



Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Sammya Rodrigues dos Santos

**IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA VACINAÇÃO INFANTIL NO
DISTRITO FEDERAL: INDICADORES DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DOS PAIS**

BRASÍLIA
2024

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS

IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA VACINAÇÃO INFANTIL NO DISTRITO
FEDERAL: INDICADORES DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DOS PAIS

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.
Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Aline Oliveira Silveira.

BRASÍLIA

2024

SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS

IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NA VACINAÇÃO INFANTIL NO DISTRITO
FEDERAL: INDICADORES DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DOS PAIS

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aprovado em 18 de dezembro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Aline Oliveira Silveira – Presidente da Banca
Universidade de Brasília

Professor Doutor Guilherme da Costa Brasil – Membro Efetivo
Centro Universitário UDF

Professora Doutora Casandra Genoveva R. M. Ponce de Leon – Membro efetivo
Universidade de Brasília

Professora Doutora Gisele Martins – Membro suplente
Universidade de Brasília

Ao meu poderoso Deus.
Ao meu sábio pai Milton, à minha amada mãe Dete e
ao meu brilhante irmão Nilton.
À minha grande amiga de infância Deborah.
À Universidade de Brasília, a instituição
que tem o meu amor e admiração desde 2012.
A todos que me encorajaram a prosseguir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pelo presente tão idealizado e concedido que foi retornar à minha universidade para realizar o sonho de cursar o Mestrado Acadêmico. Aos meus pais e amigos, pela paciência devido às minhas ausências frequentes. À Professora Doutora Aline, minha orientadora, sempre solícita, compreensiva e atenciosa quanto às minhas dúvidas sobre o percurso acadêmico. À Gerente da Atenção Primária nº 4 de Santa Maria Gracimone, por ter me acolhido durante meu período de coleta de dados *in loco*. À Universidade de Brasília, pela qual tanto tenho amor e carinho desde os tempos em que tive a honra de cursar a faculdade e onde, posteriormente, veio-me como dádiva cursar o Mestrado. À Professora Doutora Casandra Ponce de Leon, que me acompanhou desde os tempos de FCE, pela qual tenho carinho e admiração imensuráveis. À Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, da qual faço parte e que me possibilitou campo para o desenvolvimento desta pesquisa.

“Toda a nossa ciência, comparada com a realidade, é primitiva e infantil – e, no entanto, é a coisa mais preciosa que temos.”

(Albert Einstein)

RESUMO

SANTOS, S. R. **Impacto da pandemia da covid-19 na vacinação infantil no Distrito Federal**: indicadores de saúde e percepção dos pais. 2024. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2024.

Introdução: O Programa Nacional de Imunizações possui grande relevância para a saúde da população, uma vez que possibilita a distribuição e ampliação do acesso aos imunizantes, em especial para os distribuídos na primeira infância. Com o advento da covid-19, as necessidades de saúde mais urgentes foram priorizadas em detrimento de outros serviços, que foram interrompidos, ficando a população infantil descoberta e exposta ao adoecimento por doenças imunopreveníveis. **Objetivo:** descrever a situação vacinal de crianças no primeiro ano de vida e os principais fatores intervenientes na perspectiva dos pais. **Metodologia:** Trata-se de estudo transversal, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, realizado em 03 Unidades Básicas de Saúde da Região Sul de Saúde do Distrito Federal. A amostra foi composta por crianças menores de um ano de vida e seus pais ou responsáveis legais. Foi aplicado o “*Instrumento de coleta de dados acerca dos fatores relacionados ao atraso da vacina*”, elaborado pela autora, adaptado de Garcia (2022). O instrumento elaborado é misto (quantitativo e qualitativo) e foi respondido pelo pai e/ou responsável, com questões que avaliam o conhecimento sobre vacinas pelos familiares, o atraso vacinal e a situação de saúde da criança. Na análise quantitativa, os dados foram digitados em planilha do Excel e analisados no *software Statistical Package for the Social Science* (versão 29.0.10, IBM, Estados Unidos da América), onde foi estimada a prevalência de cada uma das doses de atraso. Para a análise dos dados qualitativos, foi realizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, em que foi realizada a transcrição dos áudios dos entrevistados, após responderem à entrevista semiestruturada (documento escolhido). Assim, após a formulação dos objetivos, foram levantadas hipóteses sobre as possíveis categorias, que poderiam colaborar com o desenvolvimento da pesquisa. **Resultados e Discussão:** foram analisadas cadernetas de vacinação de 32 crianças. A faixa etária média era de 1,6 anos de idade. Ao todo, foram identificados 127 atrasos vacinais, sendo os mais prevalentes: 1º Meningocócica tipo C dose de reforço; 2º Hepatite B; e 3º Vacina injetável contra a poliomielite e Pentavalente, ambas terceira dose. **Conclusão:** Fatores como isolamento social, efeitos adversos das vacinas, movimentos antivacinas, desconhecimento sobre as vacinas foram citados como possíveis causas para a hesitação vacinal. A principal limitação do estudo foi garantir uma amostra mais robusta para

melhor análise. Tal limitação ocorreu devido ao programa do Ministério da Saúde (Previne Brasil) que, mediante o lançamento de metas como estratégia para amenizar os danos ocorridos durante a pandemia, incentivou a atualização das cadernetas de vacinação em menores de 1 ano, o que repercutiu no processo de coleta dos dados, uma vez que muitas cadernetas avaliadas já haviam sido atualizadas em sua completude. Estudos mais aprofundados sobre a repercussão da pandemia na saúde infantil são incentivados, principalmente no que concerne ao campo da imunização, uma vez que uma população não vacinada está sujeita a ser infectada por doenças anteriormente erradicadas, afetando consideravelmente a saúde pública do país.

Palavras-chave: Cobertura vacinal; Vacinação; Pandemia; Programas de Imunização.

ABSTRACT

SANTOS, S. R. **Impact of the covid-19 pandemic on childhood vaccination in the Federal District: health indicators and parents' perception.** 2024. 107 p. Dissertation (Master's) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2024.

Introduction: The National Immunization Program has great relevance for the health of the population, as it enables the distribution and expansion of access to immunization agents, especially for those distributed in early childhood. With the advent of covid-19, the most urgent health needs were prioritized to the detriment of other services, which were interrupted, leaving the child population uncovered and exposed to falling ill from vaccine-preventable diseases.

Objective: to describe the vaccination status of children in the first year of life and the main factors involved from the parents' perspective. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive, retrospective study, with a quantitative and qualitative approach, carried out in 03 Basic Health Units in the Southern Health Region of the Federal District. The sample consisted of children under one year of age and their parents or legal guardians. The “Data collection instrument on factors related to vaccine delays”, developed by the author, adapted from Garcia (2022), was applied. The instrument developed is mixed (quantitative and qualitative) and was answered by the parent and/or guardian, with questions that assess family members' knowledge about vaccines, vaccination delays and the child's health situation. In the quantitative analysis, the data were entered into an Excel spreadsheet and analyzed using the Statistical Package for the Social Science (SPSS) software, where the prevalence of each delayed dose was estimated. For the analysis of qualitative data, the Bardin Content Analysis technique was carried out, in which the interviewees' audios were transcribed, after answering the semi-structured interview (chosen document). Thus, after formulating the objectives, hypotheses were drafted about possible categories that could collaborate with the development of the research. **Results and Discussion:** vaccination records of 32 children were analyzed. The average age was 1.6 years old. In total, 127 vaccination delays were identified, the most prevalent being: 1st Meningococcal type C booster dose; 2nd Hepatitis B; and 3rd Injectable polio vaccine and Pentavalent vaccine, both third doses. **Conclusion:** Factors such as social isolation, adverse effects of vaccines, anti-vaccine movements, lack of knowledge about vaccines were cited as possible causes for vaccine hesitancy. The main limitation of the study was to ensure a more robust sample for better analysis. This limitation occurred due to the Ministry of Health program (Previne Brasil) which, through the launch of goals as a strategy to mitigate the damage occurred during the pandemic, encouraged the updating of vaccination records for children

under 1 year of age, which had an impact on the process of data collection, since many of the records evaluated had already been completely updated. more in-depth studies on the impact of the pandemic on child health are encouraged, especially regarding the field of immunization, since an unvaccinated population is subject to being infected by previously eradicated diseases, considerably affecting the country's public health.

Keywords: Vaccination coverage; Vaccination; Pandemic; Immunization Programs.

RESUMEN

SANTOS, S. R. **Impacto de la pandemia de covid-19 en la vacunación infantil en el Distrito Federal:** indicadores de salud y percepción de los padres. 2024. 107 hojas. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2024.

Introducción: El Programa Nacional de Inmunizaciones tiene gran relevancia para la salud de la población, ya que permite la distribución y ampliación del acceso a agentes de inmunización, especialmente para aquellos distribuidos en la primera infancia. Con la llegada del Covid-19 se priorizaron las necesidades de salud más urgentes en detrimento de otros servicios que fueron interrumpidos, dejando a la población infantil al descubierto y expuesta a enfermar de enfermedades prevenibles mediante vacunación. **Objetivo:** describir el estado vacunal de los niños en el primer año de vida y los principales factores involucrados desde la perspectiva de los padres. **Metodología:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo y cualitativo, realizado en 03 Unidades Básicas de Salud de la Región Sanitaria Sur del Distrito Federal. La muestra estuvo compuesta por niños menores de un año y sus padres o tutores legales. Se aplicó el “Instrumento de recolección de datos sobre factores relacionados con retrasos en vacunas”, desarrollado por el autor, adaptado de García (2022). El instrumento desarrollado es mixto (cuantitativo y cualitativo), y fue respondido por el padre y/o tutor, con preguntas que evalúan el conocimiento de los familiares sobre las vacunas, los retrasos en la vacunación y la situación de salud del niño. En el análisis cuantitativo, los datos fueron ingresados en una hoja de cálculo Excel y analizados mediante el software Statistical Package for the Social Science (SPSS), donde se estimó la prevalencia de cada dosis retrasada. Para el análisis de los datos cualitativos se utilizó la técnica de Análisis de Contenido de Bardin, donde se transcribieron los audios de los entrevistados, luego de responder la entrevista semiestructurada (documento elegido). Así, luego de formular los objetivos, se plantearon hipótesis sobre posibles categorías que podrían colaborar con el desarrollo de la investigación. **Resultados y Discusión:** se analizaron los registros de vacunación de 32 niños. El rango de edad promedio fue de 1,6 años. En total se identificaron 127 retrasos en la vacunación, siendo los más prevalentes: 1.^a Dosis de refuerzo para meningococo tipo C; 2.^o Hepatitis B; y tercera vacuna inyectable contra la polio, ambas terceras dosis. **Conclusión:** Se citaron factores como el aislamiento social, los efectos adversos de las vacunas, los movimientos antivacunas y la falta de conocimiento sobre las vacunas como posibles causas de las dudas sobre las vacunas. La principal limitación del estudio fue garantizar una muestra más sólida para un mejor análisis. Esta limitación se produjo debido al programa del Ministerio de Salud (Previne Brasil) que, a

través del lanzamiento de metas como estrategia para mitigar los daños ocurridos durante la pandemia, impulsó la actualización de los registros de vacunación de niños menores de 1 año, que tenían un impacto en el proceso de recolección de datos, ya que muchos de los cuadernillos evaluados ya habían sido completamente actualizados. Se alientan estudios más profundos sobre el impacto de la pandemia en la salud infantil, especialmente en lo que respecta al campo de la inmunización, ya que una población no vacunada está sujeta a ser infectada por enfermedades previamente erradicadas, afectando considerablemente la salud pública del país.

Palabras llave: Cobertura vacunal; Vacunación; Pandemia; Programas de Inmunización.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal.....	29
Figura 2 –	Cobertura vacinal acumulada de janeiro a abril para as vacinas do calendário infantil (menores de 1 ano e de 1 ano) nos anos de 2019 a 2022, no Distrito Federal.....	31
Figura 3 –	Modelo de hesitação vacinal de 3Cs para 5Cs.....	34
Figura 4 –	Área de Abrangência das Unidades Básicas de Saúde selecionadas para o estudo.....	41
Figura 5 –	Método para triagem das cadernetas a serem avaliadas.....	42
Figura 6 –	Seqüência da técnica da análise de conteúdo.....	48
Figura 7 –	Triagem realizada na Unidade Básica de Saúde nº 3.....	54
Figura 8 –	Triagem realizada na Unidade Básica de Saúde nº 6.....	55
Figura 9 –	Triagem realizada na Unidade Básica de Saúde nº 10.....	57
Figura 10 –	Categorização do material segundo Análise de Conteúdo de Bardin.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Parte 1: Conhecimento sobre vacinas, 2023.....	50
Tabela 2 – Parte 2: Fatores relacionados ao atraso vacinal, 2023.....	51
Tabela 3 – Parte 3: Situação de saúde da criança, 2023.....	52
Tabela 4 – Frequência de Atraso Vacinal por Imunobiológico, UBS nº 3, maio/2023...54	54
Tabela 5 – Frequência de Atraso Vacinal por Imunobiológico, UBS nº 6, maio/2023...56	56
Tabela 6 – Frequência de Atraso Vacinal por Imunobiológico, UBS nº 10, junho/202357	57

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	JUSTIFICATIVA.....	20
3	OBJETIVOS.....	23
3.1	GERAL.....	23
3.2	ESPECÍFICOS.....	23
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
4.1	PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES.....	24
4.2	VACINAÇÃO COMO DIREITO DA CRIANÇA.....	25
4.3	COBERTURA VACINAL INFANTIL E PANDEMIA.....	27
4.4	COBERTURA VACINAL INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL.....	28
4.5	VACINAÇÃO INFANTIL E FATORES INTERVENIENTES NA ADESÃO VACINAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19.....	32
4.6	VIVÊNCIAS DOS PAIS EM RELAÇÃO À VACINAÇÃO INFANTIL.....	34
4.7	PROGRAMA PREVINE BRASIL.....	36
5	MÉTODOS.....	40
5.1	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO.....	40
5.2	PARTICIPANTES.....	41
5.3	COLETA DE DADOS.....	42
5.3.1	Coleta de dados quantitativos.....	43
5.3.2	Coleta de dados qualitativos.....	44
5.3.3	Imunobiológicos em atraso segundo a Caderneta de Vacinação.....	45
5.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	46
5.4.1	Análise dos dados quantitativos.....	47
5.4.2	Análise dos dados qualitativos.....	47
5.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	48
6	RESULTADOS.....	49
6.1	CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES E DA AMOSTRA.....	49
6.2	DADOS QUANTITATIVOS.....	49
6.2.1	Fatores relacionados ao atraso da vacina.....	49
6.2.2	Perfil de atrasos vacinais das Unidades Básicas de Saúde participantes.....	53
6.3	DADOS QUALITATIVOS.....	58

6.3.1	Percepção dos pais sobre a pandemia e a influência na vacinação e saúde da criança.....	58
6.3.2	Motivos para procura do serviço de saúde durante a pandemia.....	58
6.3.3	Condições de saúde da criança.....	59
6.3.4	Informações sobre o cuidado de saúde da criança durante a pandemia.....	59
7	DISCUSSÃO.....	61
7.1	FATORES CONTRIBUINTES PARA A QUEDA DA COBERTURA VACINAL INFANTIL DURANTE A PANDEMIA.....	61
7.2	CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E PRINCIPAIS ATRASOS VACINAIS NA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	63
7.3	PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A PANDEMIA E A INFLUÊNCIA NA VACINAÇÃO E SAÚDE DA CRIANÇA.....	64
7.4	A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO ENFERMEIRO-USUÁRIO NO FORTALECIMENTO DA ADESÃO VACINAL INFANTIL.....	66
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ACERCA DOS FATORES RELACIONADOS AO ATRASO DA VACINA.....	75
	APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO INQUÉRITO VACINAL (GARCIA, 2022). 78	78
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA.....	100
	ANEXO B – CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO INFANTIL – 2022.....	105
	ANEXO C – CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO INFANTIL DO DISTRITO FEDERAL – 2022.....	107

1 INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) possui grande relevância para a saúde da população, uma vez que possibilita a distribuição e ampliação do acesso aos imunizantes, em especial para os distribuídos na primeira infância (FERREIRA *et al.*, 2022).

Criado em 1973, o PNI é coordenado pelo Ministério da Saúde e é considerado uma política pública eficiente, dado que impacta o perfil de morbimortalidade da população brasileira. O PNI cumpre os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – **universalidade**, por meio da oferta de imunobiológicos em todos os municípios brasileiros; **equidade**, mediante a capacidade de alcançar os grupos-alvo da vacinação em todos os ciclos de vida, de modo a atender a comunidades com condições clínicas especiais; **descentralização**, dado que a atuação do PNI é feita através de uma rede articulada, hierarquizada e integrada, promovendo a sua operacionalização nas três esferas de gestão do SUS (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Durante a década de 1990, a cobertura vacinal no Brasil atingiu taxas acima de 95%, evidenciando a aceitação da imunização pela população. Alguns fatores podem ter contribuído para a forte adesão à vacinação daquele período, o que refletiu no controle das doenças imunopreveníveis, como o aprimoramento do Plano Nacional de Vacinação, o avanço no desenvolvimento e produção dos imunobiológicos, o investimento em campanhas e em dias de vacinação, além da divulgação destas campanhas na mídia (DOMINGUES; TEIXEIRA, 2013; FERREIRA, 2022).

A vacinação foi consolidada no país, modificando o cenário epidemiológico das doenças imunopreveníveis, tornando-se uma das principais e mais relevantes intervenções em saúde pública e resultando na erradicação da poliomielite, da rubéola, da síndrome da rubéola congênita e do tétano neonatal. Difteria, tétano e coqueluche foram reduzidas drasticamente (DOMINGUES *et al.*, 2020).

A organização da cobertura nacional se estabelece em três esferas governamentais, que estabelecem normas, metas e resultados para um maior alcance de imunizados. Dessa forma, a Unidade Básica de Saúde é responsável por cumprir metas de cobertura vacinal da população, utilizando estratégias que facilitem a relação entre unidade de saúde e comunidade (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Contudo, há o risco de algumas doenças serem reintroduzidas ou de ocorrer o recrudescimento de doenças controladas ou já erradicadas, devido ao desconhecimento destas ocasionado pela erradicação através das vacinas – os índices de cobertura vacinal revelam

uma redução no alcance das metas preconizadas, principalmente a partir do ano de 2016 (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Os dados divulgados no DATASUS sobre a cobertura vacinal infantil mostram que no Brasil, durante o ano de 2019, esta era de 76% e, em 2020, de 70%, evidenciando nacionalmente a queda da adesão à imunização, principalmente durante o período da pandemia de covid-19. Na Região Centro-Oeste, no ano de 2019, a cobertura vacinal (CV) atingiu cerca de 78% da população infantil, enquanto em 2020 foi de 73% e em 2021, somente 63%. Já no Distrito Federal, no ano de 2019, a CV foi de 81% e, em 2020, 79% (DATASUS, 2022).

Nos últimos 10 anos, o calendário vacinal infantil sofreu algumas mudanças. Em 2012, foi instituída a vacina inativada da poliomielite (VIP), em esquema sequencial com duas doses aos 2 e 4 meses, e duas doses de vacina oral da poliomielite (VOP) sequencialmente, incluindo a vacina conjugada pentavalente, que inclui a DTP (difteria, tétano e coqueluche) + HiB (*Haemophilus influenzae* B) associada a hepatite B (JUNIOR *et al.*, 2018).

No ano de 2013, a vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) foi introduzida no calendário vacinal, o que possibilitou evitar complicações, casos graves e óbitos por varicela no grupo-alvo da vacinação e promover a prevenção de sarampo, caxumba e rubéola. Em 2016, a partir do Plano de Erradicação Global da Poliomielite: Estratégia no Brasil, apresentado pelo Ministério da Saúde, um dos objetivos para erradicar a poliomielite era substituir a vacina oral trivalente pela oral bivalente. Neste caso, o esquema vacinal compreende as 3 doses de VIP, ou seja, a terceira dose, que antes era realizada com VOP, foi substituída pela VIP, sendo mantidos os dois reforços com vacina oral poliomielite, aos 15 meses e 4 anos (JUNIOR *et al.*, 2018).

Atualmente, as crianças menores de um ano são protegidas contra diversas doenças que podem ser evitadas mediante a vacinação, como tuberculose por meio da vacina BCG, tétano, difteria, coqueluche, *Haemophilus influenzae* e hepatite B através da vacina pentavalente, paralisia infantil mediante a vacinação da poliomielite inativada, doenças diarreicas através da rotavírus humano, pneumonia com o imunobiológico pneumocócica 10 e meningite através da meningocócica C (BRASIL, 2023; DOS SANTOS *et al.*, 2021; SBIM, 2023).

Conforme supracitado, tem sido registrada uma queda nas taxas de vacinação nas diferentes regiões do país desde 2016, o que resulta no aumento de indivíduos não imunizados, ocasionando surtos de infecções e aumento da mortalidade infantil e materna

(SATO, 2018). O PNI tem sido fundamental para a redução da mortalidade infantil e, conseqüentemente, a melhoria da expectativa de vida da população brasileira.

Até 2030, o Brasil tem como meta enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de idade. Em 2021, houve uma reversão na queda das taxas de mortalidade infantil e na infância, com aumentos de 3,5% e 3,8%, respectivamente. Há, ainda, o desafio da concentração de mortes por causas evitáveis, entre menores de 5 anos, cujo avanço está distante e dependente, principalmente, da expansão do acesso à atenção básica em saúde (FUNDAÇÃO ABRINQ, 2023).

Em dezembro de 2019, uma nova doença de etiologia viral, com características predominantemente pulmonar, passou a ser descrita na província de Ubei, em Wuhan, na China – a covid-19 (coronavírus disease 2019). A transmissão desse vírus dá-se através de aerossóis gerados por pessoas infectadas ou por contato direto com superfícies contaminadas, e seu quadro clínico pode variar desde infecção assintomática a problemas respiratórios graves (SILVA, 2022).

Considerando que a covid-19 é uma doença de alta transmissibilidade, a elevada quantidade de pessoas infectadas e adoecidas simultaneamente representaria risco de sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS) e poderia elevar a letalidade da doença. Nesse sentido, a fim de reduzir a curva de transmissão e proteger aqueles de maior risco de apresentarem quadros graves, medidas como distanciamento e isolamento social, fechamento de estabelecimentos e quarentena foram fundamentais para reduzir a necessidade de assistência médica em hospitais (SILVA, 2022).

Com o advento da pandemia, o Ministério da Saúde recomendou a vacinação contra a covid-19 para todas as crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade mediante a Portaria nº 181, de 28 de dezembro de 2022, e o imunizante foi incorporado no âmbito do SUS. O esquema de vacinação é composto de três doses, sendo que as duas doses iniciais devem ser administradas com quatro semanas de intervalo, seguidas por uma terceira dose administrada pelo menos oito semanas após a segunda dose para essa faixa etária.

Por ser uma doença recém-descoberta, as informações sobre a organização das atividades rotineiras na Atenção Primária à Saúde (APS) passaram por modificações. As necessidades de saúde mais urgentes foram priorizadas em detrimento de outros serviços que foram interrompidos, inclusive a assistência à saúde da criança, no que tange às consultas de crescimento e desenvolvimento e à imunização, ficando essa população descoberta e exposta ao risco de adoecimento, inclusive por doenças imunopreveníveis (SILVA, 2022).

Frente ao exposto, é importante compreender os fenômenos que estão relacionados com a interrupção dos serviços e a não adesão à vacinação em crianças menores de 1 ano durante a pandemia em Unidades Básicas de Saúde de uma região administrativa do Distrito Federal.

2 JUSTIFICATIVA

Sabe-se que a imunização é de grande relevância para a saúde pública e que a cobertura vacinal é um forte indicador de qualidade sobre a completude do Calendário Nacional de Vacinação, respeitando a faixa etária, o intervalo entre as doses e as oportunidades vacinais (MATOS *et al.*, 2022).

Porém, devido à pandemia vivenciada mundialmente, o impacto na APS com descontinuidade de ações de prevenção e promoção da saúde infantil e o isolamento social refletiu na diminuição da procura dos serviços de saúde pelos pais e/ou responsáveis. Isso pode justificar o atraso vacinal das crianças e o retorno de doenças antes erradicadas por meio da imunização.

Dados divulgados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2023) mostram que, em nível mundial, foi registrada a maior queda contínua nas vacinações infantis nos últimos 30 anos, e tal queda ocorreu justamente no período entre 2019 e 2021, o que resultou, por exemplo, em cerca de 25 milhões de crianças perderem uma ou mais doses de DTP mediante os serviços de vacinação de rotina somente em 2021, destacando o número cada vez maior de crianças em risco de doenças imunopreveníveis.

O estudo de Procianoy *et al.* (2022) teve como objetivo avaliar o impacto da pandemia de covid-19 nos valores de vacinação para as imunizações voltadas a indivíduos com menos de um ano de vida no Brasil. Na análise dos dados, constatou-se que em 2020 foi registrado o menor valor de cobertura vacinal (CV) da média do conjunto das vacinas estudadas, reforçando o impacto negativo que o período pandêmico teve na cobertura vacinal.

O mesmo foi evidenciado por Benedetti *et al.* (2022) através de um estudo descritivo e retrospectivo sobre a cobertura das vacinas aplicadas nas crianças menores de um ano entre os anos de 2019 (pré-pandemia) e 2020 (durante a pandemia), realizado em Roraima, constatando que mais de 90% das vacinas tiveram redução da CV em 2020. Em ordem decrescente, a redução foi de 22,01% para a vacina tríplice viral (D2), 20,38% para a hepatite B em crianças até 30 dias, 19,49% para hepatite A, 19,38% para febre amarela, 17,76% para a BCG, 12,38% para a tríplice viral (D1), 6,91% para a poliomielite, 4,94% para o meningococo C, 4,19% para o rotavírus humano e 3,79% para a pneumocócica.

