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo, é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Não é uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania, insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social. Todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS, de acordo com o que rege o princípio da universalidade e esse acesso universal, não pode ser restringido. O SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços sanitários e socialmente necessários, com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e por meio de amplo movimento de discussão que envolva os gestores de saúde na Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2011a).

Os fundamentos do SUS estão expressos na seção II do capítulo II do título VIII da Constituição Federal de 1988, que trata da Seguridade Social, esta remeteu a regulamentação do SUS à aprovação de leis complementares e ordinárias sobre o tema que são: Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, a Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 2015b).

De acordo com o Decreto N° 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n° 8.080 de 19 de setembro de 1990, as Rede de Atenção à Saúde consistem em um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. A porta de entrada dos serviços de saúde consiste nos serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS, são elas: atenção primária, atenção de urgência e emergência; atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico (BRASIL, 2011b).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde das populações que se expressam, fundamentalmente, nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma sintonia muito fina entre essas necessidades de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza para respondê-las socialmente. Em vista disso, à Atenção Primária à Saúde (APS) como o nível primário do sistema de atenção à saúde conceitua-a como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde da população (BRASIL, 2015a).

É preciso ressaltar que o SUS terminou com a figura do indigente sanitário e transformou todos os brasileiros em cidadãos portadores da saúde como um direito. Por essa razão, ele constitui, sem dúvida, a mais inclusiva de todas as políticas públicas brasileiras. Em todas as pesquisas realizadas no SUS, em diferentes partes do Brasil, verificaram-se resultados positivos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando comparada com os modelos convencionais de APS. Isso significa que nos cumprimentos dos atributos essenciais e derivados da APS, a ESF mostrou-se mais virtuosa que esses modelos convencionais. Portanto, há evidências robustas que sustentam a ESF como a política mais adequada de praticar a APS no SUS (MENDES, 2019).

Uma linha de tempo mostra as evoluções da APS no Brasil, a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF) instituído em 1994, a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 estabeleceu um modelo de financiamento da APS por meio do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e variável; em 1997, implantaram-se os polos de capacitação, formação e educação permanente de recursos humanos para a saúde

da família e definiram-se as normas de funcionamento do Programa Agente Comunitário em Saúde (PACS) e do PSF; em 1998, o PSF passou a ser considerado estratégia estruturante da organização do SUS e deu-se início às transferências financeiras dos incentivos ao PACS e ao PSF do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, em 1999 houve a realização do 1º Pacto da Atenção Básica e a criação dos incentivos ao PSF por cobertura populacional; em 2000, a instituição do Departamento de Atenção Básica passa a organizar a APS no Ministério da Saúde (MENDES, 2021).

Dando continuidade à evolução histórica da APS, Mendes (2021) enfatiza ainda que em 2001, foi criada a edição das Normas Operacionais de Assistência em Saúde (NOAS/01) com estímulos à qualificação da Atenção Básica e a incorporação das ações de saúde bucal na APS. Seguindo no fluxo dessa sequência de conquistas, em 2003, houve a transferência do Departamento de Atenção Básica para a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e o início do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF). No ano de 2006, houve a definição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, em 2010, com a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que dispôs sobre a organização das RAS coordenadas pela APS. No ano de 2011, foi definida uma nova Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.488) e logo mais, no ano de 2017, houve o estabelecimento de mais uma nova Política Nacional de Atenção Básica. O autor conclui essa evolução histórica nos anos de 2019, com a criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), veio a instituição do Programa Previne Brasil (Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019) e o estabelecimento de novo modelo de financiamento de custeio da APS.

O atual modelo de financiamento da APS, o Previne Brasil, tem como objetivo ampliar o acesso, melhorar a qualidade e trazer mais equidade para APS no país. Tem como princípio fundamental a estruturação de modelo de financiamento que coloca as pessoas no centro do cuidado, apresenta como componentes, a capitação ponderada, o pagamento por desempenho, e incentivos para ações estratégicas e populações vulneráveis. Busca equilibrar valores financeiros *per capita* referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, com o grau de desempenho assistencial dessas equipes somado a incentivos para ações estratégicas, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), informatização (Informatiza - APS) e formação de

especialistas em APS por meio de residência médica e multiprofissional (HARZHEIM, 2020).

O Programa Previne Brasil, que foi criado em 2019, surgiu de duas críticas, são elas: suposta falta de eficiência dos serviços, considerando o grande número de usuários não cadastrados e a baixa valorização do componente de desempenho das equipes. Foram substituídos então, os Pisos da Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável, pela captação ponderada e programas estratégicos. Aqueles que eram os incentivos do PMAQ (Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade), agora constam de repasses condicionados ao desempenho em sete indicadores distribuídos através de Saúde da Gestante, da Mulher, da Criança e Doenças Crônicas. Até o ano de 2022, foi proposto que o número de indicadores chegaria a 21, com o monitoramento sobre Tuberculose, Infecções Sexualmente Transmissíveis e Saúde Bucal. O PAB Variável, que estaria relacionado a repasses vinculados a ações e programas de saúde, agora está voltado ao eixo de adesão a programas estratégicos, como os Programas Saúde na Hora; Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da APS - Informatiza APS e Programa de Formação em Residência Médica ou Multiprofissional em Odontologia e Enfermagem na Saúde da Família (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

A Atenção Primária em Saúde compreende o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracteriza-se pela longitudinalidade e integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família e da orientação comunitária das ações. Esta tem como objetivo garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população (BRASIL, 2020).

É importante que as Equipes da Atenção Primária em Saúde reconheçam seu território de atuação e desenvolvam ações com perfil de morbidade e mortalidade, levando em consideração os fatores ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais entre outros. Deve-se entender também que as ações de Vigilância em Saúde devem estar incorporadas ao cotidiano das equipes da atenção primária, uma vez que auxilia na percepção dos problemas de saúde e planejamento de estratégias de intervenção (BRASIL, 2018a).

Como ferramenta usada para alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), existe o e-SUS-APS, que é um sistema que auxilia na gestão das redes de Atenção Básica e no dia a dia do cuidado com os pacientes, não só por facilitar a elaboração de relatórios da produção das equipes, mas também

para realizar levantamentos da situação de saúde da população local em relação a algumas doenças e verificar o atendimento dos usuários em ações programáticas e estratégicas do SUS. O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), é uma forma de utilização que permite todos os integrantes da equipe multiprofissional consultar o histórico do paciente durante o atendimento, dá acesso a ferramentas de apoio à gestão do cuidado como a Lista de Problemas/Condições e ao Módulo de acompanhamentos, também facilita a emissão de atestados, receitas médicas, pedidos de exames, impressão de orientações gerais, declaração de comparecimento e encaminhamentos (ALMEIDA, 2014).

No contexto da Atenção Primária em Saúde, é importante destacar a importância da interação da mesma com a Vigilância em Saúde, devem se articular para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e realização de planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes. As atividades devem ser integradas como uma responsabilidade partilhada, sendo imprescindível priorizar esta pauta nos espaços de diálogo entre essas equipes. A integração deve ser concreta, sendo recomendada a adoção de um território único para ambas equipes, em que o Agente de Combate às Endemias (ACE) trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário em Saúde (ACS) e os demais membros da equipe multiprofissional, na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções e ações de saúde no território. É fundamental que os profissionais tenham conhecimento do seu território e que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença da comunidade, entendendo que as ações de Vigilância em Saúde devem estar incorporadas no cotidiano das equipes da Atenção Básica (BRASIL, 2018c).

A Vigilância em Saúde compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária, que realiza um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (BRASIL, 2018b).

Pereira (2018), ressalta que é importante os profissionais utilizarem a epidemiologia como instrumento para reduzir os problemas de saúde, com o objetivo de informar a situação de saúde da população, investigar os fatores que influenciam nesse contexto e avaliar o impacto das ações propostas para alterar a situação encontrada. Rouquayrol e Gurgel (2013) dão ênfase a esse processo quando destacam que se deve prever algo antes que aconteça, afirmam que prevenção em saúde pública é a ação antecipada, ou seja, deve-se interromper ou anular a evolução de uma doença. Os autores reforçam que a prevenção se divide em: prevenção primária, que consiste na promoção em saúde (moradia adequada, áreas de lazer, atividades físicas, entre outras) e em proteção específica (Imunização, higiene pessoal e do lar, uso de preservativos, entre outras); a prevenção secundária, que engloba o diagnóstico precoce e a limitação de incapacidade, e a prevenção terciária, que tem em seu eixo a reabilitação.

A vacinação é um cuidado preventivo de promoção e proteção da saúde, oferecido na porta de entrada do SUS, uma ação intrinsecamente vinculada à APS, serviço de saúde pública que integra um sistema municipal que compõe o sistema nacional de saúde. A vacinação é realizada por uma equipe na qual o vacinador é peça-chave, mas que não prescinde da atuação e intervenção dos demais profissionais. Essas são premissas que estão respaldadas na própria Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2013b). As vacinas foram desenvolvidas com intuito de prevenir doenças e salvar vidas, objetivando ser uma das mais bem sucedidas e rentáveis medidas de saúde pública. Com isso, o Brasil tem investido na aquisição de imunobiológicos com qualidade comprovada, em capacitação e atualização técnica dos profissionais, assim como, na adequação de sua cadeia de frio, vigilância de eventos adversos pós-vacinação e no seu sistema de informação (BRASIL, 2014a).

O PNI é regulamentado pela Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, e pelo Decreto nº 78.321, de 12 de agosto de 1976, que instituiu SNVE. Os calendários de vacinação estão regulamentados pela Portaria ministerial nº 1.498, de 19 de julho de 2013, no âmbito do PNI, em todo o território nacional, sendo atualizados sistematicamente por meio de informes e notas técnicas pela CGPNI (Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações). No contexto da vacinação, a equipe da ESF, realiza a verificação da caderneta e a situação vacinal e encaminha a população à unidade de saúde para iniciar ou completar o esquema vacinal, conforme os calendários de vacinação. As vacinas ofertadas na rotina dos serviços de saúde são

definidas nos calendários vacinais, nos quais estão estabelecidos: os tipos de vacina; o número de doses do esquema básico e dos reforços; a idade para a administração de cada dose e o intervalo entre uma dose e outra no caso do imunobiológico cuja proteção exija mais de uma dose. O PNI define calendários de vacinação com orientações específicas para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e indígenas, considerando o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais (BRASIL, 2014c).

O PNI vem se consolidando como uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública, coordenado pelo Ministério da Saúde, de forma compartilhada com as secretarias estaduais e municipais de saúde, possui a certificação de área livre da circulação do poliovírus selvagem, a eliminação da circulação do vírus da rubéola e causa importante impacto na redução dos casos e mortes pelas doenças imunopreveníveis (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Os imunobiológicos são produtos farmacológicos produzidos a partir de micro-organismos vivos, subprodutos ou componentes, capazes de imunizar de forma ativa ou passiva. São produtos termolábeis, sensíveis ao calor, ao frio e à luz. Assim, de forma a manter sua potência, devem ser armazenados, transportados, organizados, monitorados, distribuídos e administrados adequadamente. Requerem condições de armazenamento especificadas pelos laboratórios produtores, segundo suas respectivas composições e formas farmacêuticas (liofilizadas ou líquidas). Estes também padronizam a apresentação, podendo haver vacinas em frascos multidoses ou unidose, na apresentação multidose deve ser observada a validade da vacina após abertura do frasco, em conformidade com as orientações contidas na bula do fabricante e nas notas técnicas do PNI (BRASIL, 2013c).

Importante destacar que algumas vacinas, antes ofertadas somente nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), vêm sendo gradativamente introduzidas na rotina dos serviços de saúde, como a Meningite C e a Pneumocócica conjugada 10-valente, a Varicela, a Hepatite A e a Difteria, Tétano e Pertússis acelular para gestantes e profissionais de toda a rede do SUS. A oferta de imunobiológicos para as pessoas que apresentam contraindicação à utilização dos produtos disponíveis na rede pública de saúde é uma das atribuições do PNI. Dessa forma, ao apoiar a instalação de tais centros, o programa contribui para o fortalecimento dos princípios de universalidade e equidade do SUS. A resposta imune às vacinas depende de uma série de fatores, como tipo de antígeno, conservação dos

imunobiológicos, genética, idade e estado imunológico do receptor. Sempre que possível, um esquema de vacinação deve ser realizado segundo o intervalo de tempo recomendado entre as doses da vacina, nunca menor que o intervalo de tempo mínimo especificado para cada uma delas (BRASIL, 2019b).

O PNI é responsável por reunir as informações de vacinação de todo o país. Para isso, são utilizados sistemas informatizados, que facilitam o acompanhamento por todos os gestores. O Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI) foi desenvolvido pelo PNI em parceria com o DATASUS - Departamento de Informática do SUS, com a finalidade de substituir sistemas utilizados pelo PNI: Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunização (SI-API); Sistema de Informação de Apuração de Imunobiológicos utilizados (SI-AIU), Sistema de Informação de Evento adverso pós-vacinação (SI-EAPV) e Sistema de Informação de Centro de Referência de Imunobiológicos especiais (SI-CRIE). Tem como objetivo geral registrar individualmente dados de vacinação de todos os residentes do Brasil, e como objetivos específicos, fornecer dados sobre pessoas vacinadas; fornecer dados sobre movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinação; reduzir erros de imunização; ser o único meio de transmissão de dados de vacinação para o PNI (BRASIL, 2018d).