Procianoy *et al.* (2022) ainda acrescentam que entre os motivos para a menor adesão à vacinação estão a propagação de notícias falsas nas mídias digitais sobre os possíveis efeitos colaterais atribuídos a vacinas e questionando a segurança delas, promovendo, conseqüentemente, o fenômeno da hesitação e da recusa vacinal.

Corroborando os demais autores, o estudo de Menezes *et al.* (2022) evidenciou, ainda, uma prevalência de atraso maior em crianças que não tinham acesso a plano de saúde e a serviços e intervenções em saúde e água potável.

A homogeneidade das coberturas vacinais estima a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas ou a proporção de vacinas com coberturas adequadas no município. No que concerne ao Distrito Federal, utiliza-se para o cálculo as sete regiões de saúde. A taxa de abandono expressa a adesão da população que chegou ao programa de imunização. Esta é estimada através da diferença entre o número de primeiras e de últimas doses do esquema vacinal considerado, dividido pelo número de primeiras doses, multiplicado por 100.

Com base nos dados disponibilizados pelo DATASUS, no Distrito Federal, no período entre 2019 e 2021, observou-se uma queda considerável na CV de imunobiológicos administrados em crianças menores de 1 ano, com maior ênfase na poliomielite, meningococo C, rotavírus humano e tetraviral.

Como determinado pela Agenda de Imunização 2030, o objetivo principal é reduzir a morbidade e a mortalidade por doenças evitáveis por vacinas ao longo da vida. Para isso, é necessário estender os serviços de imunização a fim de atingir crianças sem o esquema vacinal completo, embora o Brasil tenha vivenciado declínios importantes na cobertura vacinal (MENEZES *et al.*, 2022).

A enfermagem é parte essencial no que concerne ao alcance dessa cobertura, através de uma assistência qualificada para o controle da erradicação de doenças e o cumprimento do calendário vacinal nacional em todas as faixas etárias da vida, lançando mão também de estratégias de educação em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2019).

No cenário atual, a saúde pública tem vivenciado desafios significativos, que variam desde surtos de doenças que podem ser evitadas com a vacina, como a poliomielite, até relatos de multirresistência de patógenos a medicamentos, altas taxas de obesidade, inatividade física, mudanças climáticas e crises humanitárias (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Além disso, também há a recusa da vacinação, o que pode ser uma decisão que gera conseqüências não só para um indivíduo, mas na redução da imunidade populacional, podendo resultar em surtos localizados ou em bolsões de infecções em grupos ou populações

específicas. Tais surtos podem ser relacionados com a alta densidade populacional aliada à redução da cobertura vacinal (MENEZES *et al.*, 2022).

Com base no exposto, torna-se imprescindível conhecer a opinião dos pais acerca da importância da vacinação e dos fatores que podem ter influenciado o atraso da imunização durante a pandemia da covid-19, considerando a queda na cobertura vacinal no país, para o estabelecimento de intervenções efetivas com foco nos serviços de imunização e no suporte informacional aos pais.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Descrever a situação vacinal de crianças de uma região administrativa do Distrito Federal no primeiro ano de vida e os principais fatores intervenientes na perspectiva dos pais.

3.2 ESPECÍFICOS

- Realizar uma análise dos dados disponíveis no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização sobre a cobertura vacinal de uma região administrativa do Distrito Federal;
- identificar o impacto da pandemia da covid-19 no processo e situação vacinal infantil de uma região administrativa do Distrito Federal;
- descrever a relação entre situação vacinal infantil e a situação de saúde da criança no primeiro ano de vida durante a pandemia da covid-19;
- evidenciar as perspectivas dos pais/responsáveis e suas repercussões na situação vacinal infantil.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Coordenado pelo Ministério da Saúde, o PNI consolidou-se como uma das mais importantes intervenções em saúde pública. O programa foi formulado em 1973, com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que, anteriormente, eram esporádicas e caracterizadas por descontinuidade e área de cobertura reduzida. Sob esse contexto, foi elaborado um documento pela equipe técnica do Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças e da Central de Medicamentos que constituía a proposta básica do programa de garantir a imunização para todos (BRASIL, 2013).

O PNI iniciou sua primeira Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite em 1980, com o propósito de vacinar todas as crianças menores de 5 anos em apenas um dia. A campanha rendeu bons frutos: o último caso de poliomielite no Brasil ocorreu em 1989, na Paraíba, garantindo em 1994 o certificado de que a doença havia sido erradicada no país (BRASIL, 2013).

Os resultados obtidos ao longo dos anos revelam a eficácia do PNI: a erradicação do sarampo, a eliminação do tétano neonatal e o controle de outras doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche, tétano acidental, hepatite B, meningites, febre amarela, formas graves da tuberculose, rubéola e caxumba, assim como a manutenção da erradicação da poliomielite (DOMINGUES *et al.*, 2020; MAIA *et al.*, 2020).

Atualmente, o PNI é referência internacional e busca oferecer todas as vacinas com qualidade a todas as crianças que nascem anualmente no Brasil, com a meta de alcançar 100% das coberturas vacinais, em todos os municípios e em todos os bairros. Ademais, o programa é caracterizado como uma política pública eficiente, a qual impacta o perfil de morbimortalidade da população brasileira, sempre adequando-se às mudanças ocorridas no cenário político, epidemiológico e social (COSTA *et al.*, 2022; DOMINGUES *et al.*, 2020), e é fortemente concretizado no país por seguir os princípios doutrinários do SUS – universalidade, equidade e descentralização.

A oferta de imunobiológicos para todos os grupos-alvo da vacinação garante a aplicabilidade da universalidade, mediante a existência das mais de 36 mil salas de vacina, em todos os municípios brasileiros. No que tange à equidade, nota-se a ampliação da oferta de vacinas por meio das estratégias de vacinação de rotina e campanhas, de modo a abranger todos os ciclos da vida, mediante a oferta de 15 vacinas para as crianças, 9 para adolescentes e

5 para adultos e idosos, protegendo a população de mais de vinte doenças (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Quanto à descentralização, o PNI atua numa rede articulada, hierarquizada e integrada, com discussões permanentes sobre normas, metas e resultados, permitindo a operacionalização nas três esferas de gestão do SUS, favorecendo a redução das desigualdades sociais e regionais e possibilitando o acesso à vacinação para todos os brasileiros (DOMINGUES *et al.*, 2020).

A fim de subsidiar a gestão do programa, o uso de sistemas de informação, em parceria com o DATASUS, facilita o registro dos dados sobre a vacinação, além de permitir a compreensão dos eventos adversos, da utilização e perdas de imunobiológicos, da aquisição e distribuição das doses (DOMINGUES *et al.*, 2020). A partir do ano de 2019, o registro dos vacinados nas unidades básicas de saúde está sendo realizado pelo E-SUS, com a meta de integrar os dados de todos os sistemas de informação em saúde que são utilizados no SUS.

4.2 VACINAÇÃO COMO DIREITO DA CRIANÇA

Mesmo que o direito fundamental à saúde esteja consolidado na consciência de grande parte dos brasileiros, ainda existe uma parcela que ignora a importância desse direito. Em 1946, a OMS definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Com base nesse conceito, a Constituição Federal de 1988 pretendeu alcançar esse objetivo mediante a instituição do seu artigo 6º (RODRIGUES; MENEZES; MORAES, 2022).

A Constituição de 1988 traz a saúde como direito fundamental, sendo o Estado provedor por meio da realização de prestações positivas para a implementação do direito supracitado, com prioridade para as ações de prevenção à saúde. Cita-se a vacinação como medida eficaz de prevenção de saúde, sendo uma das estratégias prioritárias que o Estado brasileiro se comprometeu a adotar (RODRIGUES; MENEZES; MORAES, 2022).

A Portaria nº 597 de 2004, do Ministério da Saúde, estabelece, em seu art. 3º, que as vacinas previstas no calendário do PNI são de caráter obrigatório, sendo que sua comprovação será realizada mediante atestado de vacinação (art. 4º). Ainda, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) também prevê em seu artigo 14, §1º, que “é obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias” (COSTA *et al.*, 2022).

Ademais, vale ressaltar que, ainda que a população esteja consciente sobre o seu direito à saúde e, conseqüentemente, às medidas de prevenção, tais como a vacinação, há uma

parcela brasileira engajada na recusa do imunobiológico, conhecido como movimento antivacina. Barbosa e Schulman (2022) afirmam que garantir direitos custa não apenas um custo orçamentário, mas também um custo social. Logo, garantir o direito à recusa de vacina também tem o mesmo duplo custo, e compreender suas causas e consequências passa a ser uma necessidade econômica, social e jurídica.

É crescente o número de pais e/ou responsáveis complacentes com o movimento antivacina, em que os pais adotam esquemas de vacinação alternativos e não padronizados ou acreditam que o imunobiológico não traz benefícios aparentes aos seus filhos, favorecendo um aumento significativo de casos de crianças não vacinadas ou subvacinadas, surtos de doenças, comorbidades e mortes prematuras (BRITO; CEREWUTA, 2022; OLUSANYA *et al.*, 2021).

A criança, enquanto for menor e estiver em fase de amadurecimento, estará sob responsabilidade parental, uma vez que, durante a infância e em posição de vulnerabilidade, precisa de amparo e cuidados como forma de prevenir seus interesses. Assim, é indispensável o poder-dever de cuidado dos pais e/ou responsáveis, a fim de garantir uma vida digna à criança, com direito a educação, saúde, lazer, alimentação, boa convivência familiar, prezando pelo respeito e assistência, como disposto no artigo 227 da Constituição Federal de 1988 (BRITO; CEREWUTA, 2022).

Com o advento da pandemia pelo vírus da covid-19 e a crescente disseminação da doença na população, as crianças foram incluídas no plano de vacinação. Contudo, a aceitação da imunização foi baixa, o que favoreceu não somente a queda da cobertura vacinal infantil e a propagação da covid-19, mas também o reaparecimento de outras doenças que já eram consideradas erradicadas. Muitos foram os motivos que levaram os pais e/ou responsáveis a não imunizar seus filhos, como as ideologias, perspectiva moral e negacionista – fortalecendo o movimento antivacina (BRITO; CEREWUTA, 2022).

O artigo 1.630 do Código Civil de 2002 expressa claramente que enquanto os filhos forem menores, estarão submetidos ao poder familiar. Na medida em que o provedor familiar impede que crianças e adolescentes tenham acesso aos imunizantes recomendados amplamente pelas autoridades sanitárias, o direito à saúde previsto na Constituição Federal é violado, e isso poderá implicar na perda ou suspensão do poder familiar, evidenciando negligência por parte do tutor. A omissão dos pais de não cumprir o que determina a legislação pode ocasionar em responsabilidades nas esferas jurídicas (BRITO; CEREWUTA, 2022).

Logo, não se deve considerar somente a ideologia pessoal do responsável, mas também a segurança da criança, e toda e qualquer decisão deve priorizar o melhor interesse. Nesse caso, o Estado deve intervir para proteger a saúde, a fim de evitar múltiplos prejuízos na vida das crianças e na sociedade. Ressalta-se que a não adesão à vacinação interfere na saúde pública, e cabe ao gestor a implementação de políticas e projetos para reduzir o aparecimento de doenças e estimular a população a procurar as unidades de saúde para cumprimento do calendário vacinal, sempre alertando os pais do dever de cuidado (BRITO; CEREWUTA, 2022).

4.3 COBERTURA VACINAL INFANTIL E PANDEMIA

Anualmente, o PNI define os calendários de vacinação a serem implementados no país com a finalidade de garantir, no mínimo, 90% de CV das crianças até um ano de vida, considerando a situação epidemiológica, o risco, a vulnerabilidade e as especificidades sociais, com específicas orientações para crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos e povos indígenas (COSTA *et al.*, 2022).

Porém, o índice de vacinação infantil no Brasil despencou em 2020, durante a pandemia – a taxa de imunização do público supracitado da BCG chegou a 63,88%, da vacina contra o rotavírus, a 68,46% e da pneumocócica, a 71,98% (COSTA *et al.*, 2022).

A OMS e a UNICEF emitiram um alerta, no ano de 2020, sobre a redução da vacinação em crianças globalmente, principalmente no que diz respeito às campanhas de vacinação contra o sarampo – mais de 117 milhões de crianças de 37 países poderiam deixar de receber o imunobiológico – dando como causa a interrupção na entrega e na aceitação dos serviços de imunização ocasionados pela pandemia de covid-19.

A cartilha disponibilizada em 2020 pela UNICEF acerca das mudanças na rotina das imunizações durante a pandemia expõe algumas justificativas que corroboram a importância da vacinação de rotina em crianças menores de 5 anos, dado que a interrupção tanto da imunização quanto das estratégias de seguimento favorece o aumento de casos de doenças imunopreveníveis e o retrocesso nas conquistas. E ainda reforça que as consequências dessa perda para as crianças podem ser mais graves do que as causadas pela pandemia de covid-19 (UNICEF, 2020).

Além disso, também foi alertada pela UNICEF a sobrecarga dos sistemas de saúde, a qual aumenta de forma considerável tanto a mortalidade direta, causada pela pandemia, como a indireta, ocasionada pelas doenças imunopreveníveis e tratáveis. Até maio de 2020,

dezenove estados brasileiros registraram circulação ativa do vírus do sarampo, com maior destaque para o Pará, que concentrou 40,9% dos casos confirmados e a maior incidência entre os estados do país. Além disso, no Brasil, a faixa etária de 20 a 29 anos apresentou o maior número de casos confirmados, porém, a maior taxa de incidência esteve entre os menores de 5 anos, especialmente no primeiro ano de vida (UNICEF, 2020).

No ano de 2020, a então coordenadora do PNI, Francieli Fontana, declarou que a CV no país já apresentava queda de suas taxas antes da pandemia, mas que o impacto foi consideravelmente maior durante o período pandêmico. Em entrevista dada à Sociedade Brasileira de Imunizações, ela comunicou que, conforme os estudos realizados pelo PNI, algumas causas foram identificadas para essa redução da CV, porém acreditava-se ser multifatorial (SBIM, 2020).

4.4 COBERTURA VACINAL INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal é organizado em sete Regiões de Saúde (Figura 1) e quatro Unidades de Referência Distrital. As Regiões de Saúde são: Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul. Já as Unidades de Referência Distrital são Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Hospital de Apoio de Brasília (HAB), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital da Criança de Brasília (HCB) (DISTRITO FEDERAL, 2019).

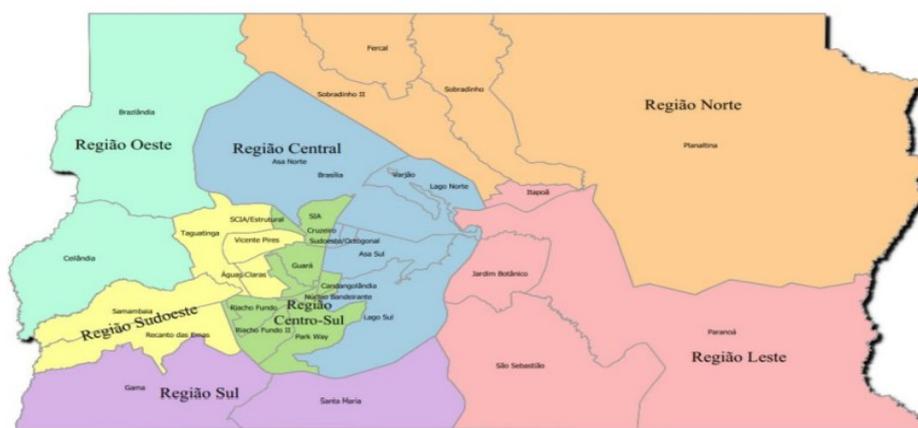
A região Centro-Sul compreende a Asa Sul, Guará, Lago Sul, Candangolândia, Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II e Parkway. A região Centro-Norte é composta por Asa Norte, Cruzeiro e Lago Norte. A região Oeste é composta por Ceilândia e Brazlândia. Compõem a região Sudoeste: Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas. Na região Norte estão presentes Planaltina, Sobradinho, Mestre D'Armas e Arapoanga. Na região Leste estão Paranoá e São Sebastião. E, por fim, na região Sul estão Gama e Santa Maria (DISTRITO FEDERAL, 2019).

A homogeneidade das coberturas vacinais estima a proporção de municípios com coberturas vacinais adequadas ou a proporção de vacinas com coberturas adequadas no município. No Distrito Federal, utiliza-se para o cálculo as sete Regiões de Saúde (DISTRITO FEDERAL, 2021).

A meta de CV utilizada no Distrito Federal (DF) segue os parâmetros do PNI de 80% para as vacinas contra o HPV e meningocócica C em adolescentes; 90% para as vacinas BCG e rotavírus; e 95% para as demais vacinas indicadas na rotina do calendário nacional de vacinação (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Para melhor apreciação do cenário da CV no DF, serão expostos os dados disponibilizados nos boletins epidemiológicos referentes aos últimos cinco anos (2019-2023). Vale ressaltar que, durante o ano de 2019, foi consolidado no DF o uso exclusivo do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI), pelas salas de vacina, para o registro individualizado de vacinação, otimizando ainda mais o perfil da população vacinada nas regiões de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Figura 1 – Mapa das Regiões de Saúde do Distrito Federal



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde - Relatório Anual de Gestão 2021.

No ano de 2019, somente as Regiões de Saúde Central, Sul e Oeste alcançaram a meta de CV. O DF atingiu a meta de cobertura somente para a vacina BCG (90,2%). Os dados mostram, também, que nenhuma Região de Saúde alcançou mais de 80% de homogeneidade. Houve uma queda significativa para as vacinas pentavalente e hepatite B, porém foi considerado o desabastecimento da vacina pentavalente, que ocorreu durante julho do ano supracitado. Felizmente, houve um aumento, mesmo que discreto, da CV para as vacinas VIP, febre amarela, hepatite A e tetraviral. Nesse mesmo ano, a cobertura para tríplice viral em menores de 1 ano foi de 48%, o que era preocupante na época, uma vez que estava ocorrendo um surto no país (DISTRITO FEDERAL, 2021).

No ano subsequente, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou a pandemia de covid-19. Ainda assim, as regiões Central, Sul e Centro-Sul alcançaram a meta de CV. No DF, a meta de cobertura foi atingida somente para a vacina BCG (93,8%). A vacina tetraviral apresentou uma redução importante quando comparada aos anos anteriores – fato ocasionado pelo desabastecimento iniciado em julho/2019. Para sanar tal problema, foi adotado o esquema de tríplice viral + varicela monovalente. Entretanto, a cobertura da segunda dose de tríplice viral ficou em apenas 67%, evidenciando uma queda de mais de 20% quando comparado a 2019 (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Quando realizada a análise da série histórica da CV no DF (2010-2020), o ano de 2020 revela uma queda significativa para as vacinas rotavírus, poliomielite, pneumocócica, meningocócica C, hepatite A, tríplice viral e tetraviral. As vacinas pentavalente e hepatite B obtiveram um aumento importante, o que se deve ao reabastecimento do imunobiológico em meados de março (DISTRITO FEDERAL, 2021).

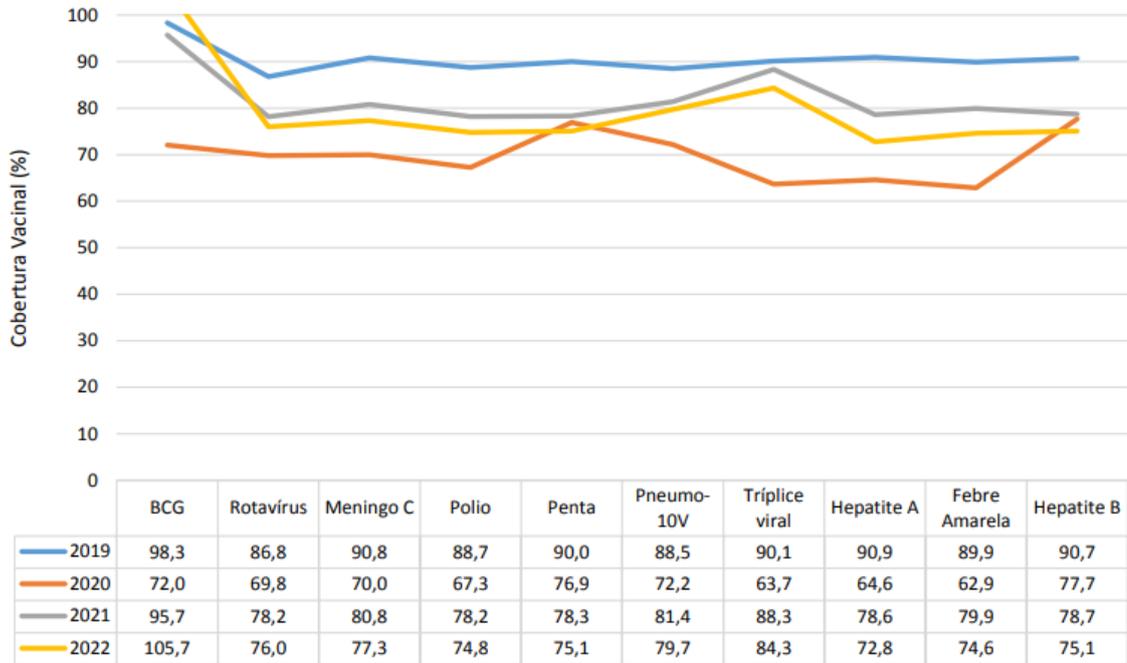
Devido à possibilidade de contaminação por covid-19, o Ministério da Saúde (MS) adiou a vacinação de rotina em todas as salas de vacinação do país, com o objetivo de evitar aglomerações nas unidades de saúde – medida esta que pode ter influenciado a queda da CV, não somente pela restrição à vacinação nos dias determinados pelo MS, mas também pela hesitação e receio gerados pela pandemia, ocasionando uma menor procura pelos serviços de vacinação (PROCIANOY *et al.*, 2021).

Nesse mesmo ano, no DF, para as vacinas do calendário infantil, a taxa de abandono foi menor que 5% para as vacinas rotavírus (1,6%), pneumocócica 10 (1,2%) e meningocócica C (3,2%). As vacinas VIP (6,8%) e pentavalente (8,3%) apresentaram média taxa de abandono. Já a vacina tríplice viral exibiu elevada taxa de abandono, atingindo 45,9% (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Em 2021, o DF atingiu a meta de CV somente para a BCG (96,4%), assim como as Regiões de Saúde Sul e Oeste. A região Sul obteve uma elevada cobertura para BCG (221,7%) devido à vacinação nas maternidades de seus respectivos hospitais regionais, que também atendem parte do entorno do DF. Para as vacinas do calendário infantil, a taxa de abandono foi menor que 5%, exceto para a vacina tríplice viral, cuja segunda dose apresenta baixa cobertura (DISTRITO FEDERAL, 2021).

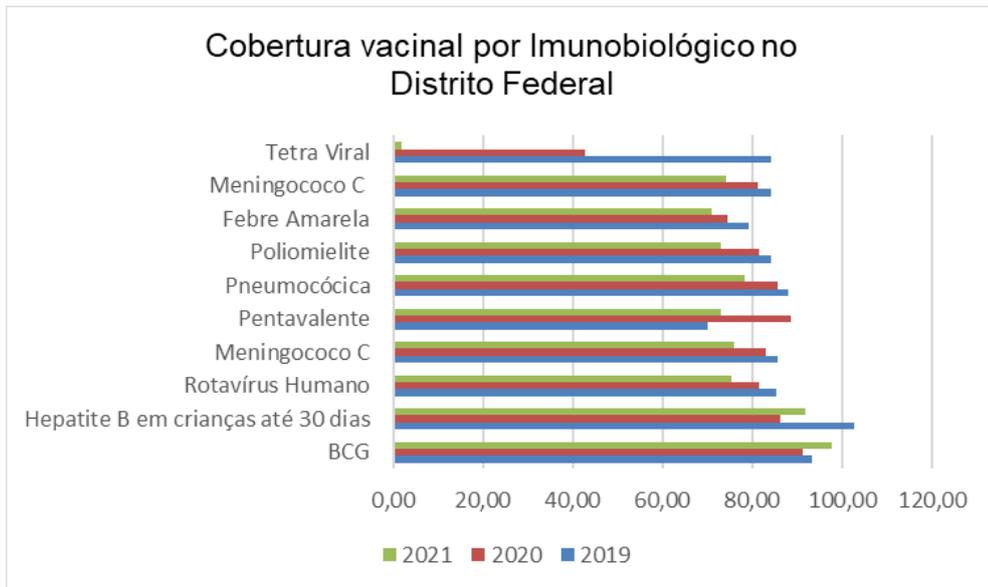
Até o momento do desenvolvimento deste trabalho, para o ano de 2022, somente foi apresentado o boletim epidemiológico referente ao primeiro quadrimestre. Nele, o DF alcançou a meta de CV, mais uma vez, somente para BCG (105,7%), bem como as regiões Norte e Sul. Conforme descrito no boletim epidemiológico, quando realizada a comparação da CV para as vacinas do calendário infantil em menores de 2 anos, no período de 2019 a 2022, os dados evidenciam uma redução da cobertura vacinal em 2020 para todos os imunobiológicos, um aumento em 2021 para as mesmas vacinas e nova queda em 2022 (exceto para BCG) (Figura 2) (DISTRITO FEDERAL, 2021).

Figura 2 – Cobertura vacinal acumulada de janeiro a abril para as vacinas do calendário infantil (menores de 1 ano e de 1 ano) nos anos de 2019 a 2022, no Distrito Federal



Fonte: Distrito Federal (2022).

Gráfico 1 – Cobertura vacinal por imunobiológico no Distrito Federal



Fonte: Elaborado pela autora, com base em DATASUS (2022).

4.5 VACINAÇÃO INFANTIL E FATORES INTERVENIENTES NA ADESÃO VACINAL DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

É notória a redução da CV e seu impacto na saúde infantil, mundialmente. Domingues *et al.* (2020), em seu estudo, apontam que a queda nos índices da CV não pode ser atribuída a uma única causa. É importante compreender os múltiplos fatores que contribuem para essa diminuição, tais como o desconhecimento da importância da imunização, a hesitação em vacinar, as *fake news* veiculadas pelas redes sociais sobre o malefício que as vacinas podem provocar à saúde, o desabastecimento de alguns insumos, os problemas operacionais para a execução do programa de vacinação, o registro adequado de dados e a dificuldade de acesso à unidade de saúde (DOMINGUES *et al.*, 2020, p. 3; MAIA *et al.*, 2022; RODRIGUES *et al.*, 2022).

Em teoria, em consequência da redução da circulação de muitas doenças imunopreveníveis, a prevenção passou a ser colocada em segundo plano, por vezes, sendo caracterizada como ação desnecessária. Porém, a OMS reforça a importância de manter os índices de CV elevados e de desenvolver intervenções em saúde pública que colaborem para o crescimento da adesão vacinal (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Um dos fatores que colaboram para a queda da CV é a hesitação vacinal, sendo esta evidenciada pelo atraso na execução do esquema vacinal ou recusa em receber as vacinas recomendadas, ainda que estas estejam disponíveis nos serviços de saúde. Há, ainda, questões multifatoriais que envolvem aspectos culturais, sociais e econômicos, que variam conforme o tempo, local e tipos de vacinas que estão sendo utilizadas nos programas de vacinação (DOMINGUES *et al.*, 2020; MAIA *et al.*, 2022; RODRIGUES *et al.*, 2022).

Costa *et al.* (2022) apontam que alguns dos fatores que contribuíram para a queda da CV foram descaso e desinformação dos pais ou responsáveis, medo, crenças, superstições e mitos de grupos populacionais, além dos movimentos antivacina (DINLEYICI *et al.*, 2021; MAIA *et al.*, 2022).

A segurança e a eficácia das vacinas são frequentemente questionadas, principalmente pelos grupos antivacina, e reforçam a baixa adesão vacinal. É certo que, ainda que as vacinas apresentem um benefício amplo à saúde pública, como qualquer outro medicamento, podem ocorrer alguns eventos indesejados após a administração. Como muitas doenças imunopreveníveis estão sendo erradicadas ou minimizadas, as notícias acerca dos eventos adversos relacionados à vacinação ficam em evidência, gerando desconfiança por parte da população e impulsionando a hesitação vacinal (DOMINGUES *et al.*, 2020).

Devido ao risco de contaminação e o distanciamento social no cenário pandêmico, muitos países suspenderam temporariamente as campanhas de vacinação vigentes, e os fatores que influenciaram também essa tomada de decisão relacionam-se ao medo dos pais, à restrição de movimentação/*lockdown*, à mudança de prioridades sanitárias entre os profissionais de saúde e a questões logísticas de entrega, como o atraso no transporte de vacinas (DINLEYICI *et al.*, 2021).

O sarampo, por exemplo, é uma doença grave com taxa de letalidade de 0,2% e altamente contagiosa. Crianças não vacinadas ficam vulneráveis ao surgimento da doença, aumentando o número de casos rapidamente, caso haja a suspensão dos programas de vacinação. A poliomielite também preocupa os líderes mundiais, já que a não vacinação favorece a circulação do vírus pelo mundo, afetando negativamente a erradicação global da patologia (DINLEYICI *et al.*, 2021).

A pandemia de covid-19 afetou todos os países do mundo, independentemente de seu poder econômico, e representou uma ameaça às nações de baixa e média renda, devido a suas influências políticas e econômicas limitadas para combater a doença ao lado de outras demandas, incluindo os esforços para controlar doenças evitáveis por vacinas (DINLEYICI *et al.*, 2021).

O estudo de Abbas *et al.* (2020) mostrou que para cada morte causada pela covid-19, houve 100 mortes de crianças na África por causas imunopreveníveis, o que evidenciava os benefícios da manutenção da imunização infantil de rotina no continente africano em detrimento dos óbitos por covid-19. Na República Democrática do Congo, a epidemia de sarampo em janeiro de 2020 ocasionou mais de 60.000 casos e 800 mortes. Ebola, tuberculose e cólera também atingiram o país (BEHRENS; CHERRY; HEININGER, 2020; DINLEYICI *et al.*, 2021; GAYTHORPE *et al.*, 2021).

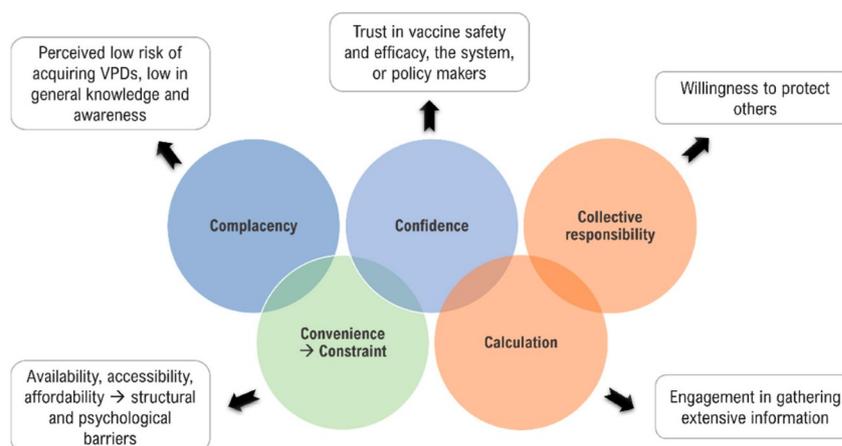
Estudos apontam que as reduções na CV de rotina possuem um impacto muito maior nas mortes em excesso previstas na próxima década para todas as infecções do que o adiamento de campanhas – no caso das interrupções dos serviços de saúde sofridas durante o período pandêmico. Esse fator impacta significativamente os países que planejam estratégias de recuperação e destaca a necessidade de maior ênfase na busca ativa como parte contínua da imunização de rotina (GAYTHORPE *et al.*, 2021).

4.6 VIVÊNCIAS DOS PAIS EM RELAÇÃO À VACINAÇÃO INFANTIL

O modelo conceitual da hesitação vacinal foi proposto em 2014 por especialistas em imunização da Organização Mundial de Saúde (OMS) e propunha três categorias definidoras: complacência (não considerar as doenças de alto risco e a vacinação como importante), conveniência (obstáculos práticos) e confiança (falta de confiança na segurança e eficácia da vacina), referido como o modelo 3Cs. Contudo, percebeu-se que esse conceito de hesitação vacinal não se aplicava em situações em que a aceitação da vacina é baixa devido à indisponibilidade de vacinas, falta de acesso a vacinas, viagens/distâncias inaceitáveis para clínicas de imunização e comunicação deficiente.

Assim, em 2016, uma nomenclatura mais ampla, abrangendo as dimensões de acesso, acessibilidade, conscientização, aceitação e ativação, foi sugerida para os fatores determinantes da aceitação da vacina, conhecida como 5As. Baseando-se em pesquisas empíricas e teóricas, o modelo 3Cs foi revisado em 2018, enfatizando a importância de mais do que apenas o conceito de confiança, e emergiu como o modelo 5Cs: confiança, complacência, restrições (ajuste do termo conveniência para agora incluir barreiras estruturais e psicológicas), cálculo (preferência pela deliberação) e responsabilidade coletiva (orientação comunitária). A figura abaixo mostra o ajuste do modelo de hesitação vacinal de 3Cs para 5Cs (NUWARDA *et al.*, 2022):

Figura 3 – Modelo de hesitação vacinal de 3Cs para 5Cs



Fonte: NUWARDA *et al.* (2022).

A maneira como os pais experienciam o ato de vacinar seus filhos está intimamente ligada aos fatores que definem a hesitação vacinal, que pode variar dentro do espectro de totalmente aceitadores, selecionadores de vacinas até a recusa absoluta.

Nos últimos anos, observou-se uma tendência familiar, em que benefícios e perigos das vacinas são avaliados racionalmente (JACOBSON, 2010; VELAN *et al.*, 2012), e isso reflete no crescente número de pais que atrasam a vacinação de seus filhos ou recusam vacinas selecionadas.

A sociedade rejeita o conceito de inoculação para prevenir doenças desde o advento da vacinação no século XVIII (DURBACH, 2000; HEALY; PICKERING, 2011). De modo geral, a recusa dos pais em vacinar as crianças, total ou seletivamente, está fundamentada em crenças, atitudes e valores pessoais. Estes incluem crenças religiosas (MUHSEN *et al.*, 2012; SIMPSON; LENTON; RANDALL, 1995) e considerações éticas, como exploração animal e infantil para estudar vacinas (KEANE *et al.*, 2005).

Outros incluem o dilema entre individual *versus* bem comum e contribuir para a “imunidade de rebanho” (HOBSON-WEST, 2007; KEANE *et al.*, 2005), desconfiança no estabelecimento médico (HOBSON-WEST, 2007; OMER *et al.*, 2009) e em médicos (SMITH; MARSHALL, 2010) e crenças ideológicas, como a de que contrair a doença naturalmente é mais saudável (FLANAGAN-KLYGIS; SHARP; FRADER, 2005; HEALY; PICKERING, 2011).

Ademais, fatores socioambientais, somando-se à cobertura da mídia sobre vacinas, normas sociais percebidas e a forte influência de grupos de pares, também demonstram um grande domínio no processo de tomada de decisão dos pais relacionada à vacina (STURM; MAYS; ZIMET, 2005; TICKNER; LEMAN; WOODCOCK, 2006). Estudos em muitos países também concluíram que a recusa ou hesitação em vacinar-se está associada a um nível socioeconômico mais alto e ao nível educacional da mãe (SMITH; CHU; BARKER, 2004; SMITH *et al.*, 2011).

Outro motivo importante para esse fenômeno é que muitas doenças imunopreveníveis não são percebidas como um risco sério (OMER *et al.*, 2009). Ou seja, os programas de imunização são vítimas do seu próprio sucesso, que resultou na diminuição da morbimortalidade infantil ao longo dos anos. Como a maioria dos pais hoje não está familiarizada com essas doenças, sua ameaça é menos concreta (OMER *et al.*, 2009). Conseqüentemente, muitos tendem a classificar seletivamente doenças individuais em termos de risco (HEALY; PICKERING, 2011).

Após a diminuição de muitas das doenças evitáveis por vacinas, as preocupações que antes eram destinadas a essas doenças foram substituídas pela preocupação com a segurança das vacinas (HEALY; PICKERING, 2011; OMER *et al.*, 2009). Mais de 20% dos pais relataram ter preocupações significativas sobre a segurança das imunizações infantis (ALLRED *et al.*, 2005; SHUI; WEINTRAUB; GUST, 2006), e aproximadamente 15% da subimunização foi atribuída a tais preocupações (GUST *et al.*, 2004; TAYLOR *et al.*, 2002).

Somando-se a essas preocupações está o aumento dos tipos de vacinas incluídas nos calendários infantis. Isso resultou em um aumento do medo de que várias vacinas pudessem sobrecarregar o sistema imunológico das crianças (HEALY; PICKERING, 2011; SMITH; MARSHALL, 2010). Em vista disso, protocolos alternativos de vacinação foram propostos em alguns países, incluindo menos injeções por visita e distribuindo a administração das vacinas por um período mais longo (HEALY; PICKERING, 2011; SMITH; MARSHALL, 2010).

4.7 PROGRAMA PREVINE BRASIL

Em 2019, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu como estratégia uma nova política de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), nomeada Previne Brasil. O objetivo da política era fortalecer os atributos essenciais e derivados da APS, buscando a sincronia entre o resgate dos princípios estabelecidos historicamente pelo nível de atenção supracitado e a modernização organizacional que o século XXI e as mudanças sociais e culturais nos impõem (HARZHEIM, 2020; SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Logo, com esse movimento, pretendia-se enfrentar os desafios não solucionados da APS no SUS e inovar a organização dos serviços, consolidando os princípios que regem ambos. Uma das inovações do Previne Brasil está relacionada ao novo modelo de financiamento e transferência de recursos para a APS. Foram definidos três blocos para as transferências federais: capitação ponderada, incentivos em ações estratégicas e prioritárias e pagamento por desempenho (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2023).

No que diz respeito à transferência de recursos financeiros do componente de capitação ponderada, considera-se o quantitativo de pessoas cadastradas em equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP) pelo município, ponderada por critérios de equidade. Dessa forma, para a ponderação são considerados três critérios: a) vulnerabilidade socioeconômica, calculada pela proporção da população no município que recebe o benefício do Programa Bolsa Família, e o Benefício de Prestação Continuada ou

benefícios previdenciários do Instituto Nacional do Seguro Social de até dois salários mínimos; b) a população no município com até 5 anos e a partir de 65 anos de idade; e c) os custos da provisão de APS nos municípios, que variam de acordo com sua distância de centros urbanos (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2023).

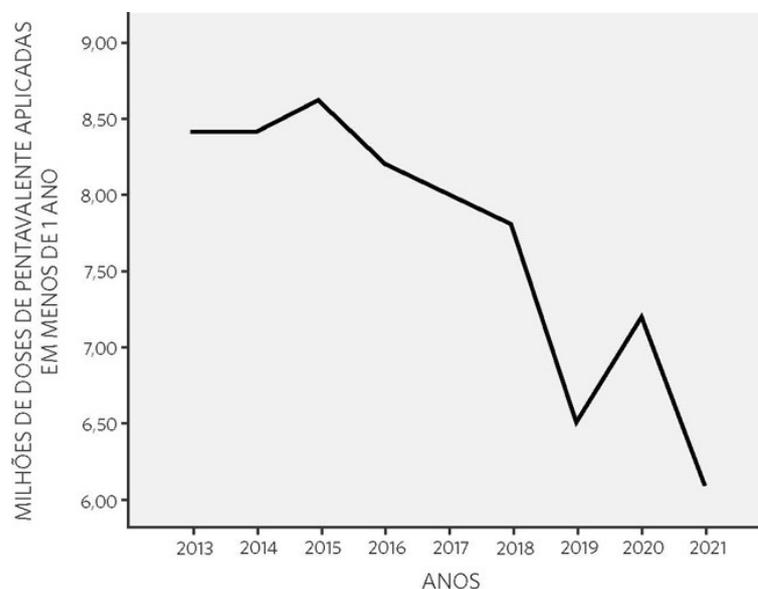
Em suma, a parcela do repasse financeiro do MS para a APS ficou condicionada ao número de cadastros efetuados. Sobre o pagamento por incentivo, são contemplados 16 programas específicos, a saber: Saúde na Hora; Equipe de Saúde Bucal; Unidade Odontológica Móvel; Centro de Especialidades Odontológicas; Laboratório Regional de Prótese Dentária; Consultório na Rua; Unidade Básica de Saúde Fluvial; Equipe de Saúde da Família Ribeirinha; Microscopista; Equipe de Atenção Básica Prisional; eSF e eAP que atendem adolescentes em conflito com a lei; Programa Saúde na Escola; Polo de Academia da Saúde; Informatização de equipe; Custeio aos municípios com Residência Médica e Multiprofissional (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2023).

Finalmente, as transferências por desempenho nas atividades da APS resultariam da análise dos resultados de sete indicadores de cada equipe de saúde credenciada (COSTA; SILVA; JATOBÁ, 2023):

- indicador 1: proporção de gestantes com seis ou mais consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20^a semana de gestação;
- indicador 2: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- indicador 3: proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- indicador 4: cobertura de exame citopatológico;
- indicador 5: cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;
- indicador 6: percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;
- indicador 7: percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

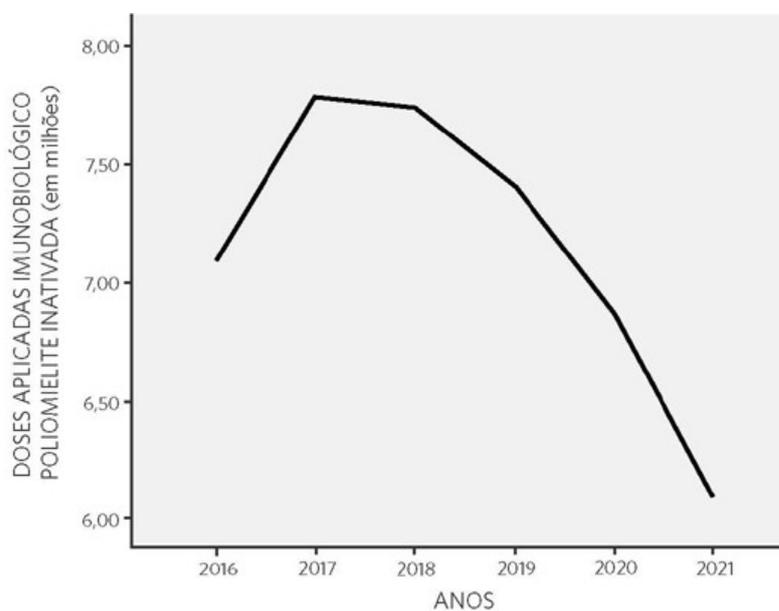
O indicador “cobertura vacinal de poliomielite inativa e pentavalente” avalia o acesso às ações de imunização. No estudo de Costa, Silva e Jatobá (2023), ao comparar a média do Terceiro Quadrimestre de 2020 com 2021, notou-se uma queda significativa na cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente, o que poderia levar o Brasil à situação de descontrole epidemiológico. Além disso, ao analisar a porcentagem de municípios que alcançaram os resultados das metas de cobertura pactuadas previamente pelo Previn Brasil, observou-se uma redução brusca nos dados – de 95% de cobertura alcançada para 30%.

Gráfico 2 – Doses da vacina pentavalente aplicada em menores de 1 ano (milhões de doses)



Fonte: Costa, Silva e Jatobá (2023).

Gráfico 3 – Doses aplicadas do imunobiológico (poliomielite inativada) em menores de 1 ano (milhões doses) – 2016-2021



Fonte: Costa, Silva e Jatobá (2023).

Frente à situação delicada que o país sofreu devido à pandemia da covid-19, muitos serviços de saúde foram impactados negativamente. É alarmante saber que, entre 2020 e 2021, foi registrada a redução de mais de 1 milhão de doses da vacina poliomielite inativada e da pentavalente aplicadas em menores de 1 ano de idade.

Muitos fatores podem estar associados a baixa CV: o desconhecimento da população sobre os imunizantes que compõem o calendário nacional de vacinação; medo de que as vacinas causem reações adversas; falta de comunicação entre gestores e profissionais de saúde com a população a respeito dos benefícios da vacinação; e falta de informação a respeito do funcionamento das UBS (PESSOAS *et al.*, 2023).

Sugere-se, então, que, para alcançar a meta, sejam adotadas medidas voltadas ao público-alvo: captar as crianças logo após o nascimento, agendando a primeira consulta de puericultura para a primeira semana de vida; orientar os familiares sobre a importância das vacinas desde as consultas de pré-natal e seguir ao longo das consultas de puericultura; monitorar os faltosos individualmente e realizar busca ativa; manter contato constante com as creches através do PSE para verificação e acompanhamento das cadernetas de vacinação; e ampliar os horários e dias de funcionamento das salas de vacinas (PESSOAS *et al.*, 2023).

Para contornar a situação e adquirir os repasses financeiros por parte do MS, as equipes de ESF reestruturaram-se internamente para atender às metas pactuadas pelo Previner Brasil. A atualização da Caderneta de Vacinação infantil foi um dos fatores que influenciou a coleta de dados deste estudo, dado que a busca ativa pelas cadernetas ocorreu principalmente pelo incentivo financeiro à unidade de saúde. Logo, muitas crianças apresentavam a completude dos cartões ou estavam em vias de atualizar.

5 MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa e qualitativa.

Proetti (2018) escreve que as pesquisas qualitativa e quantitativa não são excludentes. Elas podem ou não ser utilizadas de forma independente e são essenciais, quando é necessário entender e mensurar fatos. Apesar de oferecerem recursos metodológicos com diferentes perspectivas para a realização de estudos, não são polos opostos. Elas poderão ser utilizadas de forma complementar de acordo com o objeto a ser estudado e fornecer mais informações confiáveis para o pesquisador.

O estudo observacional transversal é o método de pesquisa que busca delimitar parâmetros e estabelecer hipóteses sobre possíveis relações entre variáveis dependentes e independentes considerando medidas pontuais. Em um estudo transversal, as variáveis são identificadas num ponto no tempo e as relações entre elas são determinadas. Quando falamos em estudo retrospectivo, falamos de um evento ou fenômeno identificado no presente que é interligado a fatores ou variáveis no passado (ROTHMAN; GREENLAND; LASH, 2015; ROUQUAYROL; GURGEL, 2017).

Neste estudo, foi analisado o impacto da pandemia de covid-19 no esquema vacinal de crianças no primeiro ano de vida, atendidas em Unidades Básicas de Saúde de uma região administrativa do Distrito Federal. Para este estudo, foi considerado o período entre março de 2020 e 5 de maio de 2023 – período de maior crise em nível mundial e que delimita o início e o fim do estado de crise sanitária pela covid-19 declarada pela OMS. Assim, buscou-se conhecer a situação vacinal das crianças nascidas no período supracitado durante seu primeiro ano de vida, ou seja, foi estudada a situação vacinal de crianças que nasceram entre março de 2020 e maio de 2022 e, por consequência, viveram o primeiro ano de vida durante o período da pandemia.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DO ESTUDO

A região administrativa escolhida foi Santa Maria, a qual possui 10 Unidades Básicas de Saúde, além de um hospital regional e um Centro de Atenção Psicossocial. A pesquisa foi realizada em 03 Unidades Básicas de Saúde que abrangem a parte norte, sul e entorno da região.

As três Unidades Básicas de Saúde estão localizadas em Santa Maria, Distrito Federal.

- crianças atendidas durante a consulta de CD que estavam com a caderneta de vacina em atraso (vacinas que não foram aplicadas após 30 dias da data recomendada);
- crianças que nasceram entre março de 2020 e maio de 2022 e estavam no primeiro ano de vida durante o período da pandemia da covid-19;
- crianças acompanhadas por pais e/ou responsáveis.

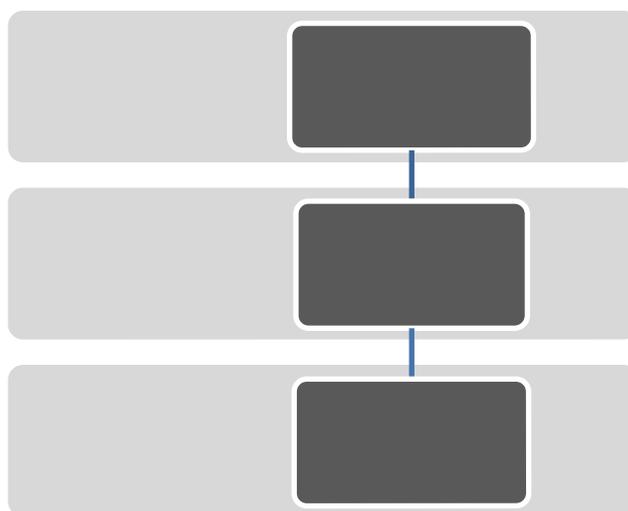
Para os pais e responsáveis foram adotados os seguintes critérios:

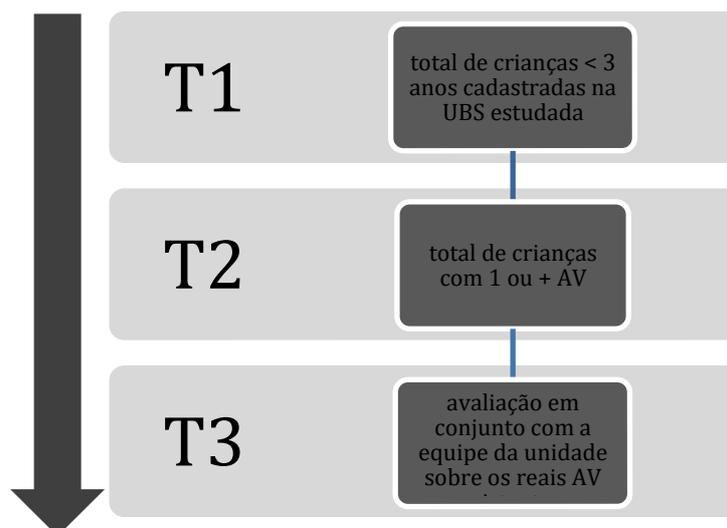
- pais e/ou responsáveis que acompanhavam a criança durante a consulta de CD;
- pais e/ou responsáveis que aceitaram participar da pesquisa.

5.3 COLETA DE DADOS

Para melhor consistência dos dados coletados, foram realizadas, previamente, três triagens, através do E-SUS: T1 – total de crianças menores de 3 anos cadastradas na UBS estudada; T2 – total de crianças com 1 ou mais atrasos vacinais; T3 – avaliação em conjunto com a equipe da unidade sobre os reais atrasos vacinais existentes.

Figura 5 – Método para triagem das cadernetas a serem avaliadas





Legenda: T1 (Triagem 1); T2 (Triagem 2); T3 (Triagem 3); AV (atraso vacinal).
 Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Após a realização da triagem inicial, foram analisadas as cadernetas de vacina de crianças atendidas em Unidades Básicas de Saúde, durante a consulta de Crescimento e Desenvolvimento (CD), durante o momento de espera na sala de vacina ou em ações extramuros propostas pelas unidades, conferindo as doses vacinais recebidas referentes ao primeiro ano de vida, durante o período de março de 2020 a maio de 2023, e aplicado um instrumento elaborado pela pesquisadora, adaptado de Garcia (2022) – *Instrumento de coleta de dados acerca dos fatores relacionados ao atraso da vacina*.

Todos os dados coletados na caderneta de vacina da criança foram referentes a março de 2020 até maio de 2023, e as consultas de CD e estratégias de coleta foram realizadas no período de maio a agosto de 2023.

5.3.1 Coleta de dados quantitativos

Foi aplicado o “*Instrumento de coleta de dados acerca dos fatores relacionados ao atraso da vacina*”, elaborado pela autora, adaptado de Garcia (2022). O instrumento adaptado e o original constam no Apêndice A e B, respectivamente.