Quanto à importância das vacinas, Plotkin (2014) afirma que com exceção da água potável, nenhum outro recurso teve tanto efeito na redução da mortalidade e crescimento da população como as vacinas. Atualmente, as vacinas são consideradas, incontestavelmente, uma das maiores conquistas do homem na Terra, podendo ser demonstrado com o advento do efeito da vacinação na curva de infectados pela Covid-19, e com os benefícios da imunização para as nações (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2022).

3.2 Queda da cobertura vacinal no Brasil e Movimento Antivacina

A obrigatoriedade da vacinação de menores é afirmada pelo disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Lei Federal nº. 8.069 de 13 de Julho de 1990), em seus art. 14º e 7º, enfatizam a importância do cuidado à vacinação e saúde e descrevem respectivamente, que é obrigatória à vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias e que se deve assegurar o direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que

permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990). Mesmo com a obrigatoriedade da vacinação infantil, resguardando os direitos das crianças e adolescentes, muitas delas não vivenciam tal realidade. Referência em vacinação, o Brasil, passa por um momento crítico relacionado às coberturas vacinais. Temos um dos melhores e mais amplos programas de imunização, a redução na eficiência apontada pelos dados, traz preocupação que deve ser vista com importância significativa (MORAISA; QUINTILIO, 2022).

A cobertura vacinal vem caindo no Brasil, segundo dados do Departamento de Informática (DATASUS) do Sistema Único de Saúde / Programa Nacional de Imunização, a cobertura geral de vacinação por região no ano de 2012 foi de: Região Norte (78,21%); Região Nordeste (76,04%); Região Sudeste (77,94%); Região Sul (76,98%) e Região Centro-Oeste (78,55%). Passados 10 anos, os dados em 2022, são estes, respectivamente, por região: 60,58%; 65,36%; 62,73%; 71,84% e 69,91%, uma queda notória (BRASIL, 2023b).

Quando selecionamos alguns imunobiológicos específicos para exemplificar melhor a queda da cobertura vacinal no Brasil, trazemos a vacina contra Febre Amarela que é indicada a partir dos 9 meses de idade, com meta de 95% a ser alcançada, também vem apresentando dados preocupantes. Durante o surto que houve no Brasil, entre 2016-2017 tínhamos baixas taxas de vacinação da doença (47,37%) e, mesmo com a realidade vivenciada há 5 anos, observa ainda baixas taxas, chegando a 58,86%, em 2022. A vacina contra Poliomielite (Paralisia Infantil), é indicada para todas as crianças de 2 meses a menores de um ano de idade e o reforço deve ser feito até os 4 anos de idade, a meta é de 95% de cobertura vacinal. Em 2012 tivemos uma cobertura de 96,55%, porém em 2022, atingimos apenas 74,53%. Diante da baixa cobertura vacinal, chegou a levantar hipóteses do risco da reintrodução da doença no país. Lembrando que a doença está erradicada desde 1994 no Brasil (BRASIL, 2023c).

O PNI está vivenciando um momento de crise e as causas são multifatoriais. Destaca-se o movimento antivacina, à disseminação de *fake news*, o enfraquecimento das campanhas do SUS e a pandemia da COVID-19, como causas que intensificaram a queda da cobertura vacinal. O Ministério da Saúde alertou para uma intensificação na baixa cobertura de imunizações, por receio da população em ir aos postos de saúde em decorrência da pandemia da COVID-19, aumentando o risco para surtos de

doenças imunopreveníveis, aumento de morbidade e mortalidade e crescimento da demanda hospitalar (PIDDE *et al.*, 2021). A queda da cobertura vacinal no Brasil merece especial atenção no que se refere à necessidade de discussões e estudos para que sejam demonstradas a importância do tema, permitindo maiores esclarecimentos à população e comunidade acadêmico-científica (MILANI; BUSATO, 2021).

Além do que foi referido, atualmente existe uma população hiper conectada, as *fakes news* sobre pandemia, vacinas e saúde pública encontram terreno fértil para proliferar no Brasil. Uma a cada cinco *fake news* que circulam no Brasil é sobre vacinas, sendo *WhatsApp* o principal canal de compartilhamento, seguido do Instagram e do Facebook. Com dados estatísticos distorcidos predominantemente usam o nome da Fiocruz como fonte da informação, objetivando defraudar o nome da instituição e dar confiabilidade a notícia enganosa, de maneira criminosa e proposital, podendo então, contribuir para a tomada de decisões equivocadas e promover a descrença na ciência e nas orientações oficiais (GALHARDI *et al.*, 2020).

Diante dessa realidade, pode-se destacar como o principal fator apontado pelos órgãos de saúde como propulsor da queda no número de indivíduos imunizados nas campanhas de vacinação e devido à baixa adesão da população aos programas de vacinação no planeta, chama-se de “movimento antivacina” (HAMMOND, 2020; GERMANI; BILLER-ANDORNO, 2021). Esse “movimento” ganhou proporções tamanhas que passou a ser, inclusive, considerado, pela OMS, enquanto uma das dez ameaças para a saúde mundial a serem enfrentadas pelas nações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

Para entendermos um pouco sobre esse movimento, importante destacar fatos históricos no Brasil e mundo sobre sua existência que é antiga, tendo seus primeiros indícios junto a descoberta da imunização. O pesquisador e médico, Edward Jenner, em 4 de maio de 1796, extraiu a secreção ativa de uma ferida presente na mão de uma ordenhadora de vacas que havia contraído a varíola de seus animais e a inoculou em um menino saudável, de oito anos. A partir de então, demonstrou que proteção contra a doença da varíola poderia ser obtida, pois o garoto contraiu a doença de forma leve e, em seguida, ficou curado, caracterizando assim os primeiros registros da vacinação contra varíola. Somente após quase um século, em 1885, Louis Pasteur, um químico francês, desenvolveu um novo produto contra a raiva humana e, em

homenagem a Jenner, chamou esse material de “vacina” (PLOTKIN, 2014; LEVI, 2013).

Historicamente, a vacinação ganhou credibilidade com o êxito da vacina contra a varíola. Trata-se da forma mais fácil de proteção contra doenças infectocontagiosas, pois, ao serem administradas a indivíduos imunocompetentes, induzem um estado específico de imunidade contra os efeitos nocivos do agente relacionado (PEIXOTO *et al.*, 2017). Edward Jenner, foi a primeira pessoa a conferir status científico ao procedimento (vacinação), em 1796, através de estudos e experimentos com a varíola bovina, onde deu origem aos termos *vaccine* (derivado do termo latino *vacca*), material da varíola bovina e ao processo denominou *vaccination* (MORAIS *et al.*, 2018).

O movimento antivacina é tão antigo quanto à própria vacinação, começou durante o século XIX, na Inglaterra, onde em 1802, destaca-se a publicação de um cartoon antivacinas por uma influente revista de sátira abordando o tema e mostrando a vacina contra varíola bovina sendo administrada em mulheres jovens assustadas, com vacas emergindo de diferentes partes de seu corpo (DUBÉ; VIVION; MACDONALD, 2015). No Reino Unido, já havia caricaturas da vacina da Varíola desde os anos de 1800. Naquela época, para controlar a varíola, foi necessária a aprovação de leis de vacinação tornando-a obrigatória, com penalidades cumulativas para o não cumprimento, entre 1840 e 1853. A obrigatoriedade da vacina nos tempos antigos, gerou uma resistência de indivíduos que consideravam isso como uma invasão da liberdade sobre o próprio corpo (COLGROVE; BAYER, 2005). Em 1869, é formada no Reino Unido a liga antivacinação de Leicester. Entre 1870 e 1880, foram desenvolvidos numerosos folhetos antivacinação, livros e jornais. Nas décadas que se seguiram, movimentos semelhantes surgiram e cresceram em toda a Europa (WOLFE; SHARP, 2002).

Em 1970, o Programa Alargado de Vacinação foi iniciado pela OMS com o objetivo de vacinar todas as crianças em todo o mundo contra seis doenças mortais, este período de aceitação de vacinas infantis não durou muito, veio o ressurgimento dos movimentos antivacinação através da controvérsia da vacina contra a coqueluche favorecendo ao ressurgimento de oposição ativa antivacinação nos dias modernos (BAKER, 2008; OLPINSKI, 2012). Em 1974, foi fundada no Reino Unido a associação de pais de crianças de vacina danificada, e desempenhou o papel de chamar atenção para o suposto problema de segurança com a vacina *pertussis* de células inteiras (TARUFI *et al.*, 2014). Nos EUA, a polêmica antivacina começou com o documentário

vencedor do Emmy de 1982 intitulado 'DTP: *Vaccination Roulette*' que alegou que o componente *pertussis* estava causando danos cerebrais graves, convulsões e retardo mental. Pais preocupados formaram grupos em defesa das vítimas, como o *National Vaccine Information Center* (KIRKLAND, 2012).

A expressão extrema de hesitação vacinal ou “recusa vacinal”, no território nacional (Brasil), data desde os primórdios da implantação dessas tecnologias como estratégia de saúde pública, quando, por exemplo, um motim popular iniciado em meados de novembro de 1904, na cidade do Rio de Janeiro, dava início ao histórico episódio “Revolta da Vacina”, sendo o estopim de uma revolta popular, um dos relatos mais clássicos de hesitação vacinal no Brasil. A chegada da vacinação massiva esteve associada a medidas higienistas, políticas sanitárias coercitivas e vacinação forçada, inclusive com autorização para adentrar os domicílios (SEVCENKO, 2018).

Em 1988, quando o periódico britânico *The Lancet* publicou uma pesquisa de autoria do médico Andrew Wakefield que associava supostos casos de autismo com a vacina contra o sarampo, teve início no âmbito internacional, o episódio marcante de desconfiança persistente e de disseminação de crenças equivocadas sobre as vacinas. Apesar da abundância de evidências científicas contrariando as falsas revelações levantadas pelo médico e da retratação do seu trabalho pela própria revista, as consequências danosas daquele artigo continuavam a fundamentar grupos contrários à vacinação e a estimular a descrença sobre as imunizações (WAKEFIELD et al., 1988; VASCONCELOS-SILVA; CASTIEL; GRIEP, 2015).

As mídias sociais e aplicativos de comunicação rápida podem se constituir de importantes aliados na disseminação de informações verdadeiras e apoiar a diminuição do comportamento de hesitação relacionado à imunização. Os resultados do estudo de Lima-Costa, Macinko e Mambrine (2022), identificaram ampla adesão dos idosos (91,8%) à vacinação contra a COVID-19, e uma forte associação entre a fonte de informação sobre a pandemia e a intenção de se vacinar. Os autores afirmam que aqueles indivíduos que se informavam pelo Ministério da Saúde ou mídia tradicional tiveram mais chances de aceitarem a vacina do que os que obtinham informações por amigos e mídias sociais.

Por outro lado, os grupos antivacinas utilizam comunidades em mídias sociais, como o Facebook e WhatsApp, para discutirem seus temores em relação às imunizações e supostos riscos à saúde (MCCLURE; CATALDI; O'LEARY, 2017; PURI et al., 2020). Tais grupos questionam, sem evidências, possíveis benefícios à indústria

farmacêutica, falsos danos aos quais as crianças estão expostas quando da administração de vacinas combinadas, entre outros temores inautênticos (SUCCI, 2018). O estudo de Fakonti *et al.* (2022), mostrou que opiniões negativas em relação à vacinação podem aumentar o risco de crianças não receberem as vacinas e aumentar a probabilidade dos surtos de doenças.

Para Bauer, Tiefengraber e Wiedermann (2022), atualmente os pais jovens não conhecem os problemas de saúde pública, nem as ameaças à saúde enfrentadas por pessoas mais velhas, sendo um dos motivos porque não valorizam a prevenção de doenças evitáveis por vacinação. Ao mesmo tempo, os indivíduos mais jovens têm uma maior exposição às mídias sociais, levando ao aumento do risco de contato com informações não verdadeiras de fontes não confiáveis.

3.3 Abordando à Hesitação Vacinal

Hesitação Vacinal tem um conjunto de manifestações que vai desde a recusa total até atrasos na administração e questões fugazes sobre uma vacina em particular. As vacinas e a realização de seu agendamento obrigatório são altamente estudadas, seguras e propositivas. Apesar dessas realidades, existe um número alarmante de pais que não permitem a vacinação de seus filhos no calendário previsto. Este fenômeno é conhecido na comunidade de saúde como hesitação à vacina e comumente retratado na mídia popular como movimento antivacinação (CALLENDER, 2016).

Há mais de dois séculos existem dúvidas sobre a eficácia e necessidade das vacinas, além de mitos sobre a possibilidade de determinados malefícios, alguns fatores resultam na hesitação por parte dos pais e cuidadores com relação a mesma, no intuito de buscar o melhor para o seu filho, procuram informação e apoio em amigos, mídias sociais e literatura cinzenta, o que acaba em controvérsias sobre a real necessidade do seu uso. Além disso, questões filosóficas, sociais e religiosas podem ter peso na tomada de decisão (SUCCI, 2018).

O Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (SAGE - *Strategic Advisory Group of Experts*) em Imunização foi criado pelo Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde em 1999 para fornecer orientação sobre o trabalho da OMS. O SAGE é o principal grupo consultivo da OMS para vacinas e imunização. Preocupada com o avanço do fenômeno antivacina no âmbito global e

em especial com as consequências que essa não adesão às vacinas podem trazer para a sociedade, foi estabelecido em 2012, o *SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (WG)* – Grupo de trabalho (GT) do SAGE sobre Hesitação em Vacinas pela OMS, uma das suas primeiras ações foi conceituar essa problemática, buscando entender sua magnitude, identificando fatores determinantes e reunindo evidências, esforços, políticas e estratégias exitosas para o enfrentamento da mesma em âmbito global. O GT apresentou seu relatório ao SAGE em outubro de 2014, definindo a Hesitação Vacinal como sendo um termo utilizado para caracterizar um comportamento do indivíduo em relação ao atraso na aceitação ou recusa de vacinas, apesar de sua disponibilidade nos serviços, sendo um fenômeno comportamental complexo e específico ao contexto em que o indivíduo está inserido, variando ao longo do tempo, local e para diferentes vacinas, e que, também, é influenciado por fatores como complacência, conveniência e confiança, modelo conceitual que ficou conhecido como “3Cs”, confiança – credibilidade nos profissionais de saúde, nas vacinas e na sua eficácia; complacência – baixa percepção dos riscos das doenças preveníveis por vacinas e da importância das vacinas; conveniência – disponibilidade e acessibilidade das vacinas e dos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O *SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*, foi convocado também para desenvolver ferramenta para medir e abordar a natureza e escala de hesitação vacinal com o objetivo de caracterizar a natureza e a escala dos problemas e informar melhor o desenvolvimento de estratégias e políticas apropriadas almejando aumento da confiança na vacinação. As perguntas sobre a hesitação em vacinas foram testadas no formulário de relatório conjunto anual da OMS - Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), preenchido pelos Gerentes Nacionais de Imunizações em todo o mundo. O desenvolvimento da ferramenta de pesquisa foi orientado a partir da definição de hesitação vacinal e de uma matriz de determinantes (LARSON *et al.*, 2015).

Em Washington/EUA, foi desenvolvido o *Parent Attitudes About Child Hood Vaccine* – PACV, com o objetivo de construir um instrumento de pesquisa específico com capacidade de ajudar a identificar pais hesitantes à vacinação infantil e, servir de apoio às atividades de educação em saúde vacinal (OPEL *et al.*, 2011). Visando tornar o PACV um instrumento de medida de HV amplamente utilizado, o mesmo foi

compartilhado com pesquisadores, clínicos e especialistas em saúde pública de diversos países para estudos de validação (OPEL *et al.*, 2011).

Recentemente, Santos Júnior *et al.* (2022) realizaram estudo visando a adaptação transcultural e a validação do *Parent Attitudes About Childhood Vaccine* (PACV) para o português brasileiro, resultando no instrumento PACV-Brasil. A versão que apresentou evidências de validade baseada no conteúdo, além de boa consistência interna. Os autores acreditam que este instrumento tem potencial de contribuição para a vigilância da hesitação em vacinar no Brasil, pois disponibiliza um instrumento adaptado ao idioma nacional que é capaz de identificar pais hesitantes à vacinação infantil e de mensurar o fenômeno da hesitação vacinal.

Vivências de pais de crianças com relação a normas de vacinação no país destacam que existem três grupos distintos, os que vacinaram seus filhos, estes revelam que é um ato de dever e responsabilidade parental associado à ideia de continuidade de tradição familiar, passado desde quando esses foram vacinados na infância. Outro grupo de pais, são os seletivos, que escolhem qual vacina seus filhos irão tomar, esses se auto atribuíram o direito da autonomia dos cuidados dos filhos mesmo diante de normatizações generalizadas, responsabilidade e dever parental é escolher o que é melhor ao filho independente de normas estabelecidas, e por fim, o terceiro grupo, que constitui o dos que não vacinaram seus filhos, estes fazem com que a vacina seja questionada e rejeitada como uma ação favorável à saúde do filho, relatam que sentem seus filhos mais protegidos ao não vacinarem (BARBIERI; COUTO; AITH, 2017).

O risco associado a não vacinação causa preocupações crescentes em diversos países. No Brasil, a falta de informações ou as informações não confiáveis, favorecem ao ressurgimento de doenças infecciosas. Em grande parte do mundo, doenças outrora erradicadas ressurgem. Tal fato está associado a campanhas publicitárias, disseminadas em mídias sociais ou mesmo revestidas de evidências supostamente “científicas”. Para que se possa assegurar saúde e qualidade de vida para a população, é de suma importância o papel dos profissionais de saúde na divulgação dos benefícios associados à vacinação (MORAIS *et al.*, 2018).

Estudo realizado em uma cidade de estado brasileiro, destaca as causas de incompletude vacinal tanto em vacinas mais antigas do calendário de vacinação, como em novas, sendo estas consideradas a Meningocócica C e Pneumocócica 10 valente. Com relação a fatores associados à incompletude vacinal de antigas vacinas destaca

que mães com baixa escolaridade (0 a 4 anos de estudo) tendem a ter filhos menos vacinados e, a falta de vacina nos serviços de vacinação contribuem também para essa incompletude. Com relação as novas vacinas, está associado às mães que não procuram a vacinação espontaneamente por desconhecê-las. Considerando a incompletude vacinal associadas a vacinas antigas e novas vacinas, observou-se menor vacinação entre os filhos de mães adolescentes, sendo associado a pouca experiência da adolescente em cuidar do filho e, por outro lado estava associado ao maior número de filhos que mora com a mãe, tendo esta menos tempo disponível e mais dificuldade para se deslocar até a unidade de saúde (SILVA *et al.*, 2018).

A comunicação com os pais sobre as vacinas infantis permite discutir os benefícios e malefícios e as doenças que podem ser prevenidas, esta pode ser realizada em unidades de saúde, em casa ou comunidade e isso influencia na decisão dos mesmos em vacinar sua criança. Os Pais destacam a importância em receber informações antes da vacinação e não quando seu filho já está sendo vacinado, reforçam que gostariam que os profissionais de saúde abrissem discussões sobre o tema de forma respeitosa, atenciosa e sensível com os mesmos, sem julgamento, promovendo um ambiente de apoio a sua tomada de decisão (AMES; GLENTON; LEWIN, 2017).

Com relação a hesitação à vacinação, como um problema não só local, nos últimos 30 anos tem aumentado este fenômeno em diversos países como no Canadá, França e Estados Unidos da América, onde apesar da aceitação médica das vacinas e do amplo acesso às mesmas, muitas crianças ainda não recebem em sua totalidade. Este fenômeno afeta também adultos que se recusam a serem vacinados. Existem fatores multifatoriais e heterogêneos que são determinantes para a hesitação vacinal, como os riscos percebidos das vacinas, a relação entre os pais e os profissionais de saúde e a norma social. Inúmeras estratégias têm sido estudadas para aumentar a aceitação dos pais, incluindo a comunicação através de entrevistas motivacionais, abordagem individualizada e uso de linguagem presuntiva. Porém, continua sendo um problema a ser enfrentado na APS e que necessita de maior atenção e estudos (MCGREGOR; GOLDMAN, 2021).

O indivíduo não esclarecido se expõe mais a informações errôneas por estar mais propício a realizar pesquisas virtuais, que dessa forma podem vir a influenciar em sua decisão. A produção de *fake news* tem fundamento a partir da desinformação, não apenas por uma falta de esclarecimento, ela media processos saúde-doença-

cuidado através de um processo ativo de desconhecimento. Estão diretamente associadas aos 3Cs do atual modelo de hesitação vacinal da OMS, colocam em risco a vacinação em rebanho, pois tem potencial em produzir a hesitação vacinal (FRUGOLI *et al.*, 2021).

Para enfrentar a Hesitação Vacinal e a nova “Revolta da Vacina” é preciso colocar em prática ações que aumentem a confiança nas imunizações, sendo fundamental identificar os indivíduos hesitantes; prover informações seguras e confiáveis sobre esse tema; esclarecer distorções sobre o processo de vacinação e sobre os imunizantes; combater as *fake news* e ativismo antivacina na internet; capacitar profissionais para atuar como agentes multiplicadores da confiança nas imunizações e dar plena garantia de acesso às vacinas à sociedade (SANTOS JÚNIOR, *et al.*, 2022). A hesitação vacinal é dinâmica, mutável e crescente, apesar dos benefícios globais da imunização ela tem sido associada ao ressurgimento das doenças imunopreveníveis. Destaca-se a importância do monitoramento contínuo sobre tal realidade, pois baixas taxas de hesitação vacinal podem estar presentes em um ano e no outro ter um resultado diferente, devido essa dinamicidade (BROWN *et al.*, 2018).

Programas inovadores sobre imunização e pensamento crítico são abordagens à longo prazo que devem ser criadas para resolver a questão antivacina, utilizando diferentes canais de comunicação, incluindo as mídias sociais. O Brasil é uma região de muitos desses movimentos, como um grande desafio, para evitar novos surtos de doenças imunopreveníveis, como aconteceram nos últimos anos, como a Febre Amarela e o Sarampo, a cobertura vacinal deve ser alta, daí, é essencial para uma compreensão aprofundada da ação social de recusa de vacinas e planejamento de medidas educativas eficazes para aumentar a cobertura vacinal, a cooperação entre cientistas da biologia e da saúde, especialistas em ética, cientistas humanos, formuladores de políticas, jornalistas e sociedade civil (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Poucos países, estão livres desse problema. Os gerentes de programas de imunização e os profissionais de saúde precisam se tornar hábeis em reconhecer e lidar com a hesitação em todos seus aspectos, e a avaliação é crucial para garantir que as intervenções funcionem como pretendido. São estratégias importantes nesse combate: inicialmente detectar a hesitação vacinal na população; existência de profissionais capacitados sobre imunização e com utilização de estratégias baseadas em evidências; comunicação efetiva, educando desde as crianças sobre a importância

da imunização; reforçar a importância da imunização em rebanho para proteção da comunidade; abordar a dor na imunização e reforçar também a importância do trabalho em colaboração (MACDONALD; BUTLER; DUBÉ, 2018).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do Estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo com abordagem quantitativa. Martins Júnior (2015) relata que a pesquisa descritiva vislumbra descobrir e observar fenômenos existentes, situações presentes de forma a descrevê-los, classificá-los e interpretá-los com o objetivo de elucidar situações. Quanto à abordagem, o enfoque quantitativo utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, por meio da medição numérica e análise estatística estabelecendo padrões e comprovando teorias (SAMPIERI; CALLADO; LÚCIO, 2013).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de São Bentinho – PB, localizado ao Oeste da Paraíba, distante 360 km da capital, população estimada 4.602 habitantes, está incluída na área geográfica de abrangência do semiárido brasileiro, mesorregião do baixo sertão paraibano e na microrregião de Sousa. Possui uma área de perímetro urbano de aproximadamente 4 km e área rural composta por seis setores e 32 comunidades rurais. Clima tropical quente e úmido. Possui duas Equipes de Saúde da Família na Atenção Primária em Saúde, onde foi desenvolvido esse estudo. A equipe 1, Ivan Olímpio Segundo possui 831 famílias e a equipe 2, Agostinho Clementino Pereira com 655 famílias, ambas cadastradas e acompanhadas. Junto com essas equipes de Estratégia de Saúde da Família, a rede de serviços de saúde do município é composta ainda com uma policlínica, nela atuando uma equipe multiprofissional, com fisioterapeuta, nutricionista, psicologia e especialidades médicas. Possui também uma farmácia básica e um laboratório municipal (SILVA; CARREIRO; CAVALCANTE, 2022).

4.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por pais do público infantil (crianças de 0 a 11 anos de idade), cadastrados e acompanhados nas Estratégias de Saúde da Família Ivan Olímpio Segundo e Agostinho Clementino Pereira e por profissionais de

saúde das duas equipes referidas do município de São Bentinho-PB. Atualmente, o município conta com 24 profissionais que compõe as duas Equipes de Saúde da Família, e 416 famílias com público infantil na faixa etária de 0 – 11 anos. Para o cálculo do tamanho da amostra foi usada a fórmula padrão abaixo descrita, considerando que se trata de uma população finita: Tamanho da amostra de pais = $[N \times p^2 \times (Z/2)^2] / [(N-1) \times (E)^2 + p^2 \times (Z/2)^2]$. Onde N é tamanho da população, p é o desvio padrão, Z é o escore (1,96 para intervalo de confiança de 95%), E é a margem de erro que foi de 5% (FONTELLES *et al.*, 2010). O resultado em um número amostral de pais foi de 200 participantes. Para a amostra dos profissionais, todos foram convocados a participarem do estudo, n=24 das duas unidades de saúde.

4.4 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos na amostra pais de crianças de 0 a 11 anos de idade, cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde acima referidas, bem como todos os profissionais de saúde das Estratégias de Saúde da Família do município que aceitaram participar do estudo. Foram excluídos, os profissionais de saúde que não faziam parte da Estratégia de Saúde da Família, pais menores de 18 anos, assim como aqueles sem capacidade cognitiva para responder o questionário.

4.5 Coleta de dados

Os pais cadastrados e acompanhados em sua área de abrangência foram convidados a participar da pesquisa durante consultas e/ou visita domiciliar, e os profissionais das ESF foram contactados através de telefonema. Para os pais foram aplicados os questionários até completar a amostra estabelecida. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e/ou Agente Comunitários em Saúde no período de maio à agosto de 2022.

Os instrumentos para a coleta de dados utilizados consistiram de questionários abordando o escopo da pesquisa. Um questionário, foi destinado aos pais do público infantil, trata-se do PACV-Brasil (Atitude de Pais sobre a Vacinação Infantil) (ANEXO 1), na versão brasileira do *Parent Attitudes About Child Hood Vaccine* – PACV. Um instrumento desenvolvido com capacidade de ajudar a identificar pais hesitantes à vacinação infantil e, servir de apoio às atividades de educação em saúde vacinal

(OPEL *et al.*, 2011). O instrumento PACV-Brasil foi aplicado de forma presencial pela pesquisadora nas unidades de saúde e/ou nas residências dos pais durante visita domiciliar, com a ajuda dos agentes comunitários de saúde.