O instrumento elaborado é misto (quantitativo e qualitativo), devendo ser respondido pelo pai e/ou responsável. Logo, para estudar a situação vacinal infantil, o instrumento foi aplicado aos pais ou cuidadores, em escala *Likert* de 5 pontos, com questões que avaliam o conhecimento sobre vacinas pelos familiares, o atraso vacinal e a situação de saúde da criança

(Apêndice A), sendo consideradas as partes (1) *Conhecimento sobre vacinas*; (2) *Atraso vacinal*; e (3) *Situação de saúde da criança* do instrumento.

Estas questões foram respondidas com escalas ordinais de cinco pontos, que variam de um a cinco: 1 = Discordo Fortemente; 2 = Discordo; 3 = Nem Concordo e Nem Discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo Fortemente. A seguir:

- Q1. Conheço o Calendário Nacional de Vacinação.
- Q2. Compreendo a importância da vacinação para o meu filho e para a saúde de outras crianças.
- Q3. Eu busco informações sobre vacinação em fontes confiáveis.
- Q4. Vacinas novas apresentam mais riscos do que as antigas.
- Q5. Vacinar é uma boa forma de proteger o meu filho de doenças.
- Q6. Eu sigo as orientações sobre vacinação que os profissionais de saúde recomendam.
- Q7. Pretende vacinar o seu filho de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação.
- Q8. Eu tenho o hábito de vacinar o meu filho durante as campanhas de vacinação.
- Q9. Durante o período da pandemia, eu senti receio de sair de casa para levar meu filho à Unidade Básica de Saúde.
- Q10. Eu me preocupo com eventos adversos graves de vacinas.
- Q11. Minha criança não precisa de vacinas para doenças que não são mais comuns atualmente.
- Q12. A distância entre a minha residência e a Unidade Básica de Saúde dificulta a minha ida ao serviço para vacinar o meu filho.
- Q13. O tempo de espera na sala de vacinação me faz desistir de vacinar o meu filho.
- Q14. Já deixei de vacinar o meu filho por alguma informação que obtive.
- Q15. Quando uma nova vacina é fornecida na unidade de saúde, eu opto por esperar para ver como vai ser a reação da vacina em outras pessoas.
- Q16. Eu sempre levo a caderneta de vacina do meu filho nas consultas.
- Q17. Não vacino meu filho por questões pessoais.
- Q18. Meu filho ficou internado e ainda estou ajustando a situação vacinal dele.
- Q19. Já fiquei confusa(o) com a quantidade e as datas das vacinas.
- Q20. Meu filho apresentou doença ou problema de saúde no primeiro ano de vida.
- Q21. Meu filho precisou ser internado no primeiro ano de vida.

- Q22. Meu filho já tomou alguma vacina no setor privado.
- Q23. Já recebi algum tipo de comunicado de que a vacina do meu filho estava ou está atrasada.
- Q24. Meu filho já teve alguma reação à vacina.
- Q25. Meu filho já recebeu alguma vacina especial (DTPa, Hib, Palivizumabe).
- Q26. Eu costumava levar a criança regularmente ao serviço de saúde, nos dois primeiros anos de vida.

5.3.2 Coleta de dados qualitativos

Foi aplicado o “*Instrumento de coleta de dados acerca dos fatores relacionados ao atraso da vacina*”, elaborado pela autora, adaptado de Garcia (2022).

Como supracitado, o instrumento é misto e, para a coleta de dados qualitativos, foi considerada a parte (4) *Questões sobre a saúde da criança e busca de informações* do instrumento, com os seguintes questionamentos:

Quadro 1 – Questões sobre a saúde da criança e busca de informações (a ser respondido pelo pai/responsável através de gravação de voz)

- 1) Você costumava levar a criança regularmente ao serviço de saúde, no primeiro ano de vida?
- 2) Qual(is) motivo(s) você levava a criança ao serviço de saúde, no primeiro ano de vida?
- 3) A criança apresentou doença ou algum problema de saúde no primeiro ano de vida? Se sim, qual?
- 4) A criança já ficou internada por algum motivo no primeiro ano de vida? Se sim, por qual motivo?
- 5) Durante a pandemia, você procurou informações na internet sobre o cuidado de saúde do seu filho? Se sim, por qual motivo?
- 6) Quais tipos de informações sobre a saúde do seu filho você mais procurou na internet? (tratamento, vacinação, desenvolvimento infantil, alimentação...)

Fonte: Elaborado pela autora (2023), adaptado de Garcia (2022).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nas unidades de saúde estudadas, gravadas ora em consultório, ora enquanto aguardavam na sala de vacinação, ou em ações extramuros de campanha de vacinação realizadas pelas unidades. O agendamento prévio era realizado mediante telefonema aos pais. O tempo médio de duração era de 15 minutos. As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Os participantes foram identificados com a letra E (Entrevistado) seguida do número correspondente à ordem de entrada na pesquisa.

O processo de abordagem dos pais para a participação da pesquisa consistia em falar sobre o tema da pesquisa, objetivos e metodologia utilizada, demonstrando o instrumento a ser aplicado na entrevista, além de demonstrar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Boa parte dos pais abordados não desejou participar da entrevista.

5.3.3 Imunobiológicos em atraso segundo a Caderneta de Vacinação

A parte 5 do instrumento “Avaliação da caderneta de vacina da criança” é referente a quais imunobiológicos estavam em atraso durante a entrevista. Os atrasos seriam analisados em tabela de frequência para cooperar com os dados correspondentes à hesitação vacinal infantil. Foram considerados os dados referentes à imunização da BCG, hepatite B, rotavírus, pentavalente, poliomielite injetável e tríplice viral, presentes no calendário vigente no período da pesquisa.

Quais as vacinas que mais ocorrem atraso no calendário vacinal?

Ao nascer: () BCG () Hep.B

2 meses: () Penta () Vacina Inativada Poliomielite () Vacina Oral Rotavirus Humano () Pnemo 10

3 meses: () Meningocócica C

4 meses: () Penta () Vacina Inativada Poliomielite () Vacina Oral Rotavirus Humano () Pnemo 10

5 meses: () Meningocócica C

6 meses: () Penta () Vacina Inativada Poliomielite

9 meses: () Febre amarela*

12 meses: () Tríplice viral () Pnemo 10 reforço () Meningocócica C reforço

* somente em áreas endêmicas.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente, foi realizada uma análise dos dados disponíveis no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) / DATASUS, no que concerne a cobertura vacinal, doses aplicadas e taxa de abandono, no primeiro ano de vida, considerando os 4 últimos anos (2019-2022) sobre a cobertura no Distrito Federal.

Posteriormente, foi realizado um recorte sobre a cobertura vacinal de crianças atendidas em uma região administrativa específica, esta escolhida por ser a região de inserção da pesquisadora, a qual teve maior propriedade em abordar temas específicos do local, dado ser conhecedora das vulnerabilidades da comunidade, a fim de enriquecer a pesquisa.

Para avaliar o impacto da covid-19 no esquema vacinal das crianças atendidas, os pais e/ou responsáveis responderam ao questionário estruturado dividido em cinco partes, sendo respondidas por eles somente as quatro primeiras, em escala Likert, desenvolvidas pela pesquisadora, adaptado de Garcia (2022) – *Parte 1: Conhecimento sobre vacinas; Parte 2: Atraso vacinal; Parte 3: Situação de saúde da criança; Parte 4 (analisada qualitativamente): Questões sobre a saúde da criança e busca de informações.* A última parte – *Parte 5 (analisada quantitativamente): Avaliação da Caderneta de Vacina da Criança* – foi preenchida pela pesquisadora, referente às vacinas que estavam atrasadas na caderneta.

5.4.1 Análise dos dados quantitativos

Na análise quantitativa, os dados coletados disponibilizados no E-SUS foram digitados em planilha do Excel e analisados no *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS, versão 29.0.10, IBM, Brasil), em que foi estimada a prevalência de cada uma das doses de atraso. Realizou-se análise descritiva de todas as variáveis estudadas por meio de frequências absolutas e relativas.

Para a análise das partes 1, 2 e 3 do instrumento, as quais foram respondidas em escala Likert, as pontuações também foram digitadas em planilha do Excel e analisadas através de frequências absolutas.

5.4.2 Análise dos dados qualitativos

Para a análise dos dados qualitativos, foi realizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin, em que o objetivo foi analisar o que foi dito durante a investigação, de forma a construir e apresentar concepções acerca de um objeto de estudo. A análise foi feita através de

um processo rigoroso: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2010).

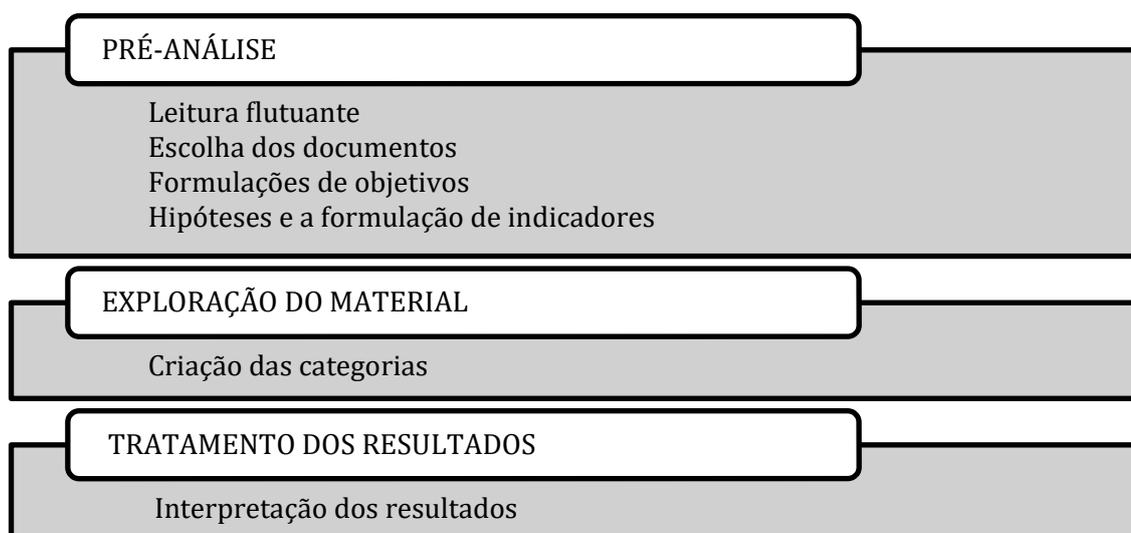
A primeira etapa da organização da Análise de Conteúdo é a pré-análise. É através dela que o pesquisador começa a organizar o material para que seja útil à pesquisa. São sistematizadas as ideias preliminares em quatro etapas: leitura flutuante; escolha dos documentos; reformulações de objetivos e hipóteses; e formulação de indicadores (BARDIN, 2010; SOUSA; DOS SANTOS, 2020).

Sequencialmente, há a exploração do material, que tem por finalidade a categorização ou codificação do estudo. A descrição analítica vem engrandecer o estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. A definição das categorias é classificada, sinalizando os elementos constitutivos de uma analogia significativa na pesquisa. Assim, a análise das categorias consiste no desmembramento e posterior agrupamento ou reagrupamento das unidades de registro do texto. Logo, a repetição de palavras e/ou termos pode ser a estratégia adotada no processo de codificação para serem criadas as unidades de registro e, posteriormente, categorias de análise iniciais (BARDIN, 2010; SOUSA; DOS SANTOS, 2020).

A terceira fase é relacionada ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nessa etapa, há a busca de significação dos relatos através da mensagem primeira. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica. O tratamento dos resultados tem a finalidade de constituir e captar os conteúdos contidos em todo o material coletado através dos instrumentos (SOUSA; DOS SANTOS, 2020).

Durante a fase de pré-análise, foi realizada a transcrição dos áudios dos entrevistados, após responderem à entrevista semiestruturada (documento escolhido). Assim, após a formulação dos objetivos, foram levantadas hipóteses para a categorização que poderiam colaborar com o desenvolvimento da pesquisa.

Figura 6 – Sequência da técnica da análise de conteúdo



Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Sousa e dos Santos (2020).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob CAAE 67173522.3.0000.0030 e Parecer Consubstanciado nº 6.043.110. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o sigilo das suas identidades foi resguardado pela pesquisadora.

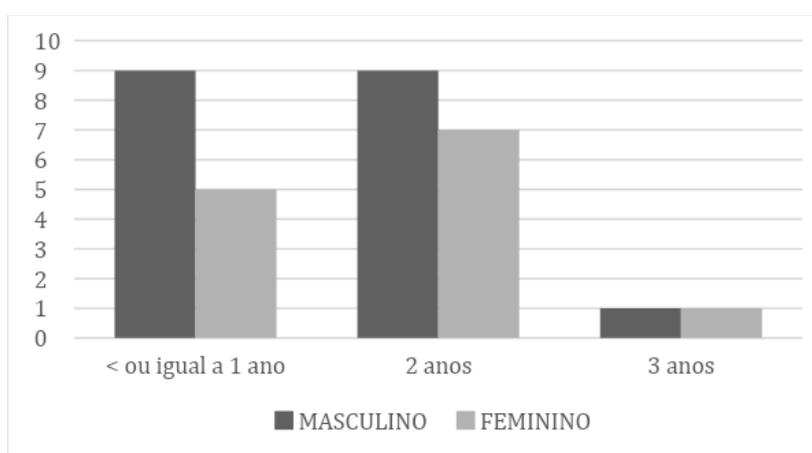
Os riscos decorrentes da pesquisa estavam relacionados à possibilidade de constrangimento do participante ao responder ao instrumento de coleta de dados por desconhecimento, vergonha ou cansaço ao responder às perguntas. A fim de reduzir esse risco, a consulta e a entrevista foram, na medida do possível, realizadas em ambiente calmo, livre de ruídos e sem interrupções de outros profissionais, para que o participante se sentisse à vontade para conversar sobre a saúde da criança.

6 RESULTADOS

6.1 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES E DA AMOSTRA

Foram analisadas Cadernetas de Vacinação de 32 crianças, por meio do E-SUS e da caderneta física, quando oportuno. Dessas 32 crianças, 19 (59,3%) eram meninos e 13 (40,6%), meninas. A faixa etária média era de 1,6 anos de idade.

Gráfico 4 – Perfil das crianças participantes do estudo, 2023



Fonte: Elaborado pela autora (2023).

6.2 DADOS QUANTITATIVOS

6.2.1 Fatores relacionados ao atraso da vacina

Conforme mencionado na metodologia, foi utilizado um instrumento elaborado pela pesquisadora, adaptado de Garcia (2022), em escala Likert. O instrumento contemplava 3 partes: 1 – Conhecimento sobre vacinas; 2 – Fatores relacionados ao atraso vacinal; 3 – Situação de saúde da criança.

Participaram da entrevista semiestruturada 11 mães. Na parte “Conhecimento sobre vacinas”, 63,6% (7) concordaram fortemente sobre ter conhecimento sobre o Calendário Nacional de Vacinação. Sobre a importância da vacinação infantil, 100% (11) das mães concordaram fortemente que compreendem a relevância da imunização tanto para o filho quanto para a saúde de outras crianças. Quanto à busca de informações sobre vacinação, 81,8% (9) concordaram fortemente que a realizam em fontes confiáveis.

Quando questionadas se concordam que as vacinas atuais apresentam mais riscos do que as antigas, 45,5% (5) responderam que discordam fortemente, enquanto 18,1% (2) concordam fortemente. Todas concordam fortemente que vacinas protegem a criança de doenças. No que diz respeito às orientações sobre vacinação recomendadas pelos profissionais da unidade, todas concordaram fortemente ao reforçar que aderem bem às orientações. Ao questionar sobre a pretensão de vacinar a criança conforme o calendário estabelecido pelo Ministério da Saúde, 90,9% (10) das mães concordaram fortemente. Para finalizar a parte 1, foi questionado se as mães tinham o hábito de vacinar a criança em períodos de campanhas de vacinação, e 90,9% (10) concordaram fortemente.

Tabela 1 – Parte 1: Conhecimento sobre vacinas, 2023

	1 % (11)	2 % (11)	3 % (11)	4 % (11)	5 % (11)
Conheço o Calendário Nacional de Vacinação.	0 (0)	0 (0)	9,0 (1)	27,2 (3)	63,6 (7)
Compreendo a importância da vacinação para o meu filho e para a saúde de outras crianças.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100,0 (11)
Eu busco informações sobre vacinação em fontes confiáveis.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18,1 (2)	81,8 (9)
Vacinas novas apresentam mais riscos do que as antigas.	45,5 (5)	27,2 (3)	0 (0)	0 (0)	18,1 (2)
Vacinar é uma boa forma de proteger o meu filho de doenças	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100,0 (11)
Eu sigo as orientações sobre vacinação que os profissionais de saúde recomendam.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100,0 (11)
Pretende vacinar o seu filho de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9,0 (1)	90,9 (10)
Eu tenho o hábito de vacinar o meu filho durante as campanhas de vacinação.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9,0 (1)	90,9 (10)

Legenda: 1 = Discordo Fortemente; 2 = Discordo; 3 = Nem Concordo e Nem Discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo Fortemente.

Fonte: Elaborada pela autora.

A parte 2 abordava os fatores relacionados ao atraso vacinal. Quando questionadas se tinham receio de sair de casa para levar o filho à unidade de saúde durante a pandemia, 54,5% (6) das mães discordaram fortemente, enquanto 18,1% (2) concordavam fortemente. No que diz respeito aos eventos adversos graves de vacinas, 90,9% (10) concordaram fortemente que se preocupavam com os possíveis eventos. Cerca de 81% (9) discordaram fortemente que a distância entre a casa e a unidade de saúde dificultava o acesso ao serviço para vacinar o filho.

Além disso, 63,6% (7) das mães discordaram fortemente que desistiam da imunização infantil caso o tempo de espera na sala de vacinação fosse longo. Quanto a *fake news*, 81,8% (9) discordaram fortemente sobre deixar de vacinar o filho quando obtinham quaisquer tipos de informações. No caso do fornecimento de novas vacinas na unidade de saúde, 72,7% (8) discordaram fortemente e 18,1% (2) concordaram fortemente sobre o receio das reações adversas.

Sobre o esquecimento da caderneta de vacina, a maioria concordou que sempre apresentava a caderneta do filho durante as consultas. Quanto à internação hospitalar, 100% (11) discordaram fortemente; os filhos, mesmo que em algum momento tenham estado internados, não necessitaram ajustar a situação vacinal. Quando questionadas se elas não compreendiam a quantidade e as datas das vacinas, 72,7% (8) discordaram fortemente.

Tabela 2 – Parte 2: Fatores relacionados ao atraso vacinal, 2023

	1 % (11)	2 % (11)	3 % (11)	4 % (11)	5 % (11)
Durante o período da pandemia, eu senti receio de sair de casa para levar meu filho à Unidade Básica de Saúde	54,5 (6)	18,1 (2)	0 (0)	9,0 (1)	18,1 (2)
Eu me preocupo com eventos adversos graves de vacinas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	9,0 (1)	90,9 (10)
Minha criança não precisa de vacinas para doenças que não são mais comuns atualmente	81,8 (9)	9,0 (1)	0 (0)	0 (0)	9,0 (1)
A distância entre a minha residência e a Unidade Básica de Saúde dificulta a minha ida ao serviço para vacinar o meu filho.	63,6 (7)	18,1 (2)	9,0 (1)	9,0 (1)	0 (0)
O tempo de espera na sala de vacinação me faz desistir de vacinar o meu filho	81,8 (9)	18,1 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Já deixei de vacinar o meu filho por alguma informação que obtive	72,7 (8)	9,0 (1)	0 (0)	0 (0)	18,1 (2)
Quando uma nova vacina é fornecida na unidade de saúde, eu opto por esperar para ver como vai ser a reação da vacina em outras pessoas	27,2 (3)	9,0 (1)	0 (0)	45,4 (5)	18,1 (2)
Eu sempre levo a caderneta de vacina do meu filho nas consultas.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100,0 (11)
Não vacino meu filho por questões pessoais	100,0 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Meu filho ficou internado e ainda estou	100,0 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

ajustando a situação vacinal dele.

Já fiquei confusa(o) com a quantidade e as datas das vacinas	72,7 (8)	9,0 (1)	0 (0)	9,0 (1)	9,0 (1)
--	----------	---------	-------	---------	---------

Legenda: 1 = Discordo Fortemente; 2 = Discordo; 3 = Nem Concordo e Nem Discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo Fortemente.

Fonte: Elaborada pela autora.

Já na parte 3, acerca da situação de saúde da criança, quando questionadas se o filho apresentou alguma doença ou problema de saúde no primeiro ano de vida, 54,5% (6) discordaram fortemente. Sobre a necessidade de internação dos filhos no primeiro ano de vida, 81,8% (9) discordaram fortemente. Quanto à imunização do filho realizada em alguma unidade do setor privado, 81,8% (9) discordaram fortemente.

Em caso de algum atraso vacinal, 54,5% (6) das mães discordaram fortemente sobre terem sido avisadas a respeito da incompletude do CV. Cerca de 72% (8) das mães discordaram fortemente sobre a presença de alguma reação vacinal nos filhos após a administração de algum imunobiológico. Nenhuma criança recebeu alguma vacina especial, segundo informado pelas mães. Cerca de 63% (7) afirmam levar regularmente a criança ao serviço de saúde.

Tabela 3 – Parte 3: Situação de saúde da criança, 2023

	1 % (11)	2 % (11)	3 % (11)	4 % (11)	5 % (11)
Meu filho apresentou doença ou problema de saúde no primeiro ano de vida	54,5 (6)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	45,4 (5)
Meu filho precisou ser internado no primeiro ano de vida	81,8 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18,1 (2)
Meu filho já tomou alguma vacina no setor privado	81,8 (9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	18,1 (2)
Já recebi algum tipo de comunicado de que a vacina do meu filho estava ou está atrasada	54,5 (6)	9,0 (1)	0 (0)	9,0 (1)	18,1 (2)
Meu filho já teve alguma reação à vacina	72,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	27,2 (3)
Meu filho já recebeu alguma vacina especial (DTPa, Hib, Palivizumabe)	100,0 (11)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Eu costumava levar a criança regularmente ao serviço de	0 (0)	0 (0)	9,0 (1)	27,2 (3)	63,6 (7)

saúde, nos dois primeiros anos de vida.

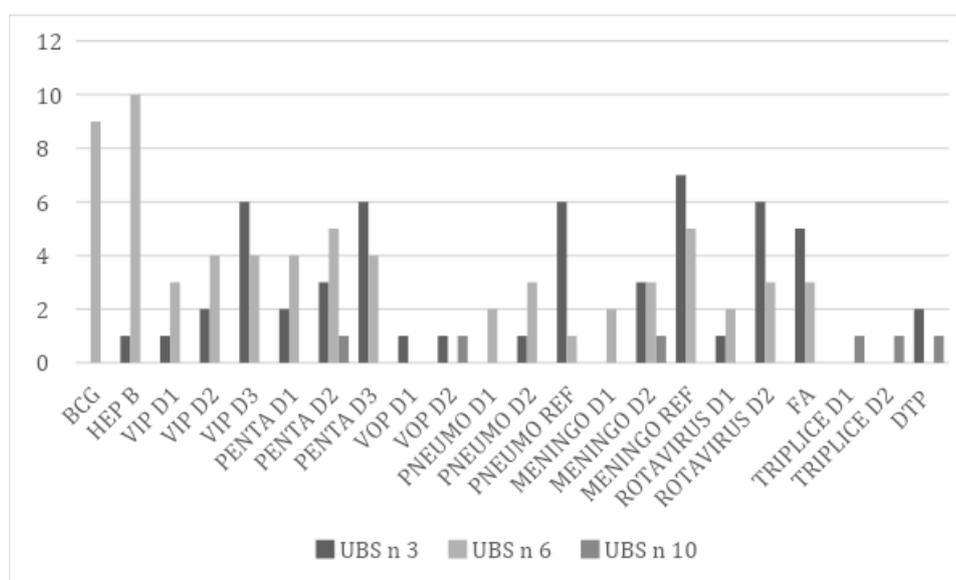
Legenda: 1 = Discordo Fortemente; 2 = Discordo; 3 = Nem Concordo e Nem Discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo Fortemente.

Fonte: Elaborado pela autora.

6.2.2 Perfil de atrasos vacinais das Unidades Básicas de Saúde participantes

Conforme dados coletados, a UBS nº 3 apresentou um total de 54 atrasos vacinais (AV), a UBS nº 6 apresentou 67, e a UBS nº 10, 6 atrasos vacinais. O gráfico a seguir mostra o número de imunobiológicos em atraso apresentado por cada unidade de saúde estudada.

Gráfico 5 – Total de Imunobiológicos em atraso nas unidades estudadas segundo análise de cadernetas de vacinação, 2023

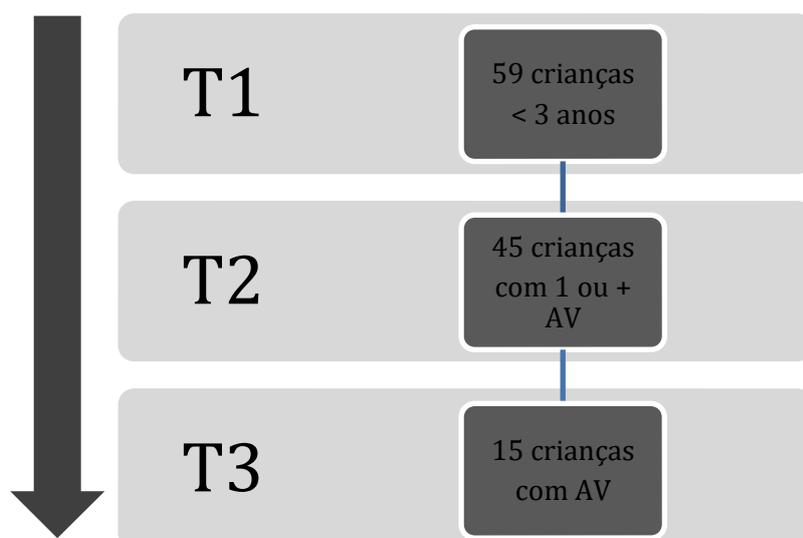


Legenda: D1 – dose 1; D2 – dose 2; D3 – dose 3; REF – dose reforço; FA – febre amarela.

Fonte: Elaborado pela autora.

A UBS 3 possui 59 crianças cadastradas menores de 3 anos de idade. Na segunda triagem, foram encontradas 45 crianças que possuíam alguma pendência vacinal. Na terceira triagem, esta feita com a equipe da unidade, foi verificado que havia 15 crianças com atraso vacinal.

Figura 7 – Triagem realizada na Unidade Básica de Saúde nº 3



Legenda: T1 (Triagem 1); T2 (Triagem 2); T3 (Triagem 3); AV (atraso vacinal).
Fonte: Elaborada pela autora.

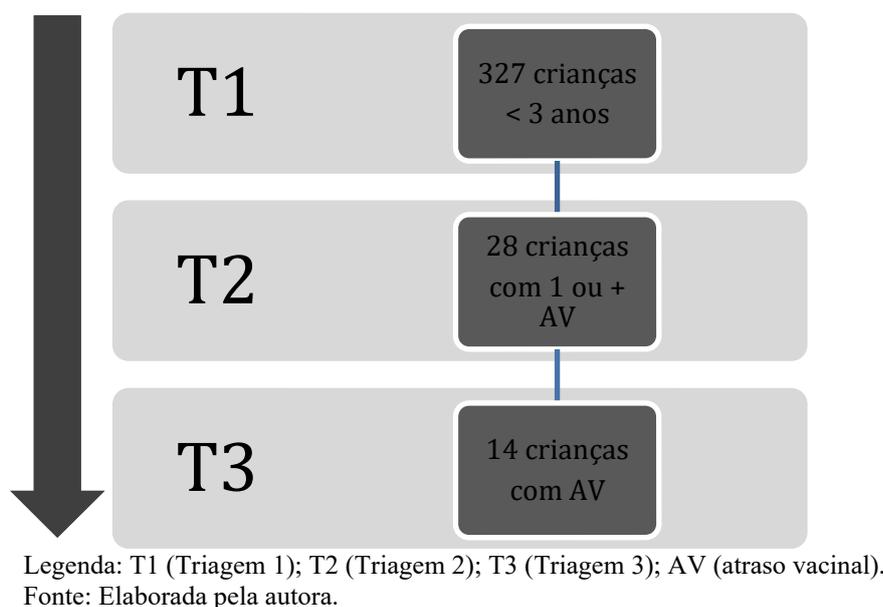
Tabela 4 – Frequência de Atraso Vacinal por Imunobiológico, UBS nº 3, maio/2023

	n = 15	%
BCG	0	0,0
HEP B	1	6,6
VIP D1	1	6,6
VIP D2	2	13,4
VIP D3	6	40,0
PENTA D1	2	13,4
PENTA D2	3	20,0
PENTA D3	6	40,0
VOP D1	1	6,6
VOP D2	1	6,6
PNEUMO D1	0	0,0
PNEUMO D2	1	6,6
PNEUMO REF	6	40,0
MENINGO D1	0	0,0
MENINGO D2	3	20,0
MENINGO REF	7	46,7
ROTAVIRUS D1	1	6,6
ROTAVIRUS D2	6	40,0
FA	5	33,3
TRIPLICE D1	0	0,0
TRIPLICE D2	0	0,0
DTP	2	13,4
TOTAL	54	

Legenda: D1 – dose 1; D2 – dose 2; D3 – dose 3; REF – dose reforço; FA – febre amarela.
Fonte: Elaborada pela autora.

A UBS 6 possui 327 crianças cadastradas menores de 3 anos de idade. Durante a segunda triagem, realizada via sistema, foram encontradas 28 crianças que possuíam algum tipo de atraso vacinal. Uma nova triagem foi realizada, agora com a equipe de saúde da UBS, que afirmou haver somente 14 crianças com alguma pendência vacinal. A confirmação do atraso vacinal foi realizada mediante sistema E-SUS e por busca ativa através dos agentes comunitários.

Figura 8 – Triagem realizada na Unidade Básica de Saúde nº 6



Salienta-se que, no sistema E-SUS, há a possibilidade de ver o espelho da caderneta vacinal das crianças, facilitando para as equipes a checagem das pendências vacinais. Porém, esse é um recurso novo no sistema, o qual está sendo alimentado pela própria equipe. Logo, é comum observar um número maior de crianças com atraso vacinal via sistema do que realmente há na Unidade.

Tabela 5 – Frequência de Atraso Vacinal por Imunobiológico, UBS nº 6, maio/2023

	n = 14	%
BCG	9	64,3
HEP B	10	71,4
VIP D1	3	21,4
VIP D2	4	28,6
VIP D3	4	28,6
PENTA D1	4	28,6
PENTA D2	5	35,7
PENTA D3	4	28,6
VOP D1	0	0,0
VOP D2	0	0,0
PNEUMO D1	2	14,3
PNEUMO D2	3	21,4
PNEUMO REF	1	7,1
MENINGO D1	2	14,3
MENINGO D2	3	21,4
MENINGO REF	5	35,7
ROTAVIRUS D1	2	14,3
ROTAVIRUS D2	3	21,4
FA	3	21,4
TRIPLICE D1	0	0,0
TRIPLICE D2	0	0,0
DTP	0	0,0
TOTAL	67	

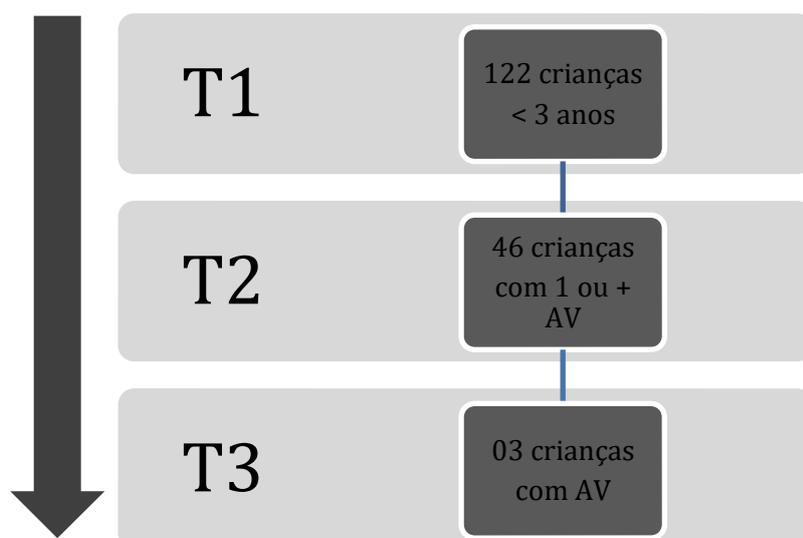
Legenda: D1 – dose 1; D2 – dose 2; D3 – dose 3; REF – dose reforço; FA – Febre Amarela.

Fonte: Elaborada pela autora.

Ao entrar em contato com os familiares das 14 crianças, somente foram agendadas 3 entrevistas, às quais não compareceram. Os demais ou não atenderam aos telefonemas ou recusaram a ida à unidade de saúde.

A UBS 10 possui 122 crianças cadastradas menores de 3 anos de idade. Na segunda triagem, foram encontradas 46 crianças que possuíam alguma pendência vacinal. Na terceira triagem, esta realizada com a equipe da unidade, constavam poucos atrasos vacinais. Foi promovida pela UBS uma ação extramuros no fim de semana para atualização das cadernetas de vacina e foram encontradas 03 crianças com AV.

Figura 9 – Triagem realizada na Unidade Básica de Saúde nº 10



Legenda: T1 (Triagem 1); T2 (Triagem 2); T3 (Triagem 3); AV (atraso vacinal).
Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 6 – Frequência de Atraso Vacinal por Imunobiológico, UBS nº 10, junho/2023

	n = 03	%
BCG	0	0,0
HEP B	0	0,0
VIP D1	0	0,0
VIP D2	0	0,0
VIP D3	0	0,0
PENTA D1	0	0,0
PENTA D2	1	33,3
PENTA D3	0	0,0
VOP D1	0	0,0
VOP D2	1	33,3
PNEUMO D1	0	0,0
PNEUMO D2	0	0,0
PNEUMO REF	0	0,0
MENINGO D1	0	0,0
MENINGO D2	1	33,3
MENINGO REF	0	0,0
ROTAVIRUS D1	0	0,0
ROTAVIRUS D2	0	0,0
FA	0	0,0
TRIPLICE D1	1	33,3
TRIPLICE D2	1	33,3
DTP	1	33,3
TOTAL	6	

Legenda: D1 – dose 1; D2 – dose 2; D3 – dose 3; REF – dose reforço; FA – febre amarela.
Fonte: Elaborado pela autora.

Como supracitado, ao verificar o sistema, são encontradas crianças com algum tipo de atraso vacinal na caderneta, porém isso se deve à atualização mais onerosa do sistema, uma vez que é um recurso novo e a equipe necessita de um tempo maior para alimentar todos os dados. Conforme destacado por Domingues *et al.* (2020), a queda da CV pode estar relacionada à mudança no sistema de registro de dados de vacinação no país. Devido à grande quantidade de dados gerados pelas atividades do PNI nas suas complexas atividades, tem-se verificado uma alimentação irregular, inadequada e inoportuna, ou seja, o registro das doses aplicadas ou é realizado com atraso ou não é feito (DOMINGUES *et al.*, 2020).

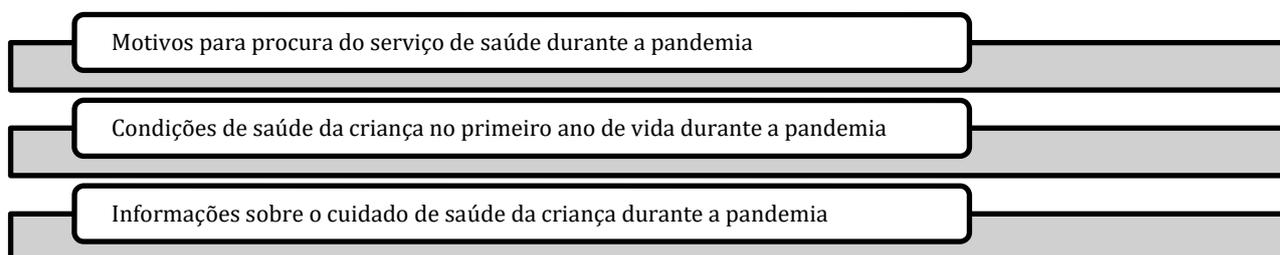
Na unidade em questão, a equipe da ESF era consolidada há mais de 15 anos na área, o que fortaleceu o vínculo com a comunidade e a reciprocidade do usuário com o serviço, além das frequentes ações extramuros e vacinação volante realizadas pelos profissionais, o que favoreceu uma adesão vacinal infantil praticamente livre de atrasos.

6.3 DADOS QUALITATIVOS

6.3.1 Percepção dos pais sobre a pandemia e a influência na vacinação e saúde da criança

Para a entrevista semiestruturada, 11 mães participaram da pesquisa. Após todo o processo analítico do conteúdo das entrevistas, foram elaboradas 3 categorias temáticas.

Figura 10 – Categorização do material segundo Análise de Conteúdo de Bardin



Fonte: Elaborada pela autora.

6.3.2 Motivos para procura do serviço de saúde durante a pandemia

Todos as mães entrevistadas referiram levar os/as seus/suas filhos/filhas aos serviços de saúde, sempre que apresentavam algum sintoma indicativo de adoecimento ou para consultas de rotina para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento.

“Consulta, também quando ficava gripada, levava pra consultar.” (E1)

“É mais em relação a acompanhamento de peso, desenvolvimento e também porque ela é alérgica a ovo, então a gente tem que fazer um acompanhamento... tem que acompanhar a minha dieta porque ela amamenta, então por isso a gente faz um acompanhamento até agora mensal... a partir de julho vai ser trimestral.” (E2)

“Por precaução né... pra prevenir doenças e ajudar no desenvolvimento.” (E3)

“Só quando precisava consultar mesmo.” (E4)

“Consulta de rotina, ou quando ele estava doentinho...” (E5)

“Pras consultinhas e pra tomar vacina também.” (E7)

“Só quando precisava de verdade... não levava à toa não.” (E11)

6.3.3 Condições de saúde da criança

Boa parte das mães entrevistadas relatou que seus/suas filhos/filhas apresentaram alguma doença no primeiro ano de vida e alguns necessitaram de internação hospitalar no período.

“Sim, foi internada com bronquiolite quando tinha 3 meses.” (E1)

“Somente essa da alergia à proteína do ovo. [Mas nunca foi internada].” (E2)

“Sim. Pneumonia... e ficou internada um tempo com suspeita de uma doença rara... mas não era nada.” (E3)

“Não. Eu evitava sair com ela por causa da Covid, né...” (E4)

“Ele chegou a ficar gripadinho... bem naquela época que a Covid estourou... chegamos até a internar nesse período, parece que deu bronqueite... bronqueolite né, que fala?” (E5)

“Ela ficou com início de uma gripe, mas eu fui dando uns chazinhos, remédio, lavando o narizinho dela, aí ela foi melhorando...” (E10)

6.3.4 Informações sobre o cuidado de saúde da criança durante a pandemia

A maioria das mães relatou buscar informações de saúde na internet durante a pandemia. Importante frisar que, durante o período pandêmico, a propagação de *fake news* impactou negativamente as tomadas de decisão sobre a saúde da criança, uma vez que as mães sentiam-se inseguras com as informações transmitidas, que, muitas vezes, eram frágeis e sem embasamento científico.

“Via no jornal. Mas na família também, tinha muita fake news, cada um falava ‘ah é isso, ah é aquilo’. Agora mesmo tão falando né... ‘ah essas vacinas que tão dando umas reações diferentes... até infarto né...’” (E1)

“Quando elas ficavam meio doentinhas, eu dava um remédio, alguma coisa... mas nada além.” (E1)

“Mais em relação a gripe, a congestão nasal, resfriado... busco receita caseira pra auxiliar no tratamento.” (E2)

“Sobre alimentação... remédios caseiros né, pra evitar tomar remédio de farmácia, essas coisas...” (E3)

“Eu procurava mais sobre chás, coisas naturais... pra não ficar dando muito remédio pra ela...” (E4)

“[Também procurava] se ia ter vacina da covid pra ela, né... porque a gente ainda conseguia se proteger né, mas ela ainda era bebezinha... aí eu ficava preocupada.” (E4)

“Depois que ele ficou internado, eu fiquei mais atenta né... não deixava todo mundo chegar perto dele, dava os remédios direitinho, chazinho... coisas assim... na internet tinha muita fake news, a gente não sabia o que era verdade ou mentira, acabava que eu preferia nem ver tanta coisa.” (E5)

“Gostava de ler coisas que me ensinassem a cuidar melhor dele, proteger das doenças também né... ainda mais do Covid... uma vizinha minha teve o nenenzinho internado e eu fiquei com medo.” (E6)

“Ah eu gostava de pesquisar mais sobre como deixar ela mais espertinha, a desenvolver mesmo né... e na época de vacinar, eu procurava maneiras dela não sentir tanta dor...” (E8)

“Quando ele teve a dermatite, eu fiquei pesquisando formas pra aliviar, porque coçava muito né... eu evitava ir no Posto ou no médico, pra não contaminar ele, né...” (E9)

“Uhum... mãe de primeira viagem tem medo de tudo, né? Eu ficava confusa com tanta informação, tanta gente dando palpite... aí eu preferia pesquisar algumas coisas na internet mesmo ... [...] às vezes era sobre alimentação, outras vezes era sobre chazinhos, pomadas, coisas que pudessem facilitar minha rotina com ela...” (E10)

7 DISCUSSÃO

7.1 FATORES CONTRIBUINTES PARA A QUEDA DA COBERTURA VACINAL INFANTIL DURANTE A PANDEMIA

Queda na cobertura vacinal está frequentemente relacionada às condições geográficas e ao *status* socioeconômico da população; às condições estruturais e de oferta e acesso aos serviços de saúde; ao desconhecimento das estratégias recomendadas pelo programa de imunização; às *fake news* sobre as vacinas; à hesitação vacinal; e à pandemia de covid-19, sendo que este último fator foi determinante para o aumento das desigualdades preexistentes na saúde, expondo desigualdades sociais e diversidades de saúde nas populações (PEREIRA *et al.*, 2023).

Pereira *et al.* (2023) acrescentam ainda que a baixa cobertura da vacinação infantil é heterogênea entre os municípios brasileiros, e essa condição pode estar relacionada a piores indicadores de desenvolvimento humano e desigualdade social. Logo, o descumprimento das metas de cobertura vacinal em menores de um ano aumenta entre famílias com renda *per capita* até 1/2 salário mínimo.

Logo, como as famílias de classes menos favorecidas possuem menor acesso aos serviços de saúde, acredita-se que a busca espontânea pela vacinação seja reduzida por ausência de infraestrutura, maior distância e dificuldade para acesso aos serviços públicos. Dessa forma, independentemente do cenário, seja ele nacional ou internacional, torna-se evidente que o baixo nível de educação e o baixo nível socioeconômico estão associados à vacinação abaixo do preconizado (PEREIRA *et al.*, 2023).

Conforme descrito por Costa *et al.* (2022), dentre os motivos que contribuíram para a queda da CV destacam-se o descaso e a desinformação dos pais ou responsáveis, crenças, superstições, comunicação deficiente entre profissional de saúde e paciente tanto na consulta de CD quanto no momento da vacinação, mitos de determinados grupos populacionais e movimentos antivacina – amplamente disseminados nas redes sociais e que aumentaram exponencialmente mediante o cenário pandêmico da covid-19 (SBIM, 2020) –, fatores que também foram evidenciados por Rodrigues *et al.* (2022).

Uma das causas que favoreceu a redução da CV seria a dificuldade do acesso da população à vacinação devido à incompatibilidade entre os horários de funcionamento da unidade de saúde e as atividades diárias das pessoas que deveriam aderir às campanhas e à vacinação de rotina. Geralmente, o horário de funcionamento ocorre no período em que

pais/responsáveis trabalham, e estes possuem dificuldade de levar suas crianças para vacinar (DOMINGUES *et al.*, 2020; SBIM, 2020). Porém, o cumprimento do esquema vacinal não deve estar vinculado exclusivamente à ida da criança à unidade de saúde, mas também às visitas domiciliares periódicas dos profissionais (RODRIGUES *et al.*, 2022).

Nas unidades estudadas, havia, periodicamente, ações extramuros durante os finais de semana para atender às demandas solicitadas pela comunidade, o que favorecia às equipes a atualização das cadernetas de vacina daquelas crianças cujos pais e/ou cuidadores não conseguiam comparecer ao serviço de saúde nas datas preestabelecidas para imunização infantil.

Uma das unidades de saúde do estudo possuía uma cobertura quase total de vacinação no público estudado. Isso deve-se ao fato de as equipes do serviço lançarem mão de estratégias de educação em saúde e ações extramuros, como supracitado, além do acompanhamento da criança mediante visitas domiciliares frequentes, fortalecendo o vínculo entre profissionais e famílias (COSTA *et al.*, 2022).

Em conformidade com o estudo de Costa *et al.* (2022), as mães relataram que o atraso vacinal ou a não vacinação foram ocasionados porque não consideravam importante ou porque o filho estava doente. É válido reforçar que, nessa situação, é de extrema relevância uma orientação mais adequada às mães e/ou responsáveis por parte das equipes da ESF sobre a importância da imunização para a criança e para o bem-estar social.

Outro ponto a ser discutido é o acompanhamento rotineiro das crianças pela unidade de saúde. Conforme relatos das entrevistas deste estudo, as mães procuravam o serviço de saúde para consultar seus filhos – estudos mostram que pais/responsáveis que não levam seu filho para consultas de rotina na UBS ou levam ocasionalmente são bons candidatos a não vacinar. Daí a importância de o enfermeiro atuante na ESF orientar os pais sobre a imunização infantil, verificando seu conhecimento a respeito da vacina, e encaminhá-los à sala de imunização para garantir a administração do imunobiológico, sempre que possível (COSTA *et al.*, 2022; DOMINGUES *et al.*, 2020).

A não adesão à vacinação também pode estar relacionada à atuação profissional, uma vez que, mesmo que o PNI tenha investido na realização de capacitações de forma sistemática, existe uma considerável rotatividade dos profissionais de saúde que, principalmente, atuam na sala de vacinação. Muitas salas de vacina fecham por um período por não ter profissional habilitado para realizar a triagem e a aplicação das vacinas infantis, o que já pode ser considerado um problema gerencial, uma vez que toda a equipe da UBS deveria estar capacitada para realizar esse atendimento. A complexidade do calendário atual

demanda maior conhecimento dos profissionais atuantes sobre os esquemas vacinais e sua atualização, especialmente das crianças que chegam à unidade com atraso vacinal (RODRIGUES *et al.*, 2022).

7.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA E PRINCIPAIS ATRASOS VACINAIS NA POPULAÇÃO ESTUDADA

O sexo masculino obteve o maior número de crianças com AV quando comparado ao sexo feminino. Resultado similar também foi encontrado no estudo de Araújo *et al.* (2020), em que 58,3% das crianças estudadas com AV eram meninos. No estudo de Defeo *et al.* (2023), os atrasos vacinais foram mais prevalentes em crianças do sexo feminino.

Após a análise dos dados, foram constatados alguns atrasos vacinais mais prevalentes, a saber: 1ª meningocócica dose de reforço; 2ª hepatite B; e 3ª VIP e pentavalente, ambas terceira dose.

A dose de reforço da meningocócica é ofertada com 12 meses. Já a dose de hepatite B é ofertada em dose única ao nascer. Além disso, a terceira dose de pentavalente e da VIP (Vacina Inativada da Poliomielite) são ofertadas aos 6 meses de idade.

Sabe-se que a doença meningocócica possui complicações significativas à saúde da criança afetada, como surdez, déficit neurológico e, em alguns casos, o óbito. Dessa forma, a prevenção da doença está diretamente relacionada à idade. Logo, crianças que receberam a vacina com mais de 1 ano tiveram maior proteção quando comparadas àquelas que a receberam nos primeiros meses de vida, o que reforça a importância da dose de reforço da vacina supracitada (HIPÓLITO *et al.*, 2022).

O estudo de Araújo *et al.* (2020) também apresenta resultados similares aos do estudo, em que um dos principais imunobiológicos que apresentaram esquema incompleto foi a meningocócica. Isso difere do observado por Hipólito *et al.* (2022), em que, das vacinas preconizadas pelo calendário vacinal a serem administradas entre o nascimento e seis meses de idade, foi verificada uma boa adesão.

Quanto à VIP e pentavalente, Pinto *et al.* (2021) também descrevem que ambas apresentaram o maior percentual das doses administradas em atraso. Imunobiológicos que requerem duas ou mais doses estão mais suscetíveis a atrasos. Segundo os autores, isso se deve à dificuldade do responsável de retornar à unidade de saúde com a criança dentro da faixa etária estabelecida em calendário, o que acaba postergando ou impedindo atingir a meta preconizada pelo Ministério da Saúde (ARAÚJO *et al.*, 2020).

No que concerne à poliomielite, esta é uma doença causada por um enterovírus neurotrópico que afeta os neurônios motores da medula espinal e do tronco cerebral. É transmitido por via fecal-oral ou por secreções nasofaríngeas, e a infecção é assintomática em sua maioria. Porém, pode se manifestar como doença leve ou grave, sendo esta última classificada em não paralítica ou paralítica. Quando paralítica, pode causar tetraplegia, insuficiência respiratória e óbito (ARAÚJO *et al.*, 2020).

Silva (2023) realizou um estudo para analisar o perfil vacinal contra a poliomielite no Nordeste nos últimos 5 anos e evidenciou que, durante o período pandêmico, a cobertura vacinal nacional e mundial foi afetada diretamente, devido à hesitação vacinal e ao aumento do atraso, levando a uma queda de 4,3% na vacinação aplicada contra poliomielite no Nordeste. Dessa forma, a interrupção da vacinação contra a doença em questão acarretou um aumento do risco da doença em regiões onde o vírus estava erradicado e um aumento do número de casos nos locais onde ele ainda circulava.

Outro ponto a ser observado é que a média de faixa etária de crianças com atraso vacinal foi de 1,6 anos. O mesmo fenômeno ocorre no estudo de Defeo *et al.* (2023), cujos resultados evidenciaram que crianças entre um e dois anos de idade apresentaram maior AV quando comparadas às crianças maiores de dois anos.

Defeo *et al.* (2023) ainda acrescentam que tal situação pode ser atribuída à declaração de emergência de saúde pública devido à covid-19, em fevereiro de 2020. O cenário em questão forçou a população a se adaptar à nova realidade, e entre as mudanças adotadas estava o isolamento social, que limitou a circulação das pessoas.

Como resultado, as pessoas passaram a evitar ir até os serviços de saúde, impactando assim o processo de imunização, principalmente das crianças. Os autores afirmam que, após 2020, a taxa de vacinação por idade passou a ser de 75%, sofrendo um declínio significativo quando comparado ao ano de 2016, que era de 90% (DEFEO *et al.*, 2023). Mesmo que os esforços para alavancar as taxas de imunização no país sejam muitos, elas ainda permanecem abaixo dos níveis pré-pandemia em geral.

7.3 PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A PANDEMIA E A INFLUÊNCIA NA VACINAÇÃO E SAÚDE DA CRIANÇA

Em concordância com Kawauchi e Dainesi (2022), um ponto interessante a ser observado é a percepção individual que as famílias têm sobre a vacinação infantil. Os autores descrevem que o nível socioeconômico influencia a tomada de decisão sobre vacinar ou não a

criança. E, segundo eles, a ideia de proteção varia conforme o posicionamento do familiar frente à vacinação. “Para os pais vacinadores, proteger consiste em vacinar os filhos; para os vacinadores seletivos, proteger é singularizar cada caso; e para os não vacinadores, proteger é não vacinar os filhos, é proteger contra os riscos da vacinação” (KAWAUCHI; DAINESI, 2022, p. 7).