O PACV-Brasil é composto por 15 indagações, divididas em 3 dimensões: dimensão 1 que é relativa a comportamentos associados à vacinação e abrange os itens 3 e 4; dimensão 2 que indica atitudes gerais frente à vacinação, sendo composta pelos Itens 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16 e 17; e dimensão 3 que aborda questões relacionadas a crenças sobre segurança e eficácia das vacinas, e contém os itens 10, 11, 12 e 13). O instrumento contempla dois tipos de questões fechadas: escalonamento do tipo Likert (1 = Concordo totalmente a 5 = Discordo totalmente), e perguntas dicotômicas com duas/três possibilidades de respostas. Em ambos os casos, os participantes devem optar por uma das respostas que lhes são apresentadas, marcando a opção no campo reservado para isso. A pontuação bruta do PACV-Brasil varia de 0 a 30 pontos, obtida através do somatório dos valores atribuídos a cada um dos itens: resposta hesitante (2 pontos), incerteza (1 ponto) e resposta não hesitante (0 pontos). Depois de realizado o somatório total bruto é necessário realizar uma conversão linear da pontuação total em um escore de 0 a 100 (0 está para 0, assim como 30 está para 100). Escore no PACV-BR maior/igual 50 pontos, indica pais hesitantes e escore menor que 50 pontos indica pais não hesitantes (SANTOS JÚNIOR; COSTA, 2022).

Na sequência do questionário PACV-Brasil, os participantes responderam a um questionário complementar de caracterização sociodemográfica, também elaborado por Santos Júnior *et al.* (2022) e que continha informações como: escolaridade do respondente (6º ao 9º ano, ensino médio, ensino superior); raça/ cor (branca, preta, parda, amarela, indígena); estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado, união estável); e renda familiar (até 2 salários mínimos, 2 a 4 salários mínimos, 5 a 10 salários mínimos, 11 a 20 salários mínimos, mais de 20 salários mínimos).

Um outro questionário semiestruturado, constituído por dados sócios demográficos e perguntas abertas, abordando questões sobre imunização infantil e possíveis motivos da hesitação vacinal, foi dirigido aos profissionais e aplicado através do Google Forms, enviado por e-mail (APÊNDICE 2).

4.6 Análise dos Dados

Os dados foram duplamente digitados em uma planilha eletrônica construída no programa Microsoft Office Excel 2010 para verificação da consistência externa. Depois foram transferidos e analisados por meio do programa estatístico IBM *Statistical Package for the Social Science Statistics* (SPSS) v.s.22, sendo realizada análise descritiva com frequências, médias e desvio padrão. E aplicado teste qui quadrado para análise de associação entre valor bruto e escore PACV-Brasil, e os itens de cada dimensão, considerando estatisticamente significantes valores de $p < 0,05$.

4.7 Aspectos Éticos

O estudo foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) envolvendo seres humanos e aprovado com Número do Parecer: 4.863.290 e CAAE: 48785621.0.0000.5188, conforme descrito na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos e assegura a garantia de privacidade e anonimato dos dados (BRASIL, 2016). Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) para esclarecimento da pesquisa a amostra, assim como autorização por parte da mesma para utilização dos dados captados.

5 RESULTADOS

Os participantes do estudo foram 200 pais do público infantil cadastrados e assistidos em duas ESF, do município de São Bentinho-PB, e 23 profissionais da equipe que atuam nas referidas unidades de saúde (um profissional foi dado por perdido, por não responder o questionário). Os pais responderam ao questionário PACV-Brasil e os profissionais responderam um questionário sobre vacinação e o serviço de saúde.

Quanto aos resultados obtidos na amostra de pais/responsáveis do público infantil, os dados demográficos estão demonstrados na tabela 1 na qual se observa que a maioria foi composta pelo sexo feminino (n=190, 95%), sendo a mãe (n=182, 91%) a responsável principal de cuidar da vacinação do seu filho. As faixas etárias que tiveram mais participantes foram de 20 a 29 anos (n=79, 39,5%) e 30 a 39 anos (n=79, 39,5%). O grau de escolaridade que predominou foi o ensino médio completo (n=90, 45%). Em relação à raça ou etnia a maioria dos participantes se declararam pardos (n=105, 52,5%) e 11% (n=22) pretos. O estado civil mais frequente foi o casado (n=94, 47%) e a religião a católica (n=178, 89%).

Tabela 1 - Caracterização demográfica de pais e/ou responsáveis do público infantil, São Bentinho-PB, 2022 (continua).

Informação demográfica		Valores (%)
Sexo	Masculino	10 (5%)
	Feminino	190 (95%)
Grau de parentesco com a criança	Mãe	182 (91%)
	Pai	8 (4%)
	Avó	7 (3,5%)
	Avô	1 (0,5%)
	Outros	2 (1,0%)
Faixa etária (anos)	18 - 19	8 (4%)
	20 - 29	79 (39,5%)
	30 - 39	79 (39,5%)
	40 - 49	32 (16%)
	50 - 59	2 (1%)
Escolaridade	Nenhuma	1 (0,5%)
	Ensino Fundamental incompleto	44 (22%)
	Ensino Fundamental completo	44 (22%)
	Ensino Médio incompleto	2 (1%)
	Ensino Médio completo	90 (45%)
	Ensino Superior completo	19 (9,5%)

Tabela 1 - Caracterização demográfica de pais e/ou responsáveis do público infantil, São Bentinho-PB, 2022 (conclusão).

Informação demográfica		Valores (%)
Raça/Etnia	Branco	73 (36,5%)
	Preto	22 (11%)
	Pardo	105 (52,5%)
Estado Civil	Solteiro	67 (33,5%)
	Casado	94 (47%)
	Viúvo	2 (1%)
	Divorciado	4 (2%)
	União Estável	33 (16,5%)
Religião	Católica	178 (89%)
	Protestante	15 (7,5%)
	Espírita	1 (0,5%)
	Nenhuma	4 (2%)
	Outra	2 (1%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A tabela 2 apresenta a caracterização social da amostra dos pais/responsáveis, a maioria residia em zona urbana (n=173, 86,5%), e convivendo na mesma residência, em 49,5% existiam até 3 pessoas e em 47,5% de 4 a 6 pessoas. Quando indagados sobre a quantidade de crianças, mais da metade dos participantes possuíam apenas uma na residência (n=111, 55,5%), seguidos de 2 crianças (n=56, 28%). A faixa etária de idade predominante do último filho foi de 0 a 3 anos (n=107, 53,5%) e o valor da renda familiar mais frequente foi de menos de 1 salário mínimo, em 64,5% das famílias.

Tabela 2 - Caracterização social da amostra dos pais e/ou responsáveis do público infantil, São Bentinho-PB, 2022 (continua).

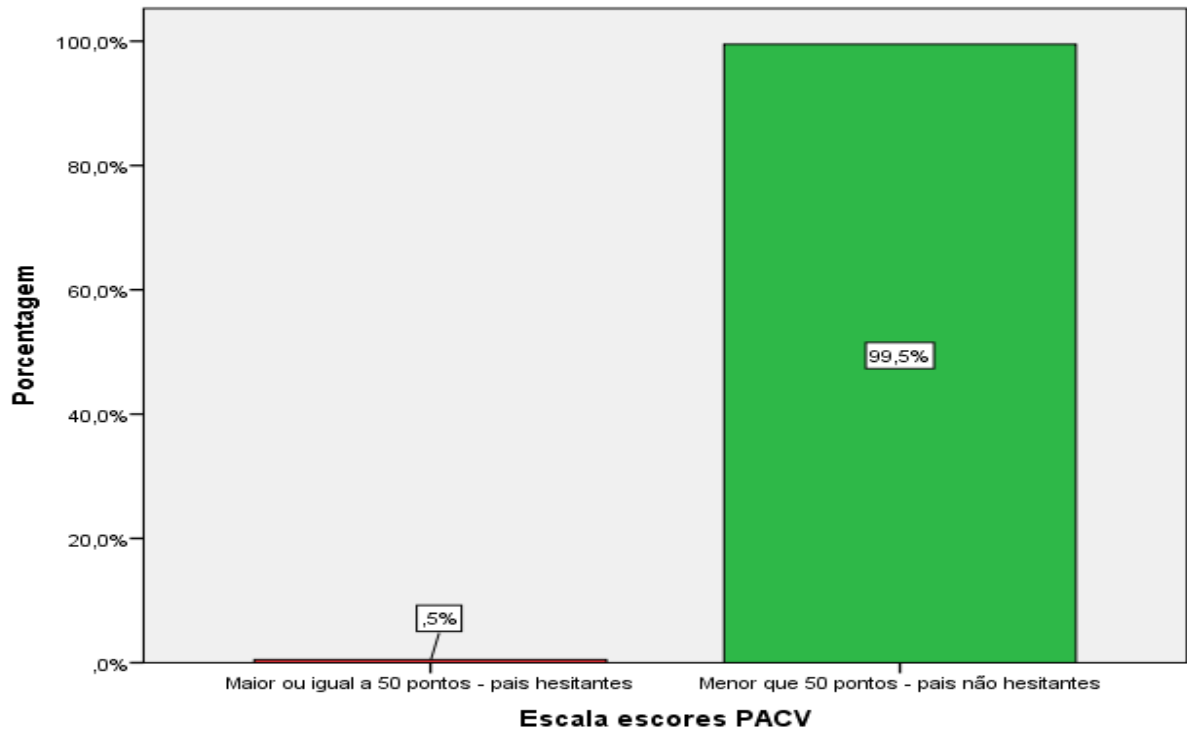
Caracterização social		Valores (%)
Local de moradia	Zona Urbana	173 (86,5%)
	Zona Rural	27 (13,5%)
Número de pessoas na residência	Até 3	99 (49,5%)
	De 4 - 6	95 (47,5%)
	De 7 - 9	5 (2,5%)
	10 ou mais	1 (0,5%)

Tabela 2 - Caracterização social da amostra dos pais e/ou responsáveis do público infantil, São Bentinho-PB, 2022 (conclusão).

Caracterização social		Valores (%)
Número de crianças na residência	1 criança	111 (55,5%)
	2 crianças	56 (28%)
	3 crianças	2 (13,5%)
	4 crianças	2 (1%)
	5 crianças	4 (2%)
Renda familiar	Menos de 1 salário mínimo	129 (64,5%)
	De 1 – 2 salários mínimos	61 (30,5%)
	De 3 – 4 salários mínimos	9 (4,5%)
	Mais de 4 salários mínimos	1 (0,5%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Quanto aos resultados obtidos no questionário PACV-Brasil (Atitude de Pais sobre a Vacinação Infantil), aplicado na amostra de pais do presente estudo, o gráfico 1 demonstra a pontuação por escores, esses são caracterizados como pais hesitantes (≥ 50 pontos) ou não hesitantes (< 50 pontos). A pontuação do PACV-Brasil na amostra variou de 0 a 15, com média de $3,74 \pm 3,45$ pontos, um número de 48 (24%) pais/responsáveis não obtiveram nenhuma resposta hesitante, somando 0 pontos brutos finais, em contrapartida, para demonstrar à pontuação hesitante, apenas $n=1$ (0,5%) participante totalizou 15 pontos brutos. Convertendo a pontuação bruta da amostra em escore, a maioria deles ($n=199$, 99,5%), obtiveram escore menor que 50 pontos, sendo caracterizados, portanto, como pais não hesitantes à vacinação e uma minoria ($n=01$, 0,5%) com pontuação de escore igual/maior a 50 pontos, caracterizado como pai hesitante.