Ademais, acreditam ainda os autores que algumas das justificativas para a hesitação vacinal por parte dos pais devem-se a erradicação da doença, efeitos adversos das vacinas, eficácia e eficiência do imunobiológico, esquema vacinal e estilo de vida saudável. No que concerne aos eventos adversos, há um receio entre os familiares de que, com a ampliação do calendário de vacinação, o número elevado de imunobiológicos aplicados de forma simultânea possa sobrecarregar o sistema imunológico, prejudicando a criança (DOMINGUES *et al.*, 2020; RODRIGUES *et al.*, 2022).

Acrescentam ainda que o ato de não vacinar baseava-se em experiências de outros países, onde movimentos antivacinas são antigos e enraizados. Além disso, consideram que tais movimentos são fundamentados e influenciados pela rápida informação transmitida pela internet e pelas redes sociais, que, inicialmente, têm sido significativas nas camadas mais favorecidas financeiramente (KAWAUCHI; DAINESI, 2022; OLUSANYA *et al.*, 2021).

Interessante observar que, segundo os dados coletados, os pais afirmam que os profissionais são indispensáveis na divulgação de informações sobre vacinação, o que também é evidenciado por Lima (2022). A atuação profissional no compartilhamento de informação é essencial, dado que alguns familiares possuem pouco conhecimento sobre as vacinas. Mesmo que os pais busquem informações acerca da imunização infantil, ainda sentem total confiança nas recomendações dos profissionais de saúde, influenciando a tomada de decisões sobre vacinar ou não (LIMA *et al.*, 2022; VIANA *et al.*, 2023).

O estudo também mostra que os pais acreditam na importância de vacinar seus filhos e que a vacinação influencia não somente a saúde deles, mas a de outras crianças também. O mesmo foi evidenciado por Lima *et al.* (2022), que reforçam que os participantes da pesquisa pretendiam vacinar os filhos e consideravam relevante o programa de imunização infantil.

É notório que a pandemia influenciou negativamente a cobertura vacinal infantil. Madeira *et al.* (2023) apontam que um dos pilares da puericultura é a cobertura vacinal infantil, esta de extrema importância uma vez que garante imunidade contra diversas doenças, algumas já erradicadas.

Porém, os autores evidenciam quedas significativas nos índices de vacinação infantil no Brasil, associadas a diversos fatores, dentre eles a negligência parental na adesão da

puericultura e a pandemia de covid-19, que impulsionou a redução da procura pelos imunizantes. Consequentemente, a baixa procura dos serviços de vacinação ocasiona o retorno das doenças já erradicadas no país, como a poliomielite (MADEIRA *et al.*, 2023).

Colaborando com este estudo, Viana *et al.* (2023) também expõem que o desconhecimento de pais e familiares sobre as vacinas pode levar à hesitação dela. Dúvidas sobre a necessidade do imunizante, medo de eventos adversos e propagação de informações falsas produzem um cenário em que famílias e até mesmo profissionais de saúde não têm clareza sobre a relevância da vacinação. É válido esclarecer que os riscos associados ao uso de vacinas não justificam a recusa ou o atraso na sua aceitação, uma vez que eles são menores que os riscos de não vacinação.

7.4 A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO ENFERMEIRO-USUÁRIO NO FORTALECIMENTO DA ADESÃO VACINAL INFANTIL

Vínculo, segundo o dicionário Aurélio, é definido por “tudo que ata, liga ou aperta; ligação moral; relação”. É interessante compreender o termo supracitado e sua importância no cotidiano da APS, uma vez que, quando há um vínculo fortalecido entre serviço e usuário, as demandas da comunidade são atendidas e a unidade de saúde é vista como parte fundamental da área adscrita. A relação entre a equipe e o usuário deve ser ética, respeitosa, solidária e comprometida com a longitudinalidade do cuidado em saúde (VIEIRA *et al.*, 2022).

O vínculo é considerado uma tecnologia leve das relações, partindo do princípio de que os profissionais deverão estabelecer a responsabilização pela área adscrita. Como consequência, há uma interação geradora de vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários, importante para o mecanismo tecnológico para o desempenho do trabalho, conforme as diretrizes que norteiam a prática da ESF. Essa tecnologia leve no trabalho em saúde atravessa os processos de vínculo, acolhimento e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde (VIEIRA *et al.*, 2022).

O estudo de Kahl *et al.* (2019) reforça que o vínculo estabelecido entre enfermeiro e usuário transmite o comprometimento com a integralidade do cuidado e essência do trabalho na APS, uma vez que, ao permitir o envolvimento ativo dos pacientes no autocuidado e nas tomadas de decisão, eles sentem que suas necessidades são consideradas e suas escolhas respeitadas, o que reflete na consolidação do serviço na comunidade, facilitando a promoção de práticas de educação em saúde acessível aos indivíduos, famílias e comunidade.

Vieira *et al.* (2022) também afirmam que o estabelecimento do vínculo é evidenciado pela percepção do vínculo pelos enfermeiros, pelo papel da comunicação no contexto do vínculo e pela concepção de que o tempo de atuação no serviço auxilia para a construção e fortalecimento dele.

Acrescentam ainda que, na percepção dos enfermeiros, a construção do vínculo entre usuários, familiares e o enfermeiro é um dispositivo relacional fundamental para o desenvolvimento de práticas de cuidado mais acolhedoras e resolutivas – o que pode ser encarado como uma ferramenta estratégica potencializadora do sucesso no atendimento à saúde e objetiva o fortalecimento da concepção de saúde como produção social, econômica, cultural e de qualidade de vida (VIEIRA *et al.*, 2022).

No caso deste estudo, em que os temas hesitação vacinal infantil e percepção dos familiares são trabalhados, nota-se que a recomendação do profissional de saúde é fator determinante para a aceitação da vacina, logo, conforme mencionado por Domingues *et al.* (2020), é de extrema relevância que os profissionais estejam qualificados para recomendar as vacinas e sanar as dúvidas da população, como estratégia para elevar a CV.

Vale ressaltar ainda que a produção do vínculo se dá ao longo do tempo e tem como característica principal a relação de confiança mútua, responsabilidade e partilha de compromisso. E mais uma vez, revela-se como condição fundamental para o êxito no desenvolvimento de práticas como a consulta de enfermagem e o acolhimento com escuta qualificada, sendo determinante para o acesso, a continuidade da relação clínica e o atendimento integral (VIEIRA *et al.*, 2022).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo descreveu a situação vacinal de crianças em seu primeiro ano de vida numa região administrativa do Distrito Federal e, sob a ótica dos pais, fatores como isolamento social, efeitos adversos das vacinas, movimentos antivacinas, desconhecimento sobre as vacinas impactaram a completude da caderneta de vacina.

A principal limitação do estudo foi garantir uma amostra mais robusta para melhor análise. Tal limitação ocorreu devido ao programa do Ministério da Saúde (Previne Brasil) que, mediante o lançamento de metas como estratégia para amenizar os danos ocorridos durante a pandemia, incentivou a atualização das cadernetas de vacinação em menores de 1 ano, o que repercutiu no processo de coleta dos dados, uma vez que muitas cadernetas avaliadas já haviam sido atualizadas em sua completude.

Ademais, é importante enfatizar o notório papel do enfermeiro frente ao cuidado integral à saúde da criança. Sua influência como educador em saúde e profissional atuante na ESF em muito impacta o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, a imunização infantil. Pesquisas futuras são necessárias para investigar o papel do enfermeiro na APS como promotor de ações para impedir o atraso vacinal.

Vale ressaltar que cabe ao profissional supracitado conscientizar as famílias sobre a importância de retomarem o comprometimento do cuidado à saúde de seus filhos, comparecendo às UBS, participando das consultas de puericultura e atividades desenvolvidas pelas equipes, para que os atrasos ocorridos durante a pandemia possam ser reparados da melhor forma. Para isso, estimula-se a busca ativa dessas famílias, com a finalidade de fortalecer novamente o vínculo profissional-família, garantindo, assim, a regularidade nas consultas de puericultura.

Determinar, precisamente, qual o impacto ocasionado pela pandemia na saúde pública, bem como o retorno dos serviços outrora interrompidos, é, de certo modo, difícil. Logo, estudos mais aprofundados sobre a repercussão da pandemia na saúde infantil são incentivados, principalmente no que concerne ao campo da imunização, uma vez que uma população não vacinada está sujeita a ser infectada por doenças anteriormente erradicadas, afetando consideravelmente a saúde pública do país.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, Kaja *et al.* Benefit-risk analysis of health benefits of routine childhood immunisation against the excess risk of SARS-CoV-2 infections during the Covid-19 pandemic in Africa. **medRxiv**, 2020.
- ALLRED, Norma J. *et al.* Parental vaccine safety concerns: results from the National Immunization Survey, 2001–2002. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 28, n. 2, p. 221-224, 2005.
- ARAÚJO, Maria Clara Gomes *et al.* Fatores que interferem no cumprimento do calendário vacinal na infância. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 42, p. e2874-e2874, 2020.
- BARBOSA & SCHULMAN *apud* RODRIGUES, Francisco Luciano Lima; DE MENEZES, Joyceane Bezerra; DE MORAES, Maria Celina Bodin. Direito e vacinação (obra completa). **civilistica.com**, v. 11, n. 1, p. 1-557, 2022.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BEHRENS, Lynn; CHERRY, James D.; HEININGER, Ulrich. The susceptibility to other infectious diseases following measles during a three year observation period in Switzerland. **The Pediatric Infectious Disease Journal**, v. 39, n. 6, p. 478-482, 2020.
- BENEDETTI, Maria Soledade Garcia *et al.* Impacto da pandemia da covid-19 na cobertura vacinal no estado de Roraima, Amazônia Ocidental, Brasil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 26, p. 101874, 2022.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Senado Federal, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**: Crianças. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/anexo-calendario-de-vacinacao-da-crianca_atualizado_-final-20-09-2022.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao>. Acesso em: 8 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRITO, Mara Hanna Aires; CEREWUTA, Pollyanna Marinho Medeiros. Efeitos jurídicos do movimento antivacina na responsabilidade parental. **Facit Business and Technology Journal**, v. 4, n. 39, 2022.
- CHANG, Angela Y. *et al.* One vaccine to counter many diseases? Modeling the economics of oral polio vaccine against child mortality and COVID-19. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 967920, 2022.

COSTA, Mayara Irmere *et al.* O impacto da pandemia da COVID 19 no esquema vacinal de crianças nascidas no ano de 2020 no distrito de Cacau Pirêra, Iranduba-AM/The impact of the COVID 19 pandemic on the vaccination scheme of children born in the year 2020 in the district of Cacau Pirêra, Iranduba-AM. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 12, p. 77943-77959, 2022.

COSTA, Nilson do Rosário; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da; JATOBÁ, Alessandro. A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 08-20, 2023.

CUNHA, C. L. F; SOUZA, I. L. **Guia de trabalho para enfermeiro na atenção primária à saúde**. Curitiba: CRV, 2017. 426p.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde: Programa Nacional de Imunizações**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def. Acesso em: 7 dez. 2022.

DEFEO, Sarah Furtado *et al.* A cobertura vacinal de crianças de zero a cinco anos atendidas em um ambulatório universitário no contexto da pandemia. **Revista Interdisciplinar Ciências Médicas**, v. 7, n. 2, p. 62-72, 2023.

DINLEYICI, Ener Cagri *et al.* Vaccines and routine immunization strategies during the COVID-19 pandemic. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 17, n. 2, p. 400-407, 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim epidemiológico: Indicadores de Imunização – Primeiro Quadrimestre de 2022**. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim epidemiológico: Indicadores de Imunização**. 2021.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim epidemiológico: Indicadores de Imunização**. 2020.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Boletim epidemiológico: Indicadores de Imunização**. 2019.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Calendário Vacinal do Distrito Federal**. 2022. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/97368/Calendario-de-Vacinacao-DF-2022.pdf/3ea162b1-9aa2-3080-6800-2cffc9c8753a?t=1648761078292>. Acesso em: 7 dez. 2022.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Territorialização e Diagnóstico de Área da APS**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2018. 44 p.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023**. 2019.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2021**. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2021.

DOMINGUES, C. M. A. S.; TEIXEIRA, A. M. S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período de 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunização. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013.

DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

DOS SANTOS, Taynara Gardine *et al.* Cobertura vacinal de rotina em crianças menores de um ano em Sergipe. **Enfermagem Revista**, v. 24, n. 2, p. 47-58, 2021.

DURBACH, N. 'Eles podem muito bem nos marcar': Resistência da classe trabalhadora à vacinação obrigatória na Inglaterra vitoriana. **História Social da Medicina**, v. 13, n. 1, p. 45-62, 2000.

FERREIRA, Leonardo Souto *et al.* **Modelagem do impacto estimado da vacinação de crianças de 5-11 anos contra a COVID-19 no Brasil**. 2022.

FLANAGAN-KLYGIS, E. A.; SHARP, L.; FRADER, J. E. Dispensando a família que recusa vacinas: um estudo das atitudes do pediatra. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 159, n. 10, p. 929-934, 2005.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil**. 2023.

GARCIA, Érica Marvila. **Fatores associados à hesitação materna em vacinar e à situação vacinal de crianças de até dois anos de idade em Araraquara-SP**. 2022. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

GAYTHORPE, Katy A. M. *et al.* Impact of COVID-19-related disruptions to measles, meningococcal A, and yellow fever vaccination in 10 countries. **Elife**, v. 10, p. e67023, 2021.

GESSER-EDELSBURG, Anat; SHIR-RAZ, Yaffa; GREEN, Manfred S. Why do parents who usually vaccinate their children hesitate or refuse? General good vs. individual risk. **Journal of Risk Research**, v. 19, n. 4, p. 405-424, 2016.

GUST, D. A.; STRINE, T. W.; MAURICE, E.; SMITH, P.; YUSUF, H.; WILKINSON, M.; BATTAGLIA, M.; WRIGHT, R.; SCHWARTZ, B. Subimunização entre crianças: efeitos das preocupações com a segurança de vacinas no status de imunização. **Pediatria**, v. 114, n. 1, p. e16-e22, 2004.

HARZHEIM, Erno. "Previne Brasil": bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1189-1196, 2020.

HEALY, C. M.; PICKERING, L. K. Como se comunicar com pais que hesitam em vacinar. **Pediatria**, v. 127, n.1, p. S127-S133, 2011.

HIPÓLITO, Ulisses Vilela *et al.* Estado vacinal e registros de imunização de crianças da educação infantil. **DESAFIOS-Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 9, n. 2, p. 191-200, 2022.

HOBSON-WEST, P. ‘Confiar cegamente pode ser o maior risco de todos’: resistência organizada à vacinação infantil no Reino Unido. **Sociologia da Saúde e Doença**, v. 29, n. 2, p. 198-215, 2011.

JACOBSON, R. M. Recusa de Vacinação e Educação Parental: Lições Aprendidas e Desafios Futuros. **Saúde Pediátrica**, v. 4, n. 3, p. 239-242, 2010.

JÚNIOR, Sérgio Luis Alves et al. A evolução histórica do calendário vacinal brasileiro infantil. Itinerário terapêutico de pessoas diagnosticadas com câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica. Trata-se de um artigo original, cujo, p. 71, 2018.

KAHL, Carolina *et al.* Contribuições da prática clínica do enfermeiro para o cuidado na atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 354-359, 2019.

KEANE, M. T.; WALTER, M. V.; PATEL, B. I.; MOORTHY, S.; STEVENS, R. B.; BRADLEY, K. M.; BUFORD, J. F. *et al.* Confiança na Vacinação: Um Modelo Parental. **Vacina**, v. 23, n. 19, p. 2486-2493, 2005.

LIMA, Flavia Figueredo Mendes *et al.* Conhecimento e práticas de famílias sobre eventos adversos pós-vacinação em crianças e adolescentes. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 22, 2022.

MADEIRA, Maria Eduarda Smaniotto et al. A puericultura e os desafios decorrentes da pandemia de COVID-19: Childcare and challenges resulting from the COVID-19 pandemic. **Saúde em Redes**, v. 9, n. 2, p. 4221-4221, 2023.

MATOS, Ana Beatriz de Oliveira Vieira *et al.* Análise dos fatores atrelados ao atraso vacinal em crianças: um olhar à luz das evidências. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e49611225455-e49611225455, 2022.

MENEZES, Ana Maria Baptista *et al.* Atraso na vacina tetravalente (DTP+ Hib) em crianças de 12 a 23 meses de idade: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, 2022.

MUHSEN, K.; ABED EL-HAI, R.; AMIT-AHARON, A.; NEHAMA, H.; GONDIA, M.; DAVIDOVITCH, N.; GOREN, S.; Cohen, D. Fatores de risco de subutilização de imunizações infantis em comunidades judaicas ultraortodoxas em Israel, apesar do alto acesso a serviços de saúde. **Vacina**, v. 30, n. 12, p. 2109-2115, 2012.

NUWARDA, R. F. *et al.* Vaccine Hesitancy: Contemporary Issues and Historical Background. **Vaccines**, v. 10, n. 10, p. 1595, 1 out. 2022.

OLIVEIRA, J. V. L.; BONIFÁCIO, J. R. B.; COSTA, R. M. F.; SILVA, M. M. M. da; CUNHA, A. B. O. C.; SILVA, N. C.; NASCIMENTO, V. de J. O. A.; FRANÇA, A. M. M.; MELO, M. L. R. S.; SILVA, R. F. C.; COSTA, F. B.; CAVALCANTI, F. M. C. Estratégia de saúde da família: Problemas com a saúde da mãe e do bebê causados pelo não cumprimento do esquema vacinal. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e58710313772, 2021.

OLUSANYA, Olufunto A. *et al.* Addressing parental vaccine hesitancy and other barriers to childhood/adolescent vaccination uptake during the coronavirus (COVID-19) pandemic. **Frontiers in Immunology**, v. 12, p. 663074, 2021.

OMER, S. B.; SALMON, D. A.; ORENSTEIN, W. A.; DEHART, M. P.; HALSEY, N. Recusa de Vacina, Imunização Obrigatória e os Riscos de Doenças Evitáveis por Vacina. **New England Journal of Medicine**, v. 360, n. 19, p. 1981-1988, 2009.

PESSOAS, Larissa Dias et al. Análise a incorporação dos indicadores do Programa Previnde Brasil, na Região de Saúde Sudoeste do Distrito Federal: **1º quadrimestre de 2022**. 2023.

PEREIRA, Matheus Adriano Divino *et al.* Cobertura vacinal em menores de um ano e fatores socioeconômicos associados: mapas da heterogeneidade espacial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, 2023.

PROCIANOY, Guilherme Silveira *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 969-978, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.20082021>. Acesso em: 7 dez. 2022.

PROETTI, Sidney. As pesquisas qualitativa e quantitativa como métodos de investigação científica: um estudo comparativo e objetivo. **Revista Lumen**, 2018. ISSN:2447-8717 2.4.

RODRIGUES, F. L. L.; MENEZES, J. B.; MORAES, M. C. B. **Direito e Vacinação**. Rio de Janeiro: Editora Processo, 2022.

ROTHMAN, Kenneth; GREENLAND, Sander; LASH, Timothy. **Epidemiologia Moderna**. Belo Horizonte: Grupo A, 2015. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536325880/>. Acesso em: 8 mar. 2022.

ROUQUAYROL, Maria Z.; GURGEL, Marcelo. **Rouquayrol: Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MedBook Editora, 2017. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786557830000/>. Acesso em: 13 mar. 2022.

SANTOS, Luciana Rêgo dos. **Comportamento, vacinação e direito à saúde: o uso de insights comportamentais como ferramenta complementar para o combate à redução vacinal infantil no Brasil**. 2022. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2022.

SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

SBIM. Sociedade Brasileira de Imunizações. **Calendários de Vacinação**. Disponível em: <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>. Acesso em 8 out. 2023.

SBIM. Sociedade Brasileira de Imunizações. **O que muda na rotina das imunizações: Pandemia da Covid-19**. 2020.

SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previnde Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SHUI, I. M.; WEINTRAUB, E. S.; GUST, D. A. Pais Preocupados com a Segurança da Vacina: Diferenças de Raça/Etnia e Atitudes. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 31, n. 3, p. 244-251, 2006.

SILVA, Cícero Estéfano Carvalho. Perfil vacinal contra a poliomielite no Nordeste: uma avaliação dos últimos 5 anos. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 8, p. e5512842829-e5512842829, 2023.

SILVA, Maria de Fátima Cabral da. **O cuidado à criança na atenção primária à saúde diante da pandemia**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Curso de Bacharelado em Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2022.

SIMPSON, N.; LENTON, S.; RANDALL, R. Recusa dos Pais em Imunizar os Filhos: Extensão e Razões. **BMJ**, v. 310, n. 6974, p. 227, 1995.

SMITH, M. J.; MARSHALL, G. S. Navegando na hesitação dos pais em relação à vacina. **Anais Pediátricos**, v. 39, n. 8, p. 476-482, 2010.

SMITH, P. J.; HUMISTON, S. G.; MARCUSE, E. K.; ZHAO, Z.; DORELL, C. G.; HOWES, C.; HIBBS, B. Atraso ou Recusa dos Pais de Doses de Vacina, Cobertura de Vacinação Infantil aos 24 Meses de Idade e o Modelo de Crenças em Saúde. **Public Health Reports**, v. 126, n. 2, p. 135-146, 2011.

SMITH, P. J.; CHU, S. Y.; BARKER, L. E. Crianças que não receberam vacinas: quem são e onde moram? **Pediatria**, v. 114, n. 1, p. 187-195, 2004.

SOUSA, José Raul de; SANTOS, Simone Cabral Marinho dos. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e de fazer. **Pesquisa e Debate em Educação**, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, jul.-dez.2020. DOI: <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>.

STURM, L. A.; MAYS, R. M.; ZIMET, G. D. Crenças dos Pais e Tomada de Decisões sobre a Imunização de Crianças e Adolescentes: Da Pólio às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, v. 26, n. 6, p. 441-452, 2005.

TAYLOR, J. A.; DARDEN, P. M.; BROOKS, D. A.; HENDRICKS, J. W.; WASSERMAN, R. C.; BOCIAN, A. B. Settings Pediatric Research in Office e Association National Medical. Associação entre as preferências e percepções dos pais sobre as barreiras à vacinação e o status de imunização de seus filhos: um estudo da pesquisa pediátrica em ambientes de consultório e da Associação Médica Nacional. **Pediatria**, v. 110, n. 6, p. 1110-1116, 2002.

TEIXEIRA, V. B. *et al.* Os desafios do profissional de enfermagem para uma cobertura vacinal eficaz. **Nursing**, São Paulo, v. 22, p. 2862-2867, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-998709>. Acesso em: 5 set.2022.

TICKNER, S.; LEMAN, P. J.; WOODCOCK, A. Fatores subjacentes à imunização infantil abaixo do ideal. **Vacina**, v. 24, n. 49-50, p. 7030-7036, 2006.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **The State of the World's Children 2023: For every child, vaccination.** Florence: UNICEF Innocenti – Global Office of Research and Foresight, 2023.

VELAN, B.; BOYKO, V.; LERNER-GEVA, L.; ZIV, A.; YAGAR, Y.; KAPLAN, G. Individualismo, Aceitação e Diferenciação como Traços de Atitude na Resposta do Público à Vacinação. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, v. 8, n. 9, p. 1272-1282, 2012.

Q9. Durante o período da pandemia, eu senti receio de sair de casa para levar meu filho à Unidade Básica de Saúde. ()

Q10. Eu me preocupo com eventos adversos graves de vacinas. ()

Q11. Minha criança não precisa de vacinas para doenças que não são mais comuns atualmente. ()

Q12. A distância entre a minha residência e a Unidade Básica de Saúde dificulta a minha ida ao serviço para vacinar o meu filho. ()

Q13. O tempo de espera na sala de vacinação me faz desistir de vacinar o meu filho. ()

Q14. Já deixei de vacinar o meu filho por alguma informação que obtive. ()

Q15. Quando uma nova vacina é fornecida na unidade de saúde, eu opto por esperar para ver como vai ser a reação da vacina em outras pessoas. ()

Q16. Eu sempre levo a caderneta de vacina do meu filho nas consultas. ()

Q17. Não vacino meu filho por questões pessoais. ()

Q18. Meu filho ficou internado e ainda estou ajustando a situação vacinal dele. ()

Q19. Já fiquei confusa(o) com a quantidade e as datas das vacinas. ()

PARTE 3 – Situação de saúde da criança (a ser respondido pelo pai/responsável)

Q20. Meu filho apresentou doença ou problema de saúde no primeiro ano de vida. ()

Q21. Meu filho precisou ser internado no primeiro ano de vida. ()

Q22. Meu filho já tomou alguma vacina no setor privado. ()

Q23. Já recebi algum tipo de comunicado de que a vacina do meu filho estava ou está atrasada. ()

Q24. Meu filho já teve alguma reação à vacina. ()

Q25. Meu filho já recebeu alguma vacina especial (DTPa, Hib, Palivizumabe). ()

Q26. Eu costumava levar a criança regularmente ao serviço de saúde, nos dois primeiros anos de vida. ()

PARTE 4: Questões sobre a saúde da criança e busca de informações (a ser respondido pelo pai/responsável através de gravação de voz)

7) Você costumava levar a criança regularmente ao serviço de saúde, no primeiro ano de vida?

8) Qual(is) motivo(s) você levava a criança ao serviço de saúde, no primeiro ano de

vida?

- 9) A criança apresentou doença ou algum problema de saúde no primeiro ano de vida? Se sim, qual?
- 10) A criança já ficou internada por algum motivo no primeiro ano de vida? Se sim, por qual motivo?
- 11) Durante a pandemia, você procurou informações na internet sobre o cuidado de saúde do seu filho? Se sim, por qual motivo?
- 12) Quais tipos de informações sobre a saúde do seu filho você mais procurou na internet? (tratamento, vacinação, desenvolvimento infantil, alimentação...)

PARTE 5 - AVALIAÇÃO DA CADERNETA DE VACINA DA CRIANÇA (a ser preenchido pela pesquisadora)

Quais as vacinas que mais ocorrem atraso no calendário vacinal?

Ao nascer: () BCG () Hep.B

2 meses: () Penta () Vacina Inativada Poliomielite () Vacina Oral Rotavirus Humano () Pnemo 10

3 meses: () Meningocócica C

4 meses: () Penta () Vacina Inativada Poliomielite () Vacina Oral Rotavirus Humano () Pnemo 10

5 meses: () Meningocócica C

6 meses: () Penta () Vacina Inativada Poliomielite

9 meses: () Febre amarela*

12 meses: () Tríplice viral () Pneumo 10 reforço () Meningocócica C reforço

* somente em áreas endêmicas.

Fonte: Elaborado pela autora, adaptado de Garcia (2022).

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO INQUÉRITO VACINAL (GARCIA, 2022).

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DA MÃE OU RESPONSÁVEL

3.1. Qual seu nome?	
3.2. Qual sua data de Nascimento? dia/mês/ano ____/____/____	_ _ _ / _ _ _ / _ _ _
3.3. Qual sua raça/cor? (auto declarada) 0. Branca 1. Preta 2. Amarela 3. Parda 4. Indígena	_ _ _
3.4. Qual sua situação conjugal? (mora na mesma casa) 0. Sem companheiro 1. Com companheiro	_ _ _
3.5. Qual sua crença ou religião? 0. Sem religião/ateu 1. Evangélico 2. Católico 3. Umbanda/candomblé 4. Espírita 5. Budista/xintoísta 6. Outro. Qual? _____	_ _ _
3.6. Qual sua escolaridade? (<i>Pergunte até que série concluiu e depois preencha com a numeração abaixo</i>) 0. Nenhuma/Analfabeto 1. Última série concluída: _____ (1) Nunca estudou (2) 1º série do 1º grau (3) 2º série do 1º grau (4) 3º série do 1º grau (5) 4º série do 1º grau (6) 5º série do 1º grau (7) 6º série do 1º grau (8) 7º série do 1º grau (9) 8º série do 1º grau (10) 1º série do 2º grau (11) 2º série do 2º grau (12) 3º série do 2º grau (13) Supletivo/madureza (14) Superior incompleto (15) Superior completo (16) Especialização/residência médica (17) Mestrado (18) Doutorado (88) Não sabe/não lembra	_ _ _
3.7. Qual sua profissão?	

3.8. Qual a sua ocupação?	
1. Estudante	
2. Desempregado	
3. Trabalhador	
4. Aposentado	
Outro. Qual? _____	
3.9. Qual o vínculo empregatício? <i>(Pode ser mais do que 1 opção, se mais de um vínculo)</i>	
1. Carteira de trabalho assinada	
2. Funcionário público	
3. Sem carteira de trabalho assinada	
4. Autônomo	
5. Não remunerado	
6. Estagiário/aprendiz/bolsista	
99. Não se aplica	
3.10. Você tem outro tipo de fonte de renda? <i>(Pode ser mais do que 1 opção)</i>	
0. Não	

1. Pensão	
2. Aposentadoria	
3. Biscate (“bico”)	
4. Bolsa família	
5. Benefício Prestação Continuada – BPC (deficiência e/ou idoso)	
6. Outro. Qual? _____	
3.11. Se recebe Bolsa Família, qual o valor recebido (por mês)? R\$ _____	
99. Não se aplica	
3.12. Se recebe Benefício Prestação Continuada – BPC, qual o valor recebido (por mês)? R\$ _____	
99. Não se aplica	
3.13. Qual a renda total da família? (SM - salário mínimo R\$954)	
1. Até 2 SM (até R\$ 1908)	
2. Mais de 2 a 3 SM (R\$ 1909 – R\$ 2862)	

3. Mais de 3 a 5 SM (R\$ 2863 – R\$ 4770)	
4. Mais de 5 a 8 SM (R\$ 4771 – R\$ 7632)	
5. Mais de 8 a 10 SM (R\$7633 – R\$ 9540)	
6. Mais de 10 SM (> R\$ 9541)	

77. Não quis responder	
3.14. Quem é o chefe da família?	
1. A (o) entrevistada (o)	
2. Companheiro (a)	
3. Ambos / Todos	_ _ _
4. Outro. Quem? _____	
3.15. Quantas pessoas moram em sua casa? _____ pessoas	_ _ _
3.16. Tem alguém com necessidades especiais?	
0. Não	_ _

1. Sim. Qual? _____	
3.17. Indique a idade de seus filhos, caso tenha: (preencher a idade nos campos abaixo, colocar - M se a idade for em meses e - A se for em anos)	
_ _ _ - _ _ / _ _ _ - _ _ / _ _ _ - _ _ / _ _ _ - _ _ / _ _ _ - _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _	
/ _ _ _ - _ _ / _ _ _ - _ _	
99. Não se aplica	
3.18. Tem outras crianças que moram na casa?	
0. Não	_ _ _
1. Sim. Idades: _____	
3.19. Você paga alguém para te ajudar no cuidado da casa ou dos filhos?	
0. Não	_ _ _
1. Sim	
3.20. Há quanto tempo você mora neste endereço?	
1. < 12 meses	_ _ _
2. ≥12 meses	
3.21. Sua casa é?	
1. Alugada	

<p>2. Própria</p> <p>3. Emprestada</p> <p>4. Financiada</p> <p>5. Não sabe</p> <p>6. Outro tipo. Qual? _____</p>	_ _ _
<p>3.22. Quantos cômodos possuem para dormir?</p> <p>0. Nenhum</p> <p>1. Um</p> <p>2. Dois</p> <p>3. Três ou mais</p>	_ _ _

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA MÃE OU CUIDADOR DA CRIANÇA

<p>4.1. Você possui plano de saúde?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim</p>	_ _ _
<p>4.2. Nos últimos seis meses você passou por alguma consulta médica</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim. Qual motivo? _____</p>	_ _ _
<p>4.3. Depois que seu filho nasceu você precisou se ausentar de casa por um longo período (>10 dias)?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim. Qual motivo? _____</p>	_ _ _
<p>4.4. Em relação ao hábito de fumar:</p> <p>0. Jamais fumante</p> <p>1. Ex – fumante</p> <p>2. Fumante atual</p>	_ _ _
<p>4.5. Consome álcool atualmente?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Raramente (< 1 vez por semana)</p> <p>2. Ocasionalmente (1-2 vezes por semana)</p> <p>3. Frequentemente (3-4vezes por semana)</p> <p>4. Diariamente (todos os dias)</p>	_ _

INFORMAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E DO PUERPÉRIO DA MÃE

<p>5.1. Antes de você (mãe) ficar grávida, você fez alguma coisa para melhorar sua saúde como preparação para a gravidez? (<i>Pode ser mais do que 1 opção</i>)</p> <p>1. tomou ácido fólico</p> <p>2. parou ou diminuiu o fumo</p> <p>3. parou ou diminuiu bebida alcóolica</p> <p>4. comeu de forma mais saudável</p> <p>5. procurou conselho médico</p> <p>6. tomou outra atitude: _____</p> <p>0. não fez nada antes da gravidez</p> <hr/> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5.2. Você (mãe) realizou algum acompanhamento pré-natal?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
5.3. Onde fez o pré-natal? (<i>Pode ser mais do que 1 opção</i>)	
<p>1. Centro ou posto de saúde</p> <p>2. Hospital público</p> <p>3. Hospital privado</p> <p>4. Médico particular</p> <p>5. Médico de convênio</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p> <p>99. Não se aplica</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5.4. Com quantos meses de gravidez você começou o pré-natal? _____ meses</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p> <p>99. Não se aplica</p>	<p>_____</p>
<p>5.5. Quantas consultas de pré-natal fez na gravidez?</p> <p>1. < 6 consultas</p> <p>2. ≥ 6 consultas</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p> <p>99. Não se aplica</p>	<p>_____</p>
<p>5.6. Qual foi o tipo de parto?</p> <p>1. Normal</p> <p>2. Cesárea</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	<p>_____</p>
<p>5.7. Em que lugar a criança nasceu?</p> <p>1. Em casa</p> <p>2. Hospital público</p> <p>3. Hospital público – convênio</p> <p>4. Hospital particular / convênio</p> <p>5. Outro. Onde: _____</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	<p>_____</p>
<p>5.8. Teve diagnóstico de depressão pós-parto?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	<p>_____</p>

<p>5.9. Seu filho saiu de alta da maternidade junto com a você (mãe)?</p> <p>0. Não. Motivo? _____ __ </p> <p> </p> <p>1. Sim</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>
<p>5.10. Durante o parto ou nos primeiros 7 dias após o parto, você (mãe) teve algum problema?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim. Qual? _____ __ </p> <p>_____</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>
<p>5.11. Durante o parto ou nos primeiros 7 dias após o parto, o bebê teve algum problema?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim. Qual? _____ __ </p> <p>_____</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>

6.1. Nome:
6.2. Data de Nascimento (dia/mês/ano) _____/_____/_____ __ _ _ / _ _ _ _ - _ _ _ _
6.3. Peso ao nascer: _____ gramas __ _ _ _ _ _ _ _ _
88. Não sabe/não lembra
6.4. Tamanho ao nascer: _____ cm __ _ _ _ _ _ _ _ _
88. Não sabe/não lembra

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA.

6.5. Sexo 1. Feminino 2. Masculino	_ _ _
6.6. Raça/Cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	_ _ _
6.7. A criança frequentou creche (escola) nos dois primeiros anos de vida? 0. Não _____ 1. Sim	_
6.8. Com qual idade entrou na creche (escola)? _____ meses _____ 99. Não se aplica	_
6.9. Em qual período permanecia na creche (escola)? 1. Integral 2. Parcial 99. Não se aplica	_

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA.

<p>7.1. A criança recebeu alguma consulta nos primeiros 42 dias após o parto (no posto de saúde, hospital ou visita domiciliária do médico ou enfermeiro, rede pública ou particular)?</p> <p>0. Não 1. Sim</p> <p>_____ __ </p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	
<p>7.2. A criança mamou no peito logo que nasceu?</p> <p>0. Não 1. Sim</p> <p>_____ __ </p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	
<p>7.3. Até que idade recebeu APENAS leite do peito materno (exclusivo): _____ meses</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	__
<p>7.4. Se NÃO mamou no peito, por que você (mãe) não amamentou ou deixou de amamentar?</p> <p>1. Problemas mamários 2. Problemas durante o parto/puerpério 3. Retorno ao trabalho</p> <p> </p> <p>4. Nova gravidez 5. Orientação profissional 6. Opção própria 7. Outro. Qual? _____</p> <p>99. Não se aplica 88. Não sabe/não lembra</p>	__
<p>7.5. Até que idade recebeu leite do peito? _____ meses</p> <p>77. Ainda recebe 88. Não sabe/não lembra</p>	__
<p>7.6. Você costumava levar a criança regularmente ao serviço de saúde, nos dois primeiros anos de vida?</p> <p>0. Não 1. Sim</p> <p>_____ __ </p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	
<p>7.7. Por quais motivos você levava a criança ao serviço de saúde, nos dois primeiros anos de vida? (Pode ser mais do que 1 opção)</p> <p>1. Consulta de rotina 2. Quando estava doente</p> <p> </p>	__
<p>3. Para tomar vacina 4. Outros: _____</p> <p>88. Não sabe/não lembra 99. Não se aplica</p>	__
<p>7.8. Por qual tipo de serviço de saúde a criança foi acompanhada durante os dois primeiros anos?</p> <p>1. Somente rede pública</p> <p> </p> <p>2. Somente particular 3. Rede pública e particular (misto) 88. Não sabe/não lembra 99. Não se aplica (a criança não frequentou serviço de saúde)</p>	__

7.9. A criança apresentou doença ou problema de saúde nos dois primeiros anos de vida? (Pode ser mais do que 1 opção)	
0. Não.	_ _
<hr/>	
1. Anemia.	_ _
2. Desidratação.	_ _
3. Desnutrição.	_ _
4. Caxumba.	_ _
5. Coqueluche.	_ _
6. Pneumonia.	_ _
7. Catapora.	_ _
8. Diarreia grave.	_ _
9. (IRAS) asma, bronquite	_ _
10. Meningite	_ _
11. Outro. Qual? _____	_ _
88. Não sabe/não lembra	_ _
<hr/>	
7.10. A criança possui algum tipo de alergia?	
0. Não	_ _
<hr/>	
1. Sim. Qual? _____	
88. Não sabe/não lembra	
<hr/>	
7.11. A criança já ficou internada por algum motivo nos primeiros dois anos de vida?	
0. Não	_ _
<hr/>	
1. Sim	
88. Não sabe/não lembra	
<hr/>	
7.12. Se SIM, qual o motivo e o período da última internação?	
Motivo: _____	
88. Não sabe/ não lembra	
99. Não se aplica	_ _

ASPECTOS RELACIONADOS À VACINAÇÃO

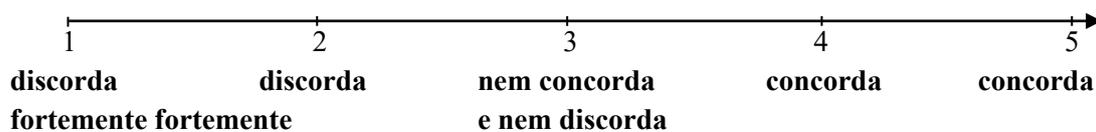
<p>8.1. Nos primeiros dois anos de vida, um profissional da saúde avaliava a vacinação do seu filho pela caderneta de saúde/vacina?</p> <p>0. Nunca</p> <p>1. Uma vez ao mês</p> <p>2. Uma vez a cada dois meses</p> <p>3. Sempre que eu ia ao serviço de saúde</p> <p>4. Somente na sala de vacina</p> <p>5. Outro. Qual? _____</p>	_ _
<p>8.2. Onde você costuma vacinar seu filho: <i>(Pode ser mais do que 1 opção)</i></p> <p>1. Unidade de Saúde Pública</p> <p> </p> <p>2. Clínica Privada</p> <p> </p> <p>3. Hospital</p> <p> </p>	_ _ _ _ _
<p>4. Outros. Qual? _____</p> <p> </p>	_ _
<p>8.3. Seu filho já tomou alguma vacina no setor privado?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim, Motivo: _____</p> <p> </p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	_
<p>8.4. Seu filho já recebeu algum tipo de comunicado de que a vacina estava ou está atrasada? <i>(Pode ser mais do que 1 opção)</i></p> <p>0. Não</p> <p>1. Pelo Agente Comunitário de Saúde</p> <p>2. Por telegrama/via papel</p> <p>3. Por telefone</p> <p>4. Outro _____</p> <p>88. Não sabe/não lembra/sem informação</p>	_ _ _ _ _ _
<p>8.5. Seu filho já teve alguma reação à vacina?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim. Qual reação e vacina? _____</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	_ _ _
<p>8.6. Se sim. Com qual idade? _____ meses</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	_ _
<p>8.7. Seu filho já recebeu alguma vacina especial (DTPa, Hib, Palivizumabe)?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	_ _ _
<p>8.8. Qual o motivo? <i>(Pode ser mais do que 1 opção)</i></p> <p>1. Reação alérgica à vacina</p> <p> </p> <p>2. Indicação por alguma doença</p> <p> </p> <p>3. Opção da mãe</p> <p> </p>	_ _ _ _ _ _

4. Outro: _____	_ _
88. Não sabe/não lembra	_
99. Não se aplica	_ _

VII. ATITUDE MATERNA / CUIDADOR FRENTE À VACINAÇÃO

9.1. Possui caderneta de saúde/vacinação em mãos?	_ _
0. Não	
1. Sim	
9.2. Se não, há quanto tempo está sem caderneta? _____ dias	_ _
99. Não se aplica	
9.3. Nesse período que estava sem a caderneta, já levou seu filho para tomar alguma vacina?	_ _
0. Não	
1. Sim	
2. Somente nas campanhas de vacinação	
88. Não sabe/não lembra	
99. Não se aplica	
9.4. Quando levou estava no período certo para vaciná-lo?	_ _
0. Não	
1. Sim	
88. Não sabe/não lembra	
99. Não se aplica	

9.5. Nas opções abaixo responda se você:



(colocar a opção correspondente ao lado da frase de 1 a 5)

<p>9.5.1 L1. Vacinas são importantes para a saúde de minha criança_____</p>	_ _ _
<p>9.5.2. L2. Vacinas funcionam_____</p>	_ _ _
<p>9.5.3. L3. Vacinar a minha criança é importante para a saúde de outras crianças em meu bairro_____</p>	_ _ _
<p>9.5.4. L4. Todas as vacinas infantis que são fornecidas pelo governo são benéficas_____</p>	_ _ _
<p>9.5.5. L5. Vacinas novas apresentam mais riscos do que as antigas_____</p>	_ _
<p>9.5.6. L6. Eu confio na informação que eu recebi dos profissionais sobre vacinas_____</p>	_ _
<p>9.5.7. L7. Vacinar é uma boa forma de proteger a minha criança de doenças_____</p>	_ _
<p>9.5.8. L8. Geralmente, eu sigo as orientações sobre vacinação que os profissionais de saúde que atendem minha criança recomendam_____</p>	_ _ _
<p>9.5.9. L9. Eu me preocupo com as reações graves de vacinas_____</p>	_ _
<p>9.5.10. L10. Minha criança não precisa de vacinas para doenças que não são mais comuns atualmente</p>	_ _
<p>9.6. Algumas pessoas não acreditam na vacinação, você concorda com esses grupos?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim</p> <p>2. Parcialmente / neutro</p> <p>88. Não sabe</p>	_ _ _
<p>9.7. Quando uma nova vacina é fornecida na unidade de saúde, Você:</p> <p>1. Logo leva seu filho para vacinar</p> <p>2. Prefere esperar para ver como vai ser a reação da vacina em outras pessoas</p> <p>3. Outro. Qual? _____</p> <p>4. Não vacina seu filho</p> <p>88. Não sabe</p>	_ _ _
<p>9.8. Você recebeu alguma orientação dos profissionais de saúde durante o pré-natal ou após o parto sobre a vacinação do seu filho?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	_ _ _
<p>9.9. Você já atrasou propositalmente alguma vacina ou decidiu não vacinar?</p> <p>0. Não</p> <p>1. Sim Quais? _____</p> <p>88. Não sabe/não lembra</p>	_ _ _
<p>9.10. Se sim, Qual o motivo? (Pode ser mais do que 1 opção)</p> <p>1. Receio de reações.</p> <p>2. A vacinação não é necessária.</p> <p>3. Dificuldade de acesso ao serviço de saúde para a vacinação (muito longe).</p> <p>4. Tempo de espera muito longo.</p>	_ _ _

5. Não foi orientada a vacinar.	_ _ _
6. Falta de informação quanto às contraindicações (criança estava doente).	_ _ _
7. Falta de tempo.	_ _ _
8. Opção própria/Não quis vacinar a criança.	_ _ _
9. A criança já teve algum evento adverso pós-vacina.	_ _ _
10. Motivos religiosos.	_ _ _
11. Unidade de Saúde fechada.	_
12. Faltou vacina na unidade de Saúde.	_
13. Contraindicação médica.	_
14. Várias injeções ao mesmo tempo.	_ _
15. Não gostou de algum profissional do serviço de saúde	_ _
16. Outro. Qual? _____	_ _
99. Não se aplica	
9.11. Você sabe quais vacinas seu filho deve tomar?	
0. Não	_ _

1. Sim	
9.12. Você já ficou confusa com a quantidade e as datas das vacinas?	
0. Não	_ _

1. Sim	
9.13. Algum dos seus filhos (exceto a criança da pesquisa) já teve reação à vacina?	
0. Não	_ _
1. Sim.	
88. Não sabe/não lembra	
99. Não se aplica	
9.14. Qual a fonte de informação que você MAIS utiliza para saber sobre as vacinas?	
0. Nenhum	_ _
1. Internet	
2. Amigos	
3. Vizinhos	
4. Profissional de saúde	
5. Televisão	
6. Outro. Qual? _____	
9.15. Quando você escuta uma informação negativa relacionada à vacina(s), o que você faz? (Pode ser mais do que 1 opção)	
0. Nada, apenas não acredita	_ _ _
1. Nada, apenas acredita	_ _ _
2. Pesquisa com um amigo se é verdade	_ _ _
3. Pesquisa com um profissional de saúde se é verdade	_ _ _
4. Pesquisa mais informações na Internet	_ _ _
5. Acredita e repassa informação para outras pessoas	_ _ _
6. Outro. Qual? _____	_ _ _
9.16. Você já deixou de vacinar seu filho por alguma informação que obteve?	

<i>(Pode ser mais do que 1 opção)</i>	
0. Não	
<hr/>	
1. Profissional de saúde. Qual? _____	
2. Internet	
3. Televisão/radio	
4. Revistas/jornais	
5. Parentes ou amigos	
6. Outros _____	
88. Não sabe/não lembra	
9.17. Você acha que deveria ter mais vacinas disponíveis?	
0. Não	
1. Sim	
<hr/>	
9.18. Como você considera sua relação com os profissionais de saúde da unidade?	
1. Ótimo	
2. Boa	
3. Razoável	
4. Ruim	
5. Indiferente	
<hr/>	
9.19. Qual o máximo de tempo você estaria disposta a esperar para aplicar uma vacina no seu filho?	
1. Menos de 10 minutos	

2. De 10-30 minutos	
3. De 30 a 60 minutos	
4. Mais de 60 minutos	
9.20. Qual transporte utiliza para chegar à unidade de vacinação? <i>(Pode ser mais do que 1 opção)</i>	
1. Carro	
2. Ônibus	
3. Bicicleta	
4. Motocicleta	
5. Taxi/Uber	
6. A pé	
7. Outro. Qual? _____	
9.21. Quanto tempo você leva, em média, da sua residência até a unidade de saúde? _____ minutos	
9.22. Você tem o hábito de vacinar seu filho nas campanhas?	
0. Não	
1. Sim	
88. Não sabe	

INFORMAÇÕES SOBRE O USO DA INTERNET NO CUIDADO DA CRIANÇA

10.1. Você usa internet?	
0. Não <i>(caso a pessoa não use internet, encerrar a entrevista aqui)</i>	
1. Sim	
10.2. Onde você costuma acessar MAIS a internet?	
1. Em casa	
2. No trabalho	
3. Na escola/faculdade	
4. Em centros de acesso gratuito (praças, pontos públicos, bibliotecas)	
5. Em centros públicos de acesso pago (lan house, cybercafé)	
6. Outro	
10.3. Qual equipamento você MAIS usa para acessar a internet?	
1. Telefone móvel celular	
2. Computador (mesa ou portátil)	
3. Tablet	
4. Televisão	
5. Outro	
10.4. Quantas vezes por semana você usa a internet?	
1. Uma vez por semana	
2. Entre duas a quatro vezes por semana	
3. Diariamente	
4. Menos que uma vez por semana	
10.5. Qual principal motivo de uso da internet?	
1. Trabalho	
2. Lazer	
3. Pesquisa	
4. Outro. Qual?	