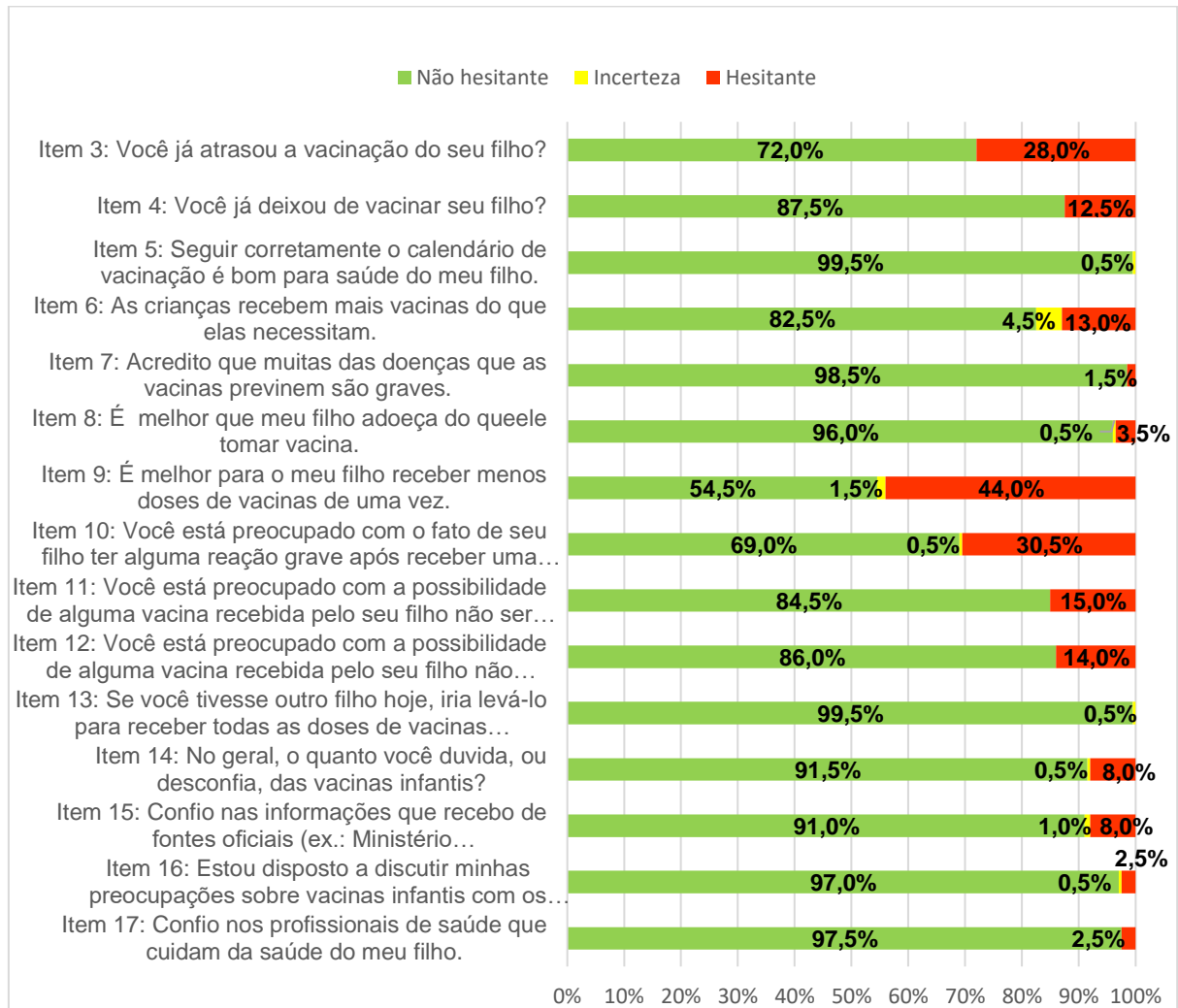
Gráfico 1 - Pontuação escore PACV

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

O gráfico 2 demonstra a distribuição dos percentuais de itens individuais das respostas dos pais/responsáveis de acordo com o questionário PACV-Brasil. Observa-se que os maiores percentuais de respostas hesitantes foram dos seguintes itens: item 9: “*É melhor para o meu filho receber menos doses de vacinas de uma vez*”, com 44% (n=88); item 10: “*Você está preocupado com o fato de seu filho ter alguma reação grave após receber uma vacina?*” com 30,5% (n=61) e, item 3: “*Você já atrasou a vacinação de seu filho?*”, com 28% (n=56).

Quanto aos percentuais de respostas não hesitantes os maiores valores foram referentes ao item 05: “*Seguir corretamente o calendário da vacinação é bom para a saúde do meu filho.*”, e o item 13: “*Se você tivesse outro filho hoje, iria levá-lo para receber todas as doses de vacinas?*”, ambos com 99,5%.

Gráfico 2 - Distribuição percentual das respostas dos itens individuais do PACV-Brasil na amostra estudada.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Conforme demonstrado na tabela 3, constata-se que os maiores percentuais de respostas hesitantes entre os pais respondentes foram obtidos na dimensão 2 (Atitudes gerais frente à vacinação – Itens 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16 e 17) com um total de 81,5%; seguido da dimensão 3 (Crenças sobre segurança e eficácia das vacinas - Itens 10,11,12 e 13) que apresentou um total de 59,5%, e da dimensão 1 (Comportamentos associados a vacinação – Itens 3 e 4), com 40,5% de respostas hesitantes.

Tabela 3 - Percentual de respostas hesitantes por dimensão do questionário PACV-BR.

Dimensões e Itens – Questionário PACV-BR	Percentual de respostas hesitantes por dimensão (%)
Dimensão 1 - Comportamentos associados a vacinação (Itens 3 e 4)	40,5%
Dimensão 2 - Atitudes gerais frente a vacinação (Itens 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16 e 17)	81,5%
Dimensão 3 - Crenças sobre segurança e eficácia das vacinas (Itens 10,11,12 e 13)	59,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na tabela 4 está demonstrada a análise de associação entre os valores PACV-BR (bruto e escore), por dimensões. Observa-se que a pontuação do valor bruto do referido questionário apresentou associação estatisticamente com 14 itens, entre os 15. Enquanto que considerando os valores de escores, houve associação estatisticamente significativa apenas para 5 itens, entre os 15.

Tabela 4 - Análise da associação entre os valores PACV-BR por dimensões (continua).

Dimensões e Itens	Valor de p	
	PACV-BR (Valor bruto)	PACV-BR (Valor escores)
Dimensão 1 - Comportamentos associados à vacinação		
Item 3: Você já atrasou a vacinação do seu filho?	0,000*	0,108
Item 4: Você já deixou de vacinar o seu filho?	0,000*	0,008*
Dimensão 2 - Atitudes frente à vacinação		
Item 5: Seguir corretamente o calendário de vacinação é bom para saúde do meu filho	0,000*	0,943
Item 6: As crianças recebem mais vacinas do que elas necessitam.	0,000*	0,899
Item 7: Acredito que muito das doenças que as vacinas previnem são graves	0,639	0,902
Item 8: É melhor que o meu filho adoça do que ele tomar vacina.	0,000*	0,979

Tabela 4 - Análise da associação entre os valores PACV-BR (bruto e escore) por dimensões (conclusão).

Dimensões e Itens	Valor de p	
	PACV-BR (Valor bruto)	PACV-BR (Valor escores)
Item 9: É melhor para o meu filho receber menos doses de vacinas de uma vez.	0,000*	0,528
Item 14: No geral, o quanto você dúvida, ou desconfia, das vacinas infantis?	0,000*	0,003*
Item 15: Confio nas informações que recebo de fontes oficiais (Ex.: Ministério)	0,000*	0,003*
Item 16: Estou disposto a discutir minhas preocupações sobre vacinas infantis com os profissionais de saúde.	0,000*	0,985
Item 17: Confio nos profissionais de saúde que cuidam da saúde do meu filho.	0,000*	0,872
Dimensão 3 - Segurança e Eficácia (crenças sobre segurança e eficácia das vacinas)		
Item 10: Você está preocupado com o fato do seu filho ter alguma reação grave após receber uma vacina?	0,000*	0,318
Item 11: Você está preocupado com a possibilidade de alguma vacina recebida pelo seu filho não ser segura?	0,000*	0,019*
Item 12: Você está preocupado com a possibilidade de alguma vacina recebida pelo seu filho não prevenir a doença que ela se propõe?	0,000*	0,686
Item 13: Se você tivesse outro filho hoje, iria leva-lo para receber todas as doses de vacinas recomendadas no calendário de vacinação?	0,000*	0,000*

Legenda: * Teste qui-quadrado considerando estatisticamente significante valores de $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Quanto aos resultados relativos aos profissionais de saúde estudados, 23 profissionais responderam ao questionário. Um profissional foi como perdido por falta de resposta. Na análise destes dados destaca que entre os profissionais a maioria era do sexo feminino com 78,3% (18), com cor da pele branca ou parda autorreferida em 43,5% (10), e com idade variando de 23 a 53 anos, sendo a faixa etária de 40 - 49 anos a mais prevalente 43,5% (10). Mais da metade dos profissionais tinham nível de

escolaridade de Ensino Médio Completo (56,5%). Detalhes dos dados demográficos obtidos estão demonstrados na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos dados demográficos da amostra de profissionais de saúde das ESF, São Bentinho-PB, 2022.

Informação demográfica		Valores (%)
Sexo	Masculino	5 (21,7%)
	Feminino	18 (78,3%)
Faixa etária (anos)	20 - 29	4 (17,4%)
	30 - 39	5 (21,7%)
	40 - 49	10 (43,5%)
	50 - 59	4 (17,4%)
Escolaridade	Ensino Fundamental completo	2 (8,7%)
	Ensino Médio completo	13 (56,5%)
	Ensino superior completo	5 (21,7%)
	Pós-graduação	3 (13,1%)
Raça/Etnia	Branco	10 (43,5%)
	Preto	3 (13%)
	Pardo	10 (43,5%)
Estado Civil	Solteiro	9 (39,1%)
	Casado	14 (60,9%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A Tabela 6 apresenta a caracterização da amostra de profissionais do estudo, quanto à categoria profissional, o tempo de serviço e a realização de curso de vacinação. Observa-se que houve maior número de profissionais de nível técnico como: Técnicos de Enfermagem, Agentes Comunitários em Saúde (ACS) e Técnicos de Saúde Bucal, totalizando 69,6% dos profissionais. A maioria dos profissionais (n=12, 52,2%), tinha 10 anos ou mais de serviço na ESF. Com relação à realização de curso sobre vacinação, um elevado percentual (65,2%), não tinha realizado qualquer curso sobre vacinação e, entre aqueles que realizaram, metade havia realizado há 4 anos ou mais a referida capacitação.

Tabela 6 - Categoria profissional, tempo de serviço e curso de vacinação da amostra dos profissionais de saúde das ESF, São Bentinho-PB, 2022.

Caracterização		Valores (%)
Categorias profissionais	Médico	2 (8,8%)
	Enfermeiro	3 (13%)
	Técnico Enfermagem	5 (21,7%)
	Odontólogo	2 (8,7%)
	Técnico em Saúde Bucal	2 (8,7%)
	Agente Comunitário de Saúde	9 (39,1%)
Tempo de Serviço na Esf	1 - 3 anos	5 (21,7%)
	4 - 6 anos	2 (8,7%)
	7 - 9 anos	4 (17,4%)
	10 ou mais	12 (52,2%)
Possui curso de Vacinação	Sim	8 (34,8%)
	Não	15 (65,2%)
Tempo que realizou curso de Vacinação	Até 3 anos	4 (17,4%)
	De 4-5 anos	1 (4,3%)
	Mais de 5 anos	3 (13,1%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A tabela 7 demonstra os dados sobre a prática de verificação da caderneta de vacinação infantil pelos profissionais durante o atendimento. Observa-se que a maioria dos profissionais relataram que sempre verificavam (n=14, 60,9%), porém 39,1% (n=9), afirmou que não verificavam ou só às vezes realizavam esta prática. Quando indagados sobre o motivo da não verificação da caderneta de vacinação, a maioria (n=5, 55,6%) afirmou que esta prática seria realizada pelo profissional da sala de vacina.

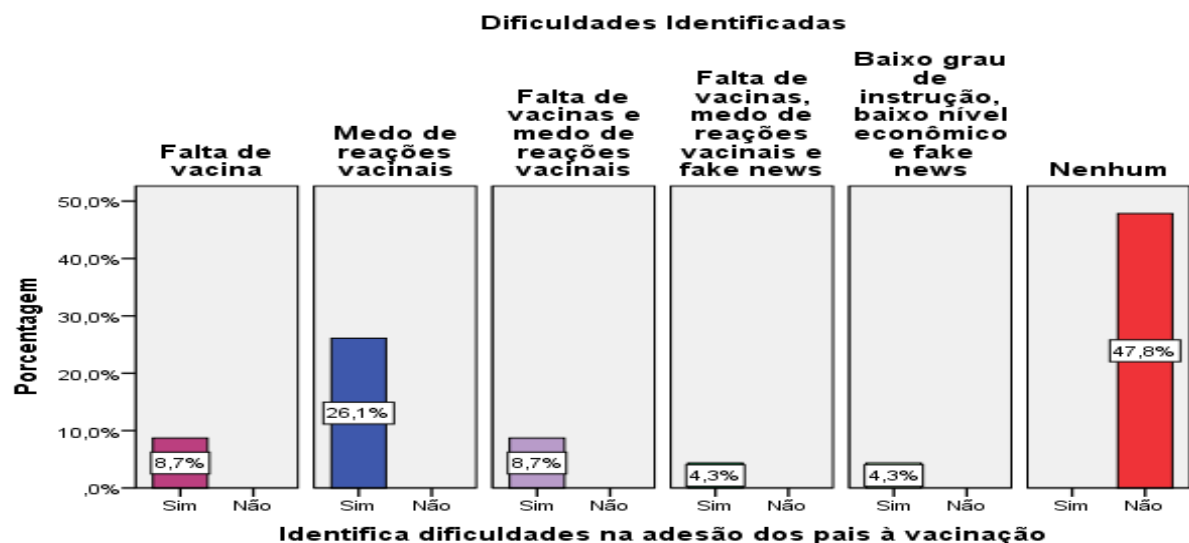
Tabela 7 - Distribuição dos dados sobre verificação da caderneta de vacinação pelos profissionais das ESF, São Bentinho-PB, 2022.

Verificação/Motivo		Valores (%)
Verifica à caderneta de Vacinação	Sim	14 (60,9%)
	Não	3 (13%)
	Às vezes	6 (26,1%)
Motivo de não ou só às vezes verificar a caderneta	Tempo insuficiente no atendimento	1 (11,1%)
	Não possui domínio das doses e apazamentos das vacinas	1 (11,1%)
	Informações repassadas pelo profissional da vacina	5 (55,6%)
	Tempo insuficiente no atendimento e não possui domínio da vacinação	1 (11,1%)
	Outros motivos	1 (11,1%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Em relação a identificação de algum fator que dificultam a adesão dos pais a vacinação (Gráfico 3), 52,2% (n=12) dos profissionais afirmaram que havia algumas. As dificuldades mais citadas foram: medo das reações vacinais (n=6, 26,1%) e a falta de vacinas (n=2, 8,7%). No entanto 47,8% (n=11) afirmavam que não percebiam dificuldades que levavam os pais à hesitação vacinal.