10.6. Com qual frequência você usa: *(Marque com X)*

- | | | | | |
|--------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 1. Facebook | <input type="checkbox"/> 1x/semana | <input type="checkbox"/> 2 a 4x/semana | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Menos 1x/semana. <input type="checkbox"/> Não Usa |
| 2. WhatsApp | <input type="checkbox"/> 1x/semana | <input type="checkbox"/> 2 a 4x/semana | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Menos 1x/semana. <input type="checkbox"/> Não Usa |
| 3. Youtube | <input type="checkbox"/> 1x/semana | <input type="checkbox"/> 2 a 4x/semana | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Menos 1x/semana. <input type="checkbox"/> Não Usa |
| 4. Blogs | <input type="checkbox"/> 1x/semana | <input type="checkbox"/> 2 a 4x/semana | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Menos 1x/semana. <input type="checkbox"/> Não Usa |
| 5. Twitter | <input type="checkbox"/> 1x/semana | <input type="checkbox"/> 2 a 4x/semana | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Menos 1x/semana. <input type="checkbox"/> Não Usa |
| 6. Instagram | <input type="checkbox"/> 1x/semana | <input type="checkbox"/> 2 a 4x/semana | <input type="checkbox"/> Diariamente | <input type="checkbox"/> Menos 1x/semana. <input type="checkbox"/> Não Usa |

7. Outro _____ ()1x/semana ()2 a 4x/semana ()Diariamente ()Menos 1x/semana. ()Não Usa	
10.7. Você participa de alguma comunidade/grupo na internet? 0. Não 1. Sim. Qual assunto/tema?	_ _
10.8. Você usa ou já usou algum aplicativo no seu celular? 0. Não 1. Sim. Qual assunto/tema?	_ _
10.9. Se não usa mais, qual motivo deixou de usar?	
99. Não se aplica	_ _
10.10. Você usa internet para obter informações sobre a saúde do seu filho ? 0. Não (caso a pessoa não use, encerrar a entrevista aqui) 1. Sim	_ _
10.11. Por qual motivo você procura informações sobre o cuidado de saúde do seu filho pela internet? (Pode ser mais do que 1 opção)	
1. Decisão sobre ir ou não ao médico.	_
2. Falta de acesso aos serviços de saúde (não consegue marcar consulta/ a UBS é longe).	_
3. Falta de confiança no profissional de saúde.	_
4. Complementação de informações dos profissionais de saúde.	_
5. Para mudar de decisão sobre tratamento de doenças.	_
6. Melhorar o cuidado com a saúde.	_
7. Curiosidade, praticidade.	_
99. Não se aplica	_
10.12. Quais tipos de informações sobre a saúde de seu filho você mais procura na internet? (Pode ser mais do que 1 opção)	
1. Diagnóstico de doenças.	_
2. Tratamentos.	_ _
3. Medicação caseira para tratamento de doenças.	_
4. Alimentação da criança/aleitamento materno.	_ _
5. Vacinação.	_ _
6. Crescimento.	_
7. Fases do desenvolvimento infantil.	_ _
8. Procura por profissionais especialistas.	_
9. Procura experiências/depoimentos de outros pacientes.	_ _
10. Outras. Quais? _____	_ _
99. Não se aplica	_ _
10.13. Você usa algum aplicativo no celular com objetivo de cuidar, acompanhar ou obter informações sobre a saúde do seu filho? 0. Não.	_ _

1. Sim, atualmente. Qual? _____	
1. Sim, anteriormente. Qual e quando? _____	
10.14. Quais redes sociais você mais usa para obter informações de saúde do seu filho? (Pode ser mais do que 1 opção)	
0. Não usa rede social	_ _ _
1. Facebook	_ _ _
2. WhatsApp	_ _ _
3. Youtube	_ _ _
4. Blogs	_ _ _
6. Twitter	_ _ _
7. Instagram	_ _ _
10.15. Você participa de alguma comunidade/grupo na internet para obter informações ou cuidar da saúde do seu filho?	
0. Não 1. Sim	_ _ _
10.16. Você costuma conversar ou pedir aconselhamento de profissionais de saúde pela internet?	
0. Não	_ _ _
1. Sim. Que tipo de profissional? _____	
10.17. Quais ferramentas de busca você mais usa para obter informações de saúde do seu filho? (Pode ser mais do que 1 opção)	
0. Não usa.	_ _ _
1. Google, Yahoo, Bing, Cadê.	_ _ _
2. Páginas do Ministério da Saúde.	_ _ _
3. Jornais e revistas online.	_ _ _
4. Bibliotecas virtuais.	_ _ _
5. Outros:	_ _ _
10. 18. O que você costuma fazer após pesquisa de informações na internet sobre a saúde do seu filho? (Pode ser mais do que 1 opção)	
0. Nada	_ _ _
1. Segue as recomendações da internet.	_ _ _
2. Conversa com parentes e amigos.	_ _ _
3. Procura um serviço de saúde.	_ _ _
4. Compra serviços/produtos pela internet.	_ _ _
99. Não se aplica	_ _ _
10.19. O serviço de saúde que você frequenta disponibiliza algum tipo de serviço pela internet? (Pode ser mais do que 1 opção)	
0. Não.	_ _ _
1. Marcação de consultas.	_ _ _
2. Resultados de exames.	_ _ _
3. Mensagens sobre informações de saúde.	_ _ _
4. Outros: _____	_ _ _
88. Não sabe	_ _ _
10.20. Em que momento você costuma acessar a internet para buscar informações?	
1. Antes das consultas	
2. Depois das consultas	_ _ _
3. Antes e depois das consultas	
0. Não costuma acessar internet para buscar informações	
10.21. Quando você fala com um profissional de saúde sobre as informações que obteve na internet sobre o cuidado com a saúde, qual a reação deles?	
0. Não costumo comentar com o profissional de saúde	

1. Reação neutra, natural ou indiferente (o profissional não comentou o assunto)	_ _ _
2. Positiva (o profissional achou bom)	
3. Contraditória (o profissional apresentou argumentos a favor e contra)	
4. Negativa (o profissional disse que não gosta que o paciente tenha informações técnicas, que discuta, questione ou conteste seus diagnósticos e procedimentos)	
10.22. Que tipos de serviços pela internet você gostaria de ter? <i>(Pode ser mais do que 1 opção)</i>	
1. Renovar prescrições de tratamentos pela internet	_ _ _
2. Marcar as consultas	_ _ _
3. Acessar seus prontuários médicos	_ _ _
4. Obter resultados de exames ou testes	_ _ _
5. Outros	_

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado - Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da pandemia da COVID-19 na vacinação infantil no Distrito Federal: indicadores de saúde e percepção dos pais

Pesquisador: SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67173522.3.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.043.110

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2068288.pdf", postado em 27/04/2023:

"Desenho:

Trata-se de estudo transversal, descritivo, retrospectivo, de abordagem quantitativa e qualitativa."

"Resumo:

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) possui grande relevância para a saúde da população, uma vez que possibilita a distribuição e ampliação do acesso aos imunizantes, em especial para os distribuídos na primeira infância. Com o advento da Covid 19, as necessidades de saúde mais urgentes foram priorizadas em detrimento de outros serviços que foram interrompidos, inclusive a assistência à saúde da criança, no que tange ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a imunização, ficando esta população descoberta e exposta ao adoecimento por doenças imunopreveníveis. O objetivo do estudo é descrever os fenômenos intervenientes no processo de vacinação em crianças menores de 1 ano, considerando-se a pandemia da COVID-19 e as perspectivas dos pais/responsáveis. A pesquisa será realizada em 03 Unidades Básicas de Saúde da Região Sul de Saúde do Distrito Federal. A amostra será composta por crianças atendidas durante a consulta de CD, que estejam com a caderneta de vacina e que estavam vivenciando o

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com

Página 01 de 11



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 6.043.110

primeiro ano de vida durante o período de 2020 a 2021. Espera-se conhecer a situação vacinal das crianças atendidas, o conhecimento e as perspectivas dos pais e/ou responsáveis sobre a vacinação e os fatores que podem influenciar no processo de vacinação infantil. Acredita-se que este conhecimento poderá apoiar estratégias políticas e de suporte informacional à comunidade para o fortalecimento da prática da vacinação infantil, aumento das coberturas vacinais, redução de adoecimento e mortalidade infantil e promoção de saúde."

"Hipótese:

O atraso vacinal infantil em uma região específica do Distrito Federal é reflexo da baixa adesão à vacinação durante o período pandêmico?"

"Metodologia Proposta:

Serão analisadas as cadernetas de vacina de crianças atendidas em 3 Unidades Básicas de Saúde de uma região administrativa do Distrito Federal, durante a consulta de Crescimento e Desenvolvimento (CD), conferindo as doses vacinais recebidas referentes ao primeiro ano de vida, durante o período de 2020 a 2021. Serão considerados os dados referentes à imunização da BCG, hepatite B, rotavírus, tetravalente, poliomielite e triplíce

viral, presentes no calendário vigente da época, exceto a vacina contra febre amarela, cujo calendário apresenta diversas peculiaridades. Todos os dados serão coletados referentes a março de 2020 a dezembro de 2021. Para avaliar o impacto da COVID-19 no esquema vacinal das crianças atendidas, os pais e/ou responsáveis responderão ao questionário estruturado dividido em três partes (Parte 1: Conhecimento sobre vacinas; Parte 2: Atraso vacinal; Parte 3: Situação de saúde da criança) em escala Likert, que foi desenvolvido pela pesquisadora, adaptado de Garcia (2022). Para a Parte 4: Questões sobre a saúde da criança e busca de informações, será realizada entrevista com gravação de voz, após assinatura do Termo de Cessão de Voz. A Parte 5: Avaliação da caderneta de vacina da criança, será preenchida pela pesquisadora."

"Critério de Inclusão:

Crianças atendidas durante a consulta de CD, que estejam com a caderneta de vacina; crianças que estavam no primeiro ano de vida durante o período de 2020 a 2021; crianças acompanhadas por pais e/ou responsáveis."

"Critério de Exclusão:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-1947

E-mail: cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 6.043.110

Crianças sem o registro de vacinação."

"Desfecho Primário:

Atualmente, o atraso vacinal infantil em uma região específica do Distrito Federal, com o aumento da incidência de doenças imunopreveníveis deve-se à baixa adesão à vacinação durante o período pandêmico."

"Tamanho da Amostra no Brasil: 150"

Objetivo da Pesquisa:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2068288.pdf", postado em 27/04/2023:

"Objetivo Primário:

Conhecer a situação vacinal de crianças no primeiro ano de vida e os principais fatores intervenientes.

Objetivo Secundário:

a) Identificar o impacto da pandemia da covid-19 no processo e situação vacinal infantil; b) Identificar os conhecimentos e perspectivas dos pais/responsáveis e suas repercussões na situação vacinal infantil."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2068288.pdf", postado em 27/04/2023:

"Riscos:

- Possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados por desconhecimento ou vergonha; - Cansaço ao responder às perguntas. A fim de minimizar os riscos aos participantes da pesquisa, será disponibilizado um consultório com ambiente mais acolhedor, livre de ruídos e possíveis interrupções. Será realizada previamente à consulta de Crescimento e Desenvolvimento, um momento de conversa sobre a saúde da criança atendida e esclarecimento de possíveis dúvidas, além de estimular uma integração amistosa entre

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** ceptsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 6.043.110

pesquisador e participantes, através de uma escuta ativa.

Benefícios:

- Compreender os fatores intervenientes na decisão de vacinar ou não as crianças menores de 1 ano;- Prover suporte informacional a fim de melhorar a adesão vacinal;- Promover uma tomada de decisão mais assertiva por parte da família quanto à adesão vacinal."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília de Sammya Rodrigues dos Santos, sob a orientação da Profa. Aline Oliveira Silveira.

A pesquisa será realizada pela análise das cadernetas de vacina de crianças atendidas em 3 Unidades Básicas de Saúde de uma região administrativa do Distrito Federal, durante a consulta de Crescimento e Desenvolvimento (CD), conferindo as doses vacinais recebidas referentes ao primeiro ano de vida, durante o período de 2020 a 2021. Os participantes de pesquisa incluem 150 Crianças e pais/responsáveis atendidos por enfermeiros durante a Consulta de CD.

Pelo cronograma, o projeto será executado em 08 meses e a coleta de dados está prevista para maio de 2023, conforme documento em versão não editável "CRONOGRAMA.pdf" e editável "CRONOGRAMA.docx", postados em 03/04/2023.

Trata-se de financiamento próprio e com previsão de gastos de R\$ R\$6.953,20, incluindo gastos com estatístico, submissão de artigo científico e diversos materiais de consumo, conforme documento em versão não editável "orcamento_sammya.pdf", postado em 09/02/2023.

A SES/FD é instituição coparticipante (Unidades Básicas de Saúde nº 3, nº6 e nº 10 de Santa Maria), com ciência da Diretora da Atenção Primária à Saúde, da Região Sul do Distrito Federal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), Regiane Costa Martins dos Reis, instituição coparticipante, sendo assinado por Raquel Souza em substituição da DIRAPS, conforme documento "coparticipanteassinado.pdf", postado em 08/02/2023.

O TCLE e o Termo de Cessão de Uso de Som de Voz com fins científicos e acadêmicos foram anexados conforme modelo CEP-FS/UnB.

Os currículos da aluna e orientadora foram anexados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos acrescentados ao processo e analisados para emissão deste parecer:

- 1 - Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2068288.pdf", postado em 27/04/2022.
- 2 - Carta de Respostas às Pendências apontadas pelo CEP, informando as respostas do pesquisador às pendências apontadas pelo CEP. Versão editável "CARTA_DE_RESPOSTAS.docx", postado em 03/04/2023.
- 3 - Projeto detalhado - Documento em versão editável "Projeto_CEPm.docx" e não editável "Projeto_CEPm.pdf", postados em 03/04/2023.
- 4 - Cronograma de Execução das Atividades: o projeto será executado em 08 meses com início previsto para a coleta de dados em maio de 2023, conforme documento em versão não editável "CRONOGRAMAm.pdf" e editável "CRONOGRAMA.docx", postados em 03/04/2023.
- 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE). Versão editável "TCLE.docx" e versão não editável "TCLEe.pdf", postados em 03/04/2023.
- 6 - TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU SOM DE VOZ - Documentos em versão não editável "TERMO_VOZ.pdf" e editável "TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_SOM.docx", postados em 03/04/2023.

Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Análise das respostas às pendências apontadas no Parecer Consubstanciado No. 5.980.386:

1. A coleta de dados está prevista para iniciar em fevereiro de 2023. Solicita-se atualizar o cronograma prevendo o início da pesquisa para período posterior à aprovação pelo CEP. Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável aguardar a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa (Res. CNS 466/2012, item XI.2.a). Tal modificação deverá ser realizada no documento

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 6.043.110

referente ao cronograma e no Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: "Modificado cronograma: a coleta de dados está prevista para iniciar em maio de 2023 até junho de 2023. Modificado no Projeto Básico - página 8, parágrafo 4. Cronograma

Ano 2022/2023

Projeto: Página 8, parágrafo 4 - Acrescentado "A coleta de dados tem previsão de ser iniciada em maio de 2023 até junho de 2023."

ANÁLISE: O cronograma foi alterado, conforme documentos "CRONOGRAMAm.pdf" e "CRONOGRAMA.docx", postados em 03/04/2023, e no Projeto Básico da Plataforma Brasil. PENDÊNCIA ATENDIDA

2. Solicita-se adequar o TCLE, tornando uma linguagem mais clara e acessível ao participante, uma vez que "dado a ser conhecedora das vulnerabilidades da comunidade" como a pesquisadora explícita no resumo do projeto. Termos como "adesão vacinal", dentre outros podem ser melhor explicados.

RESPOSTA: "Realizadas adequações no TCLE, tornando a linguagem mais clara e acessível ao participante. Modificações: página 1, parágrafos 1, 2 e 5.

TCLE: Parágrafo 1 - Onde lê-se, "O projeto tem como objetivo compreender os fenômenos que estão relacionados com a diminuição da adesão à vacinação em crianças menores de 1 ano durante a pandemia em unidades básicas de saúde de uma região administrativa do Distrito Federal.", leia-se "O projeto tem como objetivo compreender os fenômenos que estão relacionados com a diminuição da vacinação em crianças menores de 1 ano durante a pandemia em unidades básicas de saúde de uma região administrativa do Distrito Federal."

Parágrafo 2 - Onde lê-se, "O objetivo desta pesquisa é compreender os fenômenos que estão relacionados com a diminuição da adesão à vacinação em crianças menores de 1 ano durante a pandemia nas unidades básicas de saúde n°3, n°6 e n° 10 de Santa Maria, Distrito Federal." leia-se "O objetivo desta pesquisa é compreender os fenômenos que estão relacionados com a diminuição da vacinação em crianças menores de 1 ano durante a pandemia nas unidades básicas de saúde n°3, n°6 e n° 10 de Santa Maria, Distrito Federal."

Parágrafo 5 - Onde lê-se "Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são a possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados por desconhecimento ou vergonha ou cansaço ao responder às perguntas. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para compreender os fatores intervenientes na decisão de vacinar ou não as crianças menores de 1 ano; prover suporte informacional a fim de melhorar a adesão

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.043.110

vacinal e promover uma tomada de decisão mais assertiva por parte da família quanto à adesão vacinal." leia-se "Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: a possibilidade de ficar constrangido ao responder o instrumento de coleta de dados por desconhecimento ou vergonha ou cansaço ao responder às perguntas. Para reduzir esse risco, estaremos realizando a consulta e a entrevista em um ambiente calmo, livre de ruídos e sem interrupções de outros profissionais, para que se sinta à vontade para conversarmos sobre a saúde do seu filho. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para compreender os fatores que acabam interferindo na decisão de vacinar ou não as crianças menores de 1 ano; além de promover mais informações sobre a queda dos índices de vacinação infantil e promover uma tomada de decisão mais segura por parte da família quanto à vacinação."

ANÁLISE: O TCLE foi adequado, conforme documentos "TCLE.docx" e "TCLEe.pdf", postados em 03/04/2023.

PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Quanto aos riscos:

Solicita-se explicitar as formas de minimizar os riscos. Tal modificação deverá ser realizada no TCLE, projeto detalhado e Projeto Básico da Plataforma Brasil.

RESPOSTA: "Explicitada as formas de minimizar os riscos. Modificação realizada no TCLE: página 1, parágrafo 5. Modificação realizada no Projeto: página 10, último parágrafo.

TCLE: Página 1, parágrafo 5: Onde lê-se "Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são a possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados por desconhecimento ou vergonha ou cansaço ao responder às perguntas. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para compreender os fatores intervenientes na decisão de vacinar ou não as crianças menores de 1 ano; prover suporte informacional a fim de melhorar a adesão vacinal e promover uma tomada de decisão mais assertiva por parte da família quanto à adesão vacinal." leia-se "Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são: a possibilidade de ficar constrangido ao responder o instrumento de coleta de dados por desconhecimento ou vergonha ou cansaço ao responder às perguntas. Para reduzir esse risco, estaremos realizando a consulta e a entrevista em um ambiente calmo, livre de ruídos e sem interrupções de outros profissionais, para que se sinta à vontade para conversarmos sobre a saúde do seu filho. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para compreender os fatores que acabam interferindo na decisão de vacinar ou não as crianças menores de 1 ano; além de promover mais informações sobre a queda dos índices de vacinação infantil e promover uma tomada de decisão

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.043.110

mais segura por parte da família quanto à vacinação."

Projeto: Página 10, último parágrafo: Onde lê-se "A fim de minimizar os riscos aos participantes da pesquisa, será realizada previamente à consulta de Crescimento e Desenvolvimento, um momento de conversa sobre a saúde da criança atendida e esclarecimento de possíveis dúvidas, além de estimular uma integração amistosa entre pesquisador e participantes, através de uma escuta ativa." leia-se "A fim de minimizar os riscos aos participantes da pesquisa, será disponibilizado um consultório com ambiente mais acolhedor, livre de ruídos e possíveis interrupções. Será realizada previamente à consulta de Crescimento e Desenvolvimento, um momento de conversa sobre a saúde da criança atendida e esclarecimento de possíveis dúvidas, além de estimular uma integração amistosa entre pesquisador e participantes, através de uma escuta ativa."

ANÁLISE: As formas de minimizar os riscos foram explicitadas na Página 1, parágrafo 5 do TCLE, na Página 10, último parágrafo do projeto detalhado, conforme documentos "TCLE.docx", "TCLEe.pdf", "Projeto_CEPm.docx" e "Projeto_CEPm.pdf", postados em 03/04/2023.

PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Solicita-se esclarecimento se as entrevistas serão gravadas. Em caso positivo, solicita-se apresentar o Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Som de voz para fins científicos e acadêmicos.

RESPOSTA: "As entrevistas serão gravadas em áudio. Esclarecido no projeto: página 12, parágrafo 4. Apresentado o Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Som de voz para fins científicos e acadêmicos na Plataforma Brasil."

Projeto: Página 12, parágrafo 4 - Acrescentado "Para a coleta de dados qualitativos será considerada a Parte 4: Questões sobre a saúde da criança e busca de informações, do instrumento. As respostas dos questionamentos pertinentes à parte supracitada serão gravadas em formato de áudio, após a aplicação do Termo de Cessão de Uso de Voz para fins científicos e acadêmicos."

ANÁLISE: Foi esclarecido que as entrevistas serão gravadas em áudio na página 12, parágrafo 4 do projeto detalhado, conforme documentos "Projeto_CEPm.docx" e "Projeto_CEPm.pdf", postados em 03/04/2023. O Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Som de voz para fins científicos e acadêmicos foi anexado na Plataforma Brasil, conforme documentos "TERMO_VOZ.pdf" e "TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_SOM.docx", postados em 03/04/2023.

PENDÊNCIA ATENDIDA



Continuação do Parecer: 6.043.110

Todas as Pendências foram atendidas. Não foram observados óbices éticos.
Protocolo de pesquisa em conformidade com as Resolução CNS 466/2012, 510/2016 e complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis devem apresentar relatórios parciais semestrais, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa; e um relatório final do projeto de pesquisa, após a conclusão da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2068288.pdf	27/04/2023 10:33:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEPm.docx	03/04/2023 21:39:35	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMO_VOZ.pdf	03/04/2023 21:38:05	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMO_DE_CESSAO_DE_USO_DE_SOM.docx	03/04/2023 21:37:02	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAm.pdf	03/04/2023 21:35:50	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	03/04/2023 21:35:03	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/04/2023 21:34:50	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEe.pdf	03/04/2023 21:34:41	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_CEPm.pdf	03/04/2023 21:27:58	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.043.110

Outros	CARTA_DE_RESPOSTAS.docx	03/04/2023 21:24:43	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	orcamento_sammya.pdf	09/02/2023 10:59:19	Bruna Carvalho Fernandes	Aceito
Outros	coparticipante_assinado.pdf	08/02/2023 11:26:39	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	termo_de_concordancia.docx	08/02/2023 11:23:48	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMO_COPARTICIPANTE_SESDF.docx	07/02/2023 11:09:26	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	curriculo_aline.pdf	30/01/2023 23:31:03	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	curriculo_sammya.pdf	30/01/2023 23:28:46	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	TERMO_DE_RESPONSABILIDADE.docx	30/01/2023 22:33:42	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	termo_responsabilidade.pdf	30/01/2023 22:32:34	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	cartaencaminhprojeto.docx	30/01/2023 22:32:06	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	carta_encaminhamento.pdf	30/01/2023 22:30:21	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Declaração de concordância	Termo_de_concordancia.pdf	26/01/2023 23:32:34	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/01/2023 23:30:33	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito
Outros	Anexos_CEP.pdf	03/01/2023 18:06:02	SAMMYA RODRIGUES DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

Anexo

ANEXO B - Calendário Nacional de Vacinação Infantil — CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO INFANTIL – 2022

Calendário Nacional de Vacinação - Crianças

Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de Doses		Idade Recomendada	Intervalo entre as Doses	
			Esquema Básico	Reforço		Recomendado	Mínimo
BCG (1)	Formas graves de tuberculose, meningite miliar	Bactéria viva atenuada	Dose única	-	Ao nascer	-	-
Hepatite B recombinante (2)	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Dose ao nascer	-	Ao nascer	-	-
Poliomielite 1,2,3 (VIP - inativada)	Poliomielite	Vírus inativado tipos 1,2, e 3	3 doses	2 reforços com a vacina VOP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Poliomielite 1 e 3 (VOP - atenuada)	Poliomielite	Vírus vivo atenuado tipos 1 e 3	-	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	-	1º reforço: 6 meses após 3ª dose da VIP 2º reforço: 6 meses após 1º reforço
Rotavírus humano G1P1 (VRH) (3)	Diarreia por Rotavírus	Vírus vivo atenuado	2 doses	-	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses	60 dias	30 dias
DTP+Hib+HB (Penta)	Difteria, Tétano, Coqueluche, <i>Haemophilus influenzae</i> B e Hepatite B	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada. Oligossacarídeos conjugados do Hib, antígeno de superfície de HB	3 doses	2 reforços com a vacina DTP	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses	60 dias	30 dias
Pneumocócica 10-valente (PCV 10) (4)	Pneumonias, Meningites, Otites, Sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina	Polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumococos	2 doses	Reforço	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o reforço
Meningocócica C (Conjugada) (4)	Meningite meningocócica tipo C	Polissacarídeos capsulares purificados da <i>Neisseria meningitidis</i> do sorogrupo C	2 doses	Reforço	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses	60 dias	30 dias da 1ª para 2ª dose e de 60 dias da 2ª dose para o 1º reforço
Febre Amarela (Atenuada) (5)	Febre Amarela	Vírus vivo atenuado	1 dose	Reforço	Dose: 9 meses Reforço: 4 anos de idade	-	30 dias
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR) (6)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivos atenuados	2 doses (primeira dose com SCR e segunda dose com SCRv)	-	12 meses	-	30 dias
Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRv) (4) (7)	Sarampo, Caxumba Rubéola e Varicela	Vírus vivos atenuados	2 doses (segunda dose da SCR e primeira de varicela)	-	15 meses	-	30 dias entre a dose de tríplice viral e a dose de tetraviral
Hepatite A (HA) (4)	Hepatite A	Antígeno do vírus da hepatite A, inativada	1 dose	-	15 meses	-	-
Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)	Difteria Tétano e Coqueluche	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada	Considerar doses anteriores com penta e DTP	2 reforços	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos de idade	1º ref. 9 meses após 3ª dose 2º ref. 3 anos após 1º reforço	1º reforço: 6 meses após 3ª dose 2º reforço: 6 meses após 1º reforço
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico e tetânico purificados, inativada	3 doses (Considerar doses anteriores com penta e DTP)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves a cada 5 anos	A partir dos 7 anos de idade	60 dias	30 dias
Papilomavírus humano (HPV)	Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante)	Partícula da cápsula do vírus antígeno de superfície	2 doses	-	9 a 14 anos para Meninas e Meninos	2ª dose: 6 meses após 1ª dose	-

Pneumocócica 23-valente (PPV 23) (8)	Meningite, Sepses, Pneumonias, Sinusite, Otite e Bronquite	Polissacarídeo capsular de 23 sorotipos pneumococos	1 dose	-	A partir de 5 anos de idade para os povos indígenas, sem comprovação da vacina PCV 10	-	-
Varicela (9)	Varicela	Vírus vivo atenuado	1 dose (corresponde à segunda dose da varicela)	-	4 anos	-	30 dias

Fonte: Ministério da Saúde (2022).

Anexo C - Calendário de Vacinação Infantil do Distrito Federal - 2022
ANEXO C – CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO INFANTIL DO DISTRITO FEDERAL – 2022

 CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO – DISTRITO FEDERAL 2022 	
IDADE	VACINA
Ao nascer	BCG¹ + Hepatite B²
2 meses	Penta (DTP/Hib/Hepatite B)³
	Vacina Inativada Poliomielite (VIP)⁴
	Vacina Oral Rotavírus Humano (VORH)⁵
	Pneumocócica 10 valente⁶
3 meses	Meningocócica C⁷
4 meses	Penta (DTP/Hib/Hepatite B)
	Vacina Inativada Poliomielite (VIP)
	Vacina Oral Rotavírus Humano (VORH)
	Pneumocócica 10 valente
5 meses	Meningocócica C
6 meses	Penta (DTP/Hib/Hepatite B)
	Vacina Inativada Poliomielite (VIP)
9 meses	Febre amarela⁸
12 meses	Tríplice Viral (SCR)⁹
	Pneumocócica 10 valente (REFORÇO)
	Meningocócica C (REFORÇO)

Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2022).