Gráfico 3 - Dificuldades identificadas pelos profissionais das ESF quanto à adesão dos pais do público infantil à vacinação, São Bentinho-PB, 2022.



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

6 DISCUSSÃO

Estudos que analisam as atitudes dos pais em relação à vacinação de seus filhos podem contribuir para o conhecimento e identificação de fatores associados à Hesitação Vacinal, e são importantes para o planejamento e implementação de intervenções dirigidas a pais hesitantes visando melhorar a adesão às vacinas.

No presente estudo o questionário PACV-Brasil identificou prevalência de 0,5% de pais hesitantes na amostra estudada, até onde sabemos este é o primeiro estudo realizado no Brasil, após validação do referido instrumento. O resultado obtido foi inferior aos percentuais de 5,9%, 6,7%, 11,6%, 15%, 26% e de 34,7%, obtidos, respectivamente, nos estudos de Henrikson, *et al.* (2017) (Washington, EUA), Marshall, *et al.* (2021) (Irlanda), Azizi; Kew; Hoy (2017) (Kuala Lumpur, Malásia), Dubé, *et al.* (2019) (Quebec, Canadá), Strelitz, *et al.* (2015) (Seattle, EUA) e de Napolitano; D'Alessandro; Angelillo (2018) (Nápoles, Itália). A ampla variação percentual de prevalência de hesitação vacinal percebida pode ser justificada, considerando que se trata de estudos que abordam um fenômeno complexo e com especificidades que podem variar com o tempo, localização geográfica e tipo de vacina, bem como o mesmo pode ser influenciado por fatores como complacência, conveniência e confiança dos pais estudados (DUBÉ; VIVION; MACDONALD, 2015).

No presente estudo a análise de associação entre os valores brutos e os valores de escores com as 3 dimensões do questionário, observamos que em ambas análises houve associação estatisticamente significativa, especialmente na análise bruta, onde apenas um item não apresentou associação. Enquanto que, na análise por escores, 05 itens tiveram associação estatisticamente significativa, sendo aqueles referentes ao deixar de vacinar seus filhos; o quanto duvida ou desconfia das vacinas infantis; a confiança nas informações recebidas de fontes oficiais (Ministério da Saúde); preocupação que as vacinas não sejam seguras e intensão de vacinar outro filho no futuro. Acreditamos que embora tenham apresentado resultados diferentes, ambas análises são complementares e devem ser realizadas para melhor compreensão dos resultados obtidos.

Na análise mais específica dos itens do PACV-Brasil por dimensões, podemos identificar com mais detalhes o processo de hesitação vacinal, no tocante aos comportamentos e atitudes gerais frente à vacinação, bem como crenças sobre

segurança e eficácia da vacina e assim, compreender o que os levam a tais práticas, que venham a interferir em um contexto eficaz de imunização.

Diante disso, destacamos, portanto, que embora tenha havido baixo índice de hesitação vacinal geral por escore na amostra do estudo, foi verificado na dimensão 1 do questionário, que trata dos comportamentos associados à vacinação, que 40,5% dos pais/responsáveis já havia atrasado (28%) ou deixado de vacinar (12,5%) seus filhos. Este resultado corrobora com o estudo de Henrikson (2017), realizado em Washington nos EUA, no qual também utilizando o instrumento PACV com amostra de tamanho similar ao nosso estudo, mediu a hesitação vacinal em mães durante o nascimento do bebê, com 6 meses de idade e 24 meses, verificando a evolução da hesitação em três momentos de vida da sua criança. Os autores identificaram uma taxa de hesitação final de 5,9%, e encontraram percentuais com respostas hesitantes de 23,3% relacionadas ao atraso de vacinação e 9% que deixaram de vacinar seus filhos, observando assim semelhança ao nosso estudo, onde mesmo não existindo percentuais altos de hesitação por escore geral, percebe-se, no entanto, atraso e falta de vacinação considerável, na avaliação por dimensão.

Na dimensão 2 do questionário, que aborda as atitudes gerais frente à vacinação, podemos destacar que os dois maiores índices de respostas hesitantes são sobre doses de vacinas, foi obtido o maior somatória percentual de hesitação vacinal (81,5%). Sendo o item 9 com 44%, que diz: “*É melhor para o meu filho receber menos doses de vacina de uma vez*”, onde os pais/responsáveis acreditavam que tomar menos doses de vacinas de uma única vez seria melhor para seu filho. Seguido do item 6, com 13% de hesitação: “*As crianças recebem mais vacinas do que elas necessitam*”. Interligando com a dimensão 3 do questionário, que aborda as crenças sobre segurança e eficácia das vacinas, o item 10: “*Você está preocupado com o fato de seu filho ter alguma reação grave após receber uma vacina?*”, também obteve elevado número de respostas hesitantes (30,5%) destacando aí a preocupação dos pais/responsáveis com as reações vacinais. Estas respostas identificam o sentimento de não querer o “sofrimento” do seu filho com relação a quantidade de aplicações e a crença relacionada a reações pós-vacinais levando ao medo e insegurança quanto à vacinação. Tal contexto identificado em nosso estudo, corroboram com os observados por Marshall *et al.* (2021), em sua pesquisa, realizada na Irlanda, com 105 pais para medir à hesitação vacinal, onde os autores aplicaram o PACV e identificaram que os maiores percentuais de respostas hesitantes estavam no que se refere a tomar menos

doses de vacinas de uma só vez (30,5%) e a preocupação com reações graves pós-vacina (36,2%).

Embora no presente estudo tenha sido identificado entre os participantes uma realidade de medo e insegurança frente às vacinas, a presença de 99,5% de respostas não hesitantes dos itens 05 e 13 constataram que os pais possuíam confiança na vacinação, pois, acreditavam que seguir o calendário de vacinação é bom para saúde do seu filho e que se tivesse outro filho o levaria para receber todas as doses das vacinas recomendadas pelo ministério da saúde. Quanto a este dado, considerando que o presente estudo foi transversal não permitiu o acompanhamento a longo prazo das futuras práticas de imunização. Vale lembrar que a intenção por si só não prevê necessariamente uma futura adesão a vacinas, e esta disparidade é conhecida como lacuna de intenção-comportamento (LIAO *et al.*, 2011).

Mesmo com sentimento de dó pelas aplicações simultâneas e medo das reações pós-vacinais, essa confiança na vacinação se configurou também no item 14 quando abordados sobre confiarem nas vacinas infantis, 91,5% deram respostas não hesitantes. Este aspecto paradoxal também foi observado nos resultados do estudo de Marshall *et al.* (2021). Já no estudo realizado por Napolitano; D'Alessandro; Angelillo (2018), em Nápoles, na Itália, com pais de crianças de 2 a 6 anos em 05 pré-escolas, houve elevado percentual de pais hesitantes, em 34,7% dos 437 da amostra, e como também 28,2% estavam muito preocupados que as vacinas não fossem seguras.

Outro destaque no resultado do presente estudo foi o elevado percentual de confiança dos pais em relação aos profissionais que cuidam da saúde de seus filhos, 97,5%, relataram existir essa confiança. Este dado é relevante considerando sua importância na relação de comunicação entre profissional da saúde e a população assistida, na perspectiva do desenvolvimento de ações eficazes para imunização infantil. A comunicação é um processo de mão dupla, o resultado pode ser uma ferramenta eficaz, se utilizada em uma estratégia cuidadosamente planejada e integrada, para influenciar os comportamentos das populações em uma série de questões de saúde, incluindo a hesitação vacinal (GOLDSTEIN *et al.*, 2015).

Uma justificativa para o resultado da alta confiança dos pais com os profissionais de saúde, acredita-se que possa estar relacionada ao vínculo estabelecido entre profissional e usuário do serviço, uma vez que constatamos que a maioria desses profissionais estavam no serviço há 10 anos ou mais. Santos Júnior

et al. (2022), enfatiza em seu estudo que para colocar em prática qualquer estratégia de educação em saúde vacinal, é necessário determinar as necessidades da população-alvo e adaptar as abordagens de intervenção para que assim sejam desenvolvidas ações eficazes no intuito de diminuir as situações que impedem a aplicação das vacinas.

Sabendo da importância do contexto entre os profissionais, população e vacinação, destaca-se que mais de dois terços dos profissionais do estudo quando indagados a respeito de capacitação sobre imunização, responderam que não possuíam curso na área, o que aponta para necessidade de atualização da equipe sobre o tema. Martins *et al.* (2018), afirmam que é importante a equipe da sala de imunização realizar a educação permanente, considerando a complexidade e às mudanças próprias do serviço, a ausência desse processo de atualização pode levar a consequências que irão impactar no cotidiano do trabalho, como: profissionais esclarecendo suas dúvidas no *Google*, presença de divergências relacionadas às práticas cotidianas e dificuldade em utilizar o Sistema de Informática do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) por falta da qualificação profissional. Através da educação permanente, os conhecimentos assimilados podem contribuir para o desenvolvimento de ações efetivas no serviço, isso se dar por meio de reflexões sobre a formação, o trabalho, os problemas do serviço, as necessidades de transformação e necessidade de interagir com a comunidade (ARAÚJO; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2022).

Quando perguntados sobre a prática de verificação da carteira de vacinação do paciente, 39,1% dos profissionais do presente estudo afirmaram que: ou não realizavam tal prática ou somente às vezes o faziam. Dentre as justificativas os profissionais afirmaram que a verificação da carteira de vacinação já era realizada pelo profissional da sala de vacina. Este dado nos faz supor que na equipe profissional estudada há desvinculação da responsabilidade quanto ao monitoramento do processo de imunização, podendo levar à perda de oportunidade de orientações cabíveis para a realização da dose de vacina indicada, bem como pode favorecer ao atraso na imunização infantil. Brasil (2022a) enfatiza que dentre as atribuições das equipes da APS na vacinação, uma delas é realizar busca ativa e consulta ao cartão de vacinação em todos os contatos com o usuário, seja no acolhimento, na visita domiciliar, nas atividades coletivas e em grupo, ou seja, em sua rotina de trabalho.

Esse monitoramento é responsabilidade de toda a equipe, promovendo assim vacinação e educação em saúde de forma eficaz.

A maioria dos profissionais foi capaz de identificar dificuldades que possivelmente levavam os pais à não aderirem à vacinação, e citaram o medo às reações vacinais e a falta de vacinas como sendo as mais frequentes para a hesitação vacinal. O estudo de Marques; Oliva; Sampaio (2019), vai de encontro ao nosso, quando relatam que o temor das mães aos eventos adversos pós-vacinais, foi apontado como principal dificultador do processo de vacinação, associado ao sofrimento da prole, este associa tal realidade a insuficiência ao acolhimento, preparação dos profissionais e fornecimento de orientações sobre o processo de vacinação e cuidados após possíveis reações vacinais. Importante destacar, que existem caminhos possíveis para enfrentamento da hesitação vacinal, iniciando pela identificação de indivíduos hesitantes, fornecimento de informações seguras, buscando esclarecer assuntos não fidedignos no combate a fake News e movimentos antivacina, assim como, a disponibilização de vacinas nos serviços e profissionais capacitados (SANTOS JÚNIOR, *et al.*; 2022).

Como possíveis limitações do presente estudo acreditamos que a seleção da amostra de participantes ter sido entre os usuários cadastrados na ESF pode ter refletido no aumento do potencial de maior aceitação de vacinas, bem como acreditamos a coleta de dado ter sido realizada pela pesquisadora no ambiente de trabalho e com a população por ela assistida possa ter causado um viés metodológico que deve ser evitado em futuros estudos. No entanto, ressaltamos que Santos Júnior *et al.* (2022) afirmam não haver razão para os resultados obtidos entre pais cadastrados na UBS serem muito diferentes daqueles obtido à população em geral. Outra limitação do estudo poderia ser o tipo de estudo transversal que não permite o acompanhamento dos participantes a longo prazo para observar se em futuras práticas de imunização haveria concretização da intenção de adesão à vacinação infantil, conforme indicado na aplicação do PACV Brasil na amostra estudada. Sugerimos a realização de estudos longitudinais com amostragem na população em geral considerando estes aspectos.

Ressaltamos que até onde sabemos, este foi o primeiro estudo que aplicou o instrumento validado com adaptação transcultural, o PACV - Brasil, em uma amostra ampliada e na Atenção Primária, porta de entrada do SUS, e local de acesso da população à vacinação.

7 CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa identificaram baixa prevalência de pais hesitantes, muitos deles acreditavam que seria melhor para seus filhos receberem menos doses de vacinas por vez, bem como achavam que seus filhos recebiam mais doses do que necessitavam. Embora alguns pais tenham referido atrasar ou deixar de vacinar seus filhos, e que se preocupavam com os efeitos colaterais que as vacinas podiam causar, eles achavam importante para a saúde de seu filho seguir o calendário de vacinação, bem como declararam intenção de continuar a vacinar os mesmos no futuro. A confiança dos pais no processo de vacinação foi notória, assim como nos profissionais que cuidavam da saúde dos seus filhos.

Recomenda-se que no momento de planejamento em relação à vacinação infantil seja considerado os seguintes aspectos: cursos de capacitação para os profissionais sobre o tema, educação permanente com a equipe, reuniões com estudos de caso, folheto explicativo com informações sobre vacinas e acompanhamento por parte de toda equipe com esclarecimento de informações à população assistida.

Sugere-se que as ações dirigidas aos pais abordem aspectos relacionados a medo relativo às reações vacinais, e que destaquem a importância do número de doses necessárias no calendário de vacinação. Ressaltamos a importância de reforçar o vínculo existente entre a equipe de saúde e os pais, associados à confiança que estes têm no processo de vacinação. Estes são pontos importantes, pois acredita-se que podem contribuir para um processo de vacinação mais eficaz, com aumento de metas, fortalecimento do Programa Nacional de Imunização e prevenção de doenças imunopreveníveis à população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Beth. Estratégia e-SUS AB qualifica o atendimento e o monitoramento das atividades. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano 15, n. 38-39, p. 34-38, maio/dez. 2014.

AMES, Heather M. R.; GLENTON, Claire; LEWIN, Simon. Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence. **Cochrane Data base of Systematic Reviews**, v. 2, n. 2, p. 1-39, 2017.

ARAÚJO, Bianca de Oliveira; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves; ARAÚJO, Mariana de Oliveira. Educação permanente em saúde na Estratégia Saúde da Família: construção de saberes e práticas em busca da resolubilidade. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v.12, n. 1, 2022.

AZIZI, Fantin S. Mohd; KEW, Yueting; MOY, Foong, Ming Moy. Vaccine hesitancy among parents in a multi-ethnic country, Malaysia. **Vaccine**, v. 35, ed. 22, p. 2955-2961, maio 2017.

BAKER, Jeffrey P. Mercury, vaccines, and autism: one controversy, three histories. **Am J Public Health**, v. 98, n. 2, p. 244-53, feb. 2008.

BARBIERI, Carolina Luísa Alves; COUTO, Márcia Thereza; AITH, Fernando Mussa Abujamra. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-11, 2017.

BAUER, Anja; TIEFENGRABER, Daniel, WIEDERMANN, Ursula. Towards understanding vaccine hesitancy and vaccination refusal in Austria. **Wien Klin Wochenschr**, v. 133, p. 703-713, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia de Informação a Serviço do SUS. **Coberturas vacinais por imuno segundo região: período 2018. 2023a.** Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia de Informação a Serviço do SUS. **Coberturas vacinais segundo região: período 2012 e 2022. 2023b.** Disponível em: < http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS Tecnologia de Informação a Serviço do SUS. **Coberturas vacinais por imuno segundo região: período 2012 e 2022. 2023c.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a ampliação da cobertura vacinal na Atenção Primária em Saúde.** Brasília/DF, 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigilância epidemiológica do Sarampo no Brasil: semanas epidemiológicas 1 a 25 de 2022.** Boletim Epidemiológico 28, vol. 53, jul. 2022b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância epidemiológica do sarampo no Brasil – semanas epidemiológicas 1 a 9 de 2021. **Boletim Epidemiológico**, v. 52, n. 12, mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 83 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação do sarampo no Brasil: 2018 – 2019.** Informe n. 37, mar. 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais.** 5. ed. Brasília/DF, 2019b. 174 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia política nacional de atenção básica – módulo 1: integração atenção básica e vigilância em saúde.** Brasília/DF, 2018a. 68 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_saude_modulo_1.pdf>. Acesso em: 19 out. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018.** 2018b. Disponível em: <<http://conselho.sau.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: integração atenção básica e vigilância em saúde.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2018c. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informática do SUS. Organização Pan-Americana da Saúde Brasil. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações – SIPNI. **Manual do usuário do SIPNI (Desktop):** módulo de cadastro de pacientes - (registro vacinação individualizada) e movimentação de imunobiológicos nas salas de vacinação. Brasília/DF, 2018d. 24 p.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília/DF, 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** 2016. Disponível em: <

<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde**. Brasília: CONASS, 2015a. 127 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015b. 133 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 3. ed. Brasília/DF, 2014a. 250 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília/DF, 2014b. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2014c. 176 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília/DF, 2013a. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília/DF, 2013b. 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de rede de frio**. 4. ed. Brasília/DF, 2013c. 144 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde: coleção para entender a gestão do SUS**. v. 10. Brasília: CONASS, 2011a. 291 p.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990**: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. 1990. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 04 nov. 2022.

BROWN, Amy Louise; SPERANDIO, Marcelo; TURSSI, Cecília P.; LEITE, Rodrigo M. A.; BERTON, Victor Ferro; SUCCI, Regina M.; LARSON, Heidi; NAPIMOGA, Marcelo Henrique. Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 9, 2018.

CALLENDER, David. Vaccine hesitancy: more than a movement. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 12, n. 9, p. 2464–2468, 2016.

COLGROVE, James; BAYER, Ronald. R. Could it happen here? Vaccine risk controversies and the specter of derailment. **Health Aff (Millwood)**, v. 24, n. 3, p. 729-39, maio/jun. 2005.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos; MARANHÃO, Ana Goretti K.; TEIXEIRA, Antônia Maria; FANTINATO, Francieli F. S.; DOMINGUES, Raissa A. S. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, p. 1-17, 2020.

DUBÉ, Ève; FARRANDS, Anne; LEMAITRE Thomas; BOULIANNE, Nicole; SAUVAGEAU, Chantal; BOUCHER, François D.; TAPIERO, Bruce; QUACH, Caroline; OUAKKI, Manale; GOSSELIN, Virginie; GAGNON, Dominique; DE WALS, Philippe; PETIT, Geneviève; JACQUES, Marie-Claude; GAGNEUR Arnaud. Overview of knowledge, attitudes, beliefs, vaccine hesitancy and vaccine acceptance among mothers of infants in Quebec, Canadá. **Hum. Vaccines Immunother**, v. 15, n. 1, p.113-120, 2019.

DUBÉ, Eve; VIVION, Marilyne; MACDONALD, Noni E. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. **Expert Rev. Vaccines**, v. 14, n. 1, p. 99-117, 2015.

FAKONTI, Georgia; HADJIKOU, Andria; TZIRA, Eleana; KYPRIANIDOU, Maria; GIANNAKOU, Konstantinos. Attitudes and perceptions of mothers towards childhood vaccination in Greece: lessons to improve the childhood COVID-19 vaccination acceptance. **Front Pediatr**, v. 20, 2022.

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia; ALMEIDA, Jairo Cunha; FONTELLES, Renata Garcia Simões. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. **Rev. Paran Med.**, v.24, n. 2, p.57-64, 2010.

FRUGOLI, Alice Gomes; PRADO, Raquel de Souza; SILVA, Tercia Moreira Ribeiro; MATOZINHOS, Fernanda Penido; TRAPÉ, Carla Andrea; LACHTIM, Sheila Aparecida. Vaccine fake news: an analysis under the World Health Organization's 3Cs model. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 55, 2021.

GALHARDI, Cláudia Pereira; FREIRE, Neyson Pinheiro; MINAYO, Maria Cecília de Souza; FAGUNDES, Maria Clara Marques. Fato ou fake? uma análise da desinformação frente à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 2, p. 4201-4210, out. 2020.

GERMANI, Federico; BILLER-ANDORNO, Nikolla. The anti-vaccination infodemic on social media: a behavioral analysis. **PLoS One**, v. 16, n. 3, mar. 2021.

GOLDSTEIN, Susan; MACDONALD, Noni E; GUIRGUIS, Sherine; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Health communication and vaccine hesitancy. **Vaccine**, v. 33, ed. 34, p. 4212-4214, ago. 2015.

HAMMOND, Jordan. Vaccine confidence, coverage, and hesitancy worldwide: a literature analysis of vaccine hesitancy and potential causes worldwide. **Senior Theses**, 2020. Disponível em: <https://scholarcommons.sc.edu/senior_theses/344/>. Acesso em: 05 nov. 2022.

HARZHEIM, Erno. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, mar. 2020.

HENRIKSON, Nora B.; ANDERSON, Melissa L.; OPEL, Douglas J.; DUNN, John; MARCUSE, Edgar K.; GROSSMAN, David C. Longitudinal trends in vaccine hesitancy in a cohort of mothers surveyed in Washington State, 2013–2015. **Public Health Reports**, v. 132, n. 4, p. 451- 454, jul./ago. 2017.

KIRKLAND, Anna. The legitimacy of vaccine critics: what is left after the autism hypothesis? **J Health Polit Policy Law**, v. 37, n. 1, p. 69-97, fev. 2012.

LARSON, Heid J.; JARRETT, Caitlin; SCHULZ, Willian S.; CHAUDHURI, Mohuya; ZHOU, Yuqing; DUBE, Eve; SCHUSTER, Melanie; MACDONALD, Noni E; WILSON, Rose. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. **Vaccine**, v. 33, ed. 34, p. 4165 - 4175, 2015.

LEVI, Guido Carlos. **Recusa de vacinas: causas e consequências**. São Paulo: Segmento Farma, 2013.

LIAO, Qiuvan; COWLING, Benjamin. J.; LAM, Wendy Wing Tak.; FIELDING, Richard. Factors Affecting Intention to Receive and Self-Reported Receipt of 2009 Pandemic (H1N1) Vaccine in Hong Kong: a longitudinal study. **PLOS ONE**, v. 6, n. 3, mar. 2011.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James; MAMBRINI, Juliana Vaz de Melo. Hesitação vacinal contra a COVID-19 em amostra nacional de idosos brasileiros: iniciativa ELSI-COVID, março de 2021. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 31, n. 1, 2022.

MACDONALD, Noni E.; BUTLER, Robb; DUBÉ, Eve. Addressing barriers to vaccine acceptance: an overview. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 14, n. 1, p. 218-224, 2018.

MARQUES, Costa Fabrine; OLIVA, Vanessa Lopes; SAMPAIO, Cristina Andrade. A dor necessária da vacinação: percepção de familiares. **Revista Enfermagem Atual**, v. 88, n. 27, 2019.

MARTINS JÚNIOR, Joaquim. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso: instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. 247 p.

MARTINS, Karla Moreira; SANTOS, Walquiria Lene dos; ÁLVARES, Alice da Cunha Morales. A importância da imunização: revisão integrativa. **Rev. InicCient e Ext.**, v. 2, n. 2, p. 96-101, 2019.

MARTINS, Jéssica Teixeira Martins; ALEXANDRE, Bruna Gabrielly Pereira; OLIVEIRA, Valéria Conceição de Oliveira; VIEGAS, Selma Maria da Fonseca. Educação permanente em sala de vacina: qual a realidade? **Rev. Bras. Enferm.** v. 71, n. 1, p. 715-724, 2018.

MARSHALL, Sarah; MOORE, Anne C.; SAHM, Laura J.; FLEMING, Aoife. Parent attitudes about childhood vaccines: point prevalence survey of vaccine hesitancy in an Irish population. **Pharmacy**, v. 9, ed. 4, nov. 2021.

MCGREGOR, Sophie; GOLDMAN, Ran D. Determinants of parental vaccine hesitancy. **Canadian Family Physician | Le Médecin de famille canadien**, v. 67, p. 339-341, maio 2021.

MCCLURE, Catherine C.; CATALDI, Jéssica R.; O'LEARY, Sean T. Vaccine hesitancy: where we are and where we are going. **Clin Ther**, v. 39, n. 38, p. 1550-1562, aug. 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS: avanços e ameaças**. Brasília/DF: CONASS, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília/DF: CONASS, 2019.

MILANI, Lúcia Regina; BUSATO, Ivana Maria Saes. Causas e consequências da redução da cobertura vacinal no Brasil. **Rev. Saúde Pública Paraná**, v. 4, n. 2, p.157-171, jun. 2021.

MORAES, Luana Raposo de Melo; PIANTOLA, Marco Aurélio Floriano; PEREIRA, Sara Araújo; CASTRO, Julia Tavares de; SANTOS, Fernanda Ayane de Oliveira; FERREIRA, Luís Carlos de Souza. Adverse events of vaccines and the consequences of non-vaccination: a critical review. **Rev Saúde Pública**, v. 52, n. 40, 2018.

MORAISA, Jakeline Nascimento; QUINTILIO, Maria Salete. Fatores que levam à baixa cobertura vacinal de crianças e o papel da enfermagem: revisão literária. **Interfaces**, v. 9, n. 2, p. 1054-1062, 2022.

NAPOLITANO, Francesco; D'ALESSANDRO, Alessia; ANGELILLO, Italo Francesco. Investigating Italian parents' vaccine hesitancy: a cross-sectional survey. **Human Vaccines Immunotherapeutics**, v. 14, n. 7, p. 1558-1565, abr. 2018.

NOUR, Rawan. A systematic review of methods to improve attitudes towards childhood vaccinations. **Cureus**, v. 11, n. 7, 2019.

OLPINSKI, Marian. Anti-vaccination movement and parental refusals of immunization of children in USA. **Pediatra Polska**, v. 87, n. 4, p. 381-385, jul./agu. 2012.

OLIVEIRA, Isadora de Oliveira; CARDOSO, Larissa Soares; FERREIRA, Isabelo Globo; SILVA, Gabriel Melo Alexandre; JACOB, Beatriz Cássia da Silva; CERNI, Felipe Augusto; MONTEIRO, Wuelton Marcelo Monteiro; ZOTTICH, Umberto; PUCCA, Manuela Berto. Anti-vaccination movements in the world and in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, 2022.

OPEL, Douglas J.; MANGIONE-SMITH, Rita; TAYLOR, James A.; KORFIATIS, Carolyn; WIESE, Cheryl; CATZ, Sheryl; MARTIN, Diane P. Desenvolvimento de uma pesquisa para identificar pais que hesitam em vacinar. **HumanVaccines**, v. 7, ed. 4, p. 419-425, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**. Brasília/DF, 2018. 222 p.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 596 p.

PEIXOTO, Milleidy César; TORRES, Moisés Teixeira; PASSOS, Núbia Cristina Rocha; ALMEIDA, Tatiane Santos Couto. Perfil vacinal da população infantil em um município do recôncavo baiano. **Textura**, v. 10, n. 19, p. 172- 179, ago./dez. 2017.

PIDDE, Áures Gomes; MONTEIRO, Victória César; GUIMARÃES, Estér Ramos; XAVIER, Emanuel Fernandes de Souza; HANNA, Elias. Intensificação da queda da cobertura vacinal brasileira em consequência da pandemia de COVID-19. **Revista Educação em Saúde**, v. 9, supl. 1, 2021.

PLOTKIN, Stanley. History of vaccination. **Proc Natl Acad Sci USA**, v. 11, n. 34, aug. 2014.

PÔRTO, Ângela, PONTE, Carlos Fidelis. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 2, p. 725-742, 2003.

PURI, Neha; COMES, Eric A.; HAGHBAYAN, Hourmazd; GUNARATNE, Keith. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. **Hum Vaccin Immunother**, v. 16, n. 11, p. 2586-2593, nov. 2020.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 709 p.

SANTOS JÚNIOR, Cláudio José dos; COSTA, Paulo José de Souza. Adaptação transcultural e validação para o português (Brasil) do *Parent Attitudes About Childhood Vaccine* (PACV). **Ciênc. saúde coletiva**, v. 27, n. 5, p. 2057-2070, 2022.

SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos; CARVALHO NETO, Antônio de Pádua M.; ROCHA, Thiago José Matos; COSTA, Paulo José Medeiros de Souza. Hesitação vacinal e a 'pandemia' dos não vacinados: o que fazer para enfrentar a nova "Revolta da vacina"? **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 55, n.1, 2022.

SAMPIERI, Roberto Hernández; CALLADO, Carlos Fernández; LUCCIO, Maria Del Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 p.

SATO, Ana Paula Sayuri. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 1-9, nov. 2018.

SETA, Marismary Horsth; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 26, n. 2, p. 3781-3786, 2021.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: SciELO-Editora UNESP, 2018.

SILVA, Israel Soares; CARREIRO, Maria Aparecida Costa; CAVALCANTE, Maria Laurenize de Oliveira. **São Bentinho**: história, identidade e ambiente. 21. ed. Campina Grande, PB: Nativa, 2022. 233 p.

SILVA, Francelena de Sousa; BARBOSA, Yonna Costa; BATALHA, Mônica Araújo; COSTA, Marizélia Rodrigues; SIMÕES, Vanda Maria Ferreira; BRANCO, Maria dos Remédios Freitas Carvalho; THOMAZ, Érika Bárbara Abreu Fonseca; QUEIROZ, Rejane Christine de Sousa; ARAÚJO, Waleska Regina Machado; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 1-21, 2018.

SILVA, Renata Rothbarth. **Vacinação**: direito ou dever? a emergência de um paradoxo sanitário e suas consequências para a saúde pública. 2018. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 2018.

STRELITZ, Bonnie; GRITTON, Jesse; KLEIN, Eileen J.; BRADFORD, Miranda C.; FOLLMER, Kristin; ZERR, Danielle M.; ENGLUND, Janet A.; OPEL, Douglas J. Parental vaccine hesitancy and acceptance of seasonal influenza vaccine in the pediatric emergency department. **Vaccine**, v. 33, n. 15, p. 1802-1807, abr. 2015.

SUCCI, Regina Célia de Menezes. Vaccine refusal: what we need to know. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 6, p. 574-581, nov./dez. 2018.
TARUFI, S.; GALLONE, M. S.; CAPELLI, M. G.; MARTINELLI, D.; PRATTO, R.; GERMINÁRIO, C. Abordando o movimento antivacinação e o papel dos profissionais de saúde. **Vaccine**, v. 32, ed. 37, p. 4860-4865, ago. 2014.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; CASTIEL, Luís David; GRIEP, Roseana Harter. The media-driven risk society, the anti-vaccination movement and risk of autism. **Cienc e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 607-16, fev. 2015.

WAKEFIELD, A. J.; MURCH, S. H.; ANTHONY, A.; LINNELL, J.; CASSON, D. M.; MALIK, M.; BERELOWITZ, M.; DHILLON, A. P.; THOMSON, M. A.; HARVEY, P.; VALENTINE, A.; DAVIES, S. E.; WALKER-SMITH, J. A. Retracted: Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. **Lancet**, v. 351, n. 9103, p. 637-641, feb. 1988.

WOLFE, Robert M.; SHARP, Lisa K. Anti-vaccinationists past and present. **BMJ**, v. 325, n. 7361, aug. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy**. 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/feature>>

stories/detail/how-do-vaccines-work?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=EAlaIQobChMIIPHHfDv_AIVQQznCh05AwFIEAAYASAAEgJpofD_BwE>. Acesso em: 01 dez. 2022.

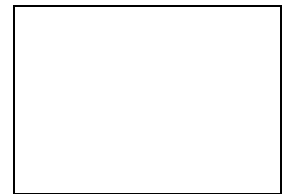
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ten threats to global health in 2019**. 2019. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>>. Acesso em: 01 dez. 2022.

APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome da Pesquisa: Imunização infantil na Atenção Primária em Saúde: hesitação vacinal entre pais e perspectiva de profissionais.

Pesquisadora Responsável: Janaína Alves Benício

Este estudo tem como objetivo analisar a hesitação vacinal entre pais e perspectiva dos profissionais de saúde acerca da imunização infantil na Atenção Primária em Saúde, no município de São Bentinho-PB. Dois questionários serão utilizados na coleta de dados, constituindo-se de dados sócios demográficos e referentes ao objeto do estudo. Aos pais do público infantil será destinado o questionário Atitude de Pais sobre a Vacinação Infantil (PACV-Brasil) que é a versão brasileira do Parent Attitudes About Child hood Vaccine – PACV, um instrumento desenvolvido em Washington, EUA, que tem capacidade de ajudar a identificar pais hesitantes à vacinação infantil e, assim, servir de apoio às atividades de educação em saúde vacinal. Um outro questionário será aplicado aos profissionais de saúde abordando questões sobre imunização infantil e dificuldades que levam aos pais à hesitação vacinal. Este estudo tem como benefício medir a hesitação vacinal entre os pais e como os profissionais veem as ações de vacinação e com isso poder desenvolver ações que contribuam para melhoria desse serviço. Informamos que a pesquisa não causa nenhum risco previsível. Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo no serviço. Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Janaína Alves Benício, telefone: (83) 996611669 ou para o Comitê de Ética em Pesquisa – Centro de Ciências da Saúde – 1º andar / Campus I / Cidade Universitária, CEP: 58.051-900 – João Pessoa/PB, Tel.: (83) 3216.7791 / e-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br. Solicitamos a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.



São Bentinho, ____ de _____ de 2022.

Impressão dactiloscópica

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

Assinatura do (a) participante



REDE NORDESTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
 NUCLEADORA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
 MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



APÊNDICE 2 – Instrumento para coleta de dados (Profissionais)

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS

Nome da Pesquisa: Imunização infantil na Atenção Primária em Saúde: hesitação vacinal entre pais e perspectiva de profissionais.

Pesquisadora Responsável: Janaína Alves Benício.

Este estudo tem como objetivo analisar a hesitação vacinal entre pais e perspectivas dos profissionais de saúde acerca da imunização infantil na Atenção Primária em Saúde, no Município de São Bentinho-PB. Espera-se que os dados obtidos possam embasar a elaboração de uma intervenção que favoreça a imunoprevenção, o aumento das metas vacinais e o fortalecimento do Programa Nacional de Imunização.

Número: _____

Data: ___/___/_____

Sexo: Masculino () Feminino () Não identificar ()

Idade: _____

Escolaridade: _____

Raça/Etnia: _____

Estado civil: _____

Função na eSF: _____

Quanto tempo de serviço na Atenção Primária em Saúde / ESF? _____

1. Possui algum curso sobre imunização?

() Sim () Não

Se sim, há quanto tempo realizou?

() 1 - 3 anos

() 4 - 6 anos

- 7 - 10 anos
- 11 anos ou mais

2. Você verifica a caderneta de vacinação infantil durante seu atendimento?

- Sim Não Às vezes

Se não ou às vezes, por qual motivo?

Permitido marcar mais de uma alternativa, caso a opção seja outros, descrever.

- Tempo insuficiente no atendimento para realização dessa verificação
- Não possuo domínio das doses e aprazamentos das vacinas
- As informações são repassadas pelo profissional da sala de vacina
- Outros, quais? _____

3. Em sua rotina de trabalho caracteriza algum fator dificulta a adesão dos pais à vacinação?

- Sim Não

Se sim, quais?

Permitido marcar mais de uma alternativa, caso a opção seja outros, descrever.

- Falta de informação sobre vacinas
- Medo de reações vacinais adversas
- Baixo grau de instrução e renda familiar
- Dificuldade de acesso
- Fake News
- Outras, quais? _____



NORDESTE EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
NUCLEADORA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



ANEXO 1 – Instrumento para coleta de dados (Pais)
Atitude de Pais sobre a Vacinação Infantil (PACV-Brasil)

QUESTIONÁRIO PARA PAIS

Nome da Pesquisa: Imunização Infantil na Atenção Primária em Saúde: hesitação vacinal entre pais e perspectiva de profissionais.

Pesquisadora Responsável: Janaína Alves Benício.

Este estudo tem como objetivo analisar a hesitação vacinal entre pais e perspectivas dos profissionais de saúde acerca da imunização infantil na Atenção Primária em Saúde, no Município de São Bentinho-PB. Espera-se que os dados obtidos possam embasar a elaboração de uma intervenção que favoreça a imunoprevenção, o aumento das metas vacinais e o fortalecimento do Programa Nacional de Imunização.

Atitude de Pais sobre a Vacinação Infantil (PACV-Brasil)

PERCEPÇÃO SOBRE VACINAS INFANTIS

Nas questões a seguir, gostaríamos de conhecer um pouco sobre a sua percepção sobre as vacinas infantis.

1. Esse é o seu primeiro filho?

Sim

Não

2. Qual o seu grau de parentesco com essa criança?

Mãe

Pai

Outro

3. Você já atrasou a vacinação do seu filho? Não considere atrasos por motivo de alergia ou doença. Não considere, também, vacinas sazonais (administradas em campanhas) como a vacina anual contra a gripe (influenza).

- Sim
- Não
- Não sei

4. Você já deixou de vacinar seu filho? Não considere doses perdidas por motivo de alergia ou doença. Não considere, também, vacinas sazonais (administradas em campanhas) como a vacina anual contra a gripe (influenza).

- Sim
- Não
- Não sei

5. 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

6. As crianças recebem mais vacinas do que elas necessitam.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

7. Acredito que muitas das doenças que as vacinas previnem são graves.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

8. É melhor que o meu filho adoça do que ele tomar vacina.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

9. É melhor para o meu filho receber menos doses de vacinas de uma vez.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

10. Você está preocupado com o fato de seu filho ter alguma reação grave após receber uma vacina?

- Nenhuma preocupação
- Não me preocupo
- Não tenho certeza
- Um pouco preocupado
- Muito preocupado

11. Você está preocupado com a possibilidade de alguma vacina recebida pelo seu filho não ser segura?

- Nenhuma preocupação
- Não me preocupo
- Não tenho certeza
- Um pouco preocupado
- Muito preocupado

12. Você está preocupado com a possibilidade de alguma vacina recebida pelo seu filho não prevenir a doença que ela se propõe?

- Nenhuma preocupação
- Não me preocupo

- Não tenho certeza
- Um pouco preocupado
- Muito preocupado

13. Se você tivesse outro filho hoje, iria levá-lo para receber todas as doses de vacinas recomendadas no calendário de vacinação?

- Sim
- Não
- Não sei

14. No geral, o quanto você dúvida, 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

15. Confio nas informações que recebo de fontes oficiais (ex.: Ministério da Saúde) sobre as vacinas.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

16. Estou disposto a discutir minhas preocupações sobre as vacinas infantis com os profissionais de saúde que cuidam da saúde do meu filho.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

17. Confio nos profissionais de saúde que cuidam da saúde do meu filho.

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo parcialmente
- Discordo totalmente

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Nas questões a seguir, gostaríamos de conhecer um pouco sobre você.

18. Qual sua idade?

_____ anos

19. Qual a idade do seu último filho?

_____anos e meses

20. Quantas crianças moram na sua casa?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais

21. Qual seu estado civil?

- Solteiro
- Casado
- Viúvo
- Divorciado
- União estável
- Separado

22. Qual seu nível de escolaridade completo?

- Nenhum

- Ensino Fundamental I (1ª ao 5ª ano)
- Ensino Fundamental II (6ª ao 9ª ano)
- Ensino Médio (1º ao 3º ano)
- Ensino Superior

23. Qual a faixa de renda do seu grupo familiar?

- até 2 salários mínimos
- de 2 a 4 salários mínimos
- de 4 a 1 salários mínimos
- de 1 a 2 salários mínimos
- acima de 2 salários mínimos

24. Quantas pessoas moram na sua casa?

- até 3
- de 4 a 6
- de 7 a 9
- 10 ou mais

25. Qual sua raça/cor/etnia?

- Branca
- Preta
- Parda
- Amarela
- Indígena
- Outra

26. Onde você mora?

- Cidade (área urbana)
- Campo (área rural)

27. Qual sua religião?

- Católica
- Protestante
- Espírita

- Afro-brasileira
- Nenhuma
- Outra

Muito obrigado/a pela sua colaboração!