



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

MARIANA MESQUITA DE OLIVEIRA LIMA

**CRENÇAS, SENTIMENTOS E ATITUDES PARENTAIS FRENTE À VACINAÇÃO
INFANTIL E SUAS IMPLICAÇÕES**

BRASÍLIA

2024

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

MARIANA MESQUITA DE OLIVEIRA LIMA

CRENÇAS, SENTIMENTOS E ATITUDES PARENTAIS FRENTE À VACINAÇÃO
INFANTIL E SUAS IMPLICAÇÕES

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.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira

BRASÍLIA

2024

MARIANA MESQUITA DE OLIVEIRA LIMA

CRENÇAS, SENTIMENTOS E ATITUDES PARENTAIS FRENTE À VACINAÇÃO
INFANTIL E SUAS IMPLICAÇÕES

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.

Área de Concentração: Cuidado, Gestão e
Tecnologia em Saúde e Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

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

Professora Doutora Fernanda Monteiro de Castro Fernandes – Membro Externo
Universidade Católica de Brasília

Professora Doutora Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de Leon – Membro Interno
Universidade de Brasília

Professora Doutora Gisele Martins – Membro Suplente
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho à minha família, por ser meu porto seguro em todas as ocasiões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, por ter colocado em meu coração o desejo pelo mestrado acadêmico e por ter me guiado durante todo o processo.

Agradeço ao meu esposo, Maurílio Ricardo, por ser meu companheiro de vida em todos os momentos, por acreditar no meu potencial, vibrando a cada conquista, e ter sido presente junto aos nossos filhos, Mateus e Vinícius, quando precisei me dedicar à escrita da pesquisa. Só nós sabemos como foi “equilibrar os pratos” nesta trajetória!

Agradeço aos meus pais, Francisco e Carmen Lúcia, por serem sinônimo de acolhimento e amor desde sempre.

Agradeço à Laura por ser meu braço direito em casa e integrar minha rede de apoio, com meu esposo e pais, para que eu pudesse concluir este projeto.

Agradeço às amigas Elaine e Maria Leonor por terem sido apoio instrumental na pesquisa, desde o seu projeto, e à Ana Paula e Lu pelo apoio emocional em vários momentos. Muito obrigada!

Agradeço à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal por ter me concedido horário especial para cursar o mestrado e à Universidade de Brasília por ter me acolhido, como na graduação, e ter me disponibilizado ferramentas que me ajudaram na construção da pesquisa.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Aline, pela paciência em ensinar e por acreditar na minha capacidade, mesmo que eu mesma não acreditasse. Saiba que eu aprendi muito durante os dois últimos anos.

Gratidão a todos!

VERDADE

*“A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os dois meios perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram a um lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em duas metades,
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
As duas eram totalmente belas.
Mas carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.”
(Carlos Drummond de Andrade)*

RESUMO

LIMA, M. M. O. de. **Crenças, sentimentos e atitudes parentais frente à vacinação infantil e suas implicações**. 2024. 126p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2024.

Introdução: A vacinação é considerada como uma das conquistas mais importantes da saúde pública. No entanto, este sucesso sempre foi desafiado por indivíduos e grupos que a questionam ou a recusam, ameaçando a saúde coletiva ao abrir brechas para surtos de doenças potencialmente graves. As razões que motivam este fenômeno são complexas, por abranger aspectos culturais, sociais e econômicos, e variam com o tempo, espaço e tipo de vacina.

Objetivo: Descrever as crenças, sentimentos e atitudes parentais relacionados à vacinação infantil na estratégia “rotina”, identificando as influências na tomada de decisão e situação vacinal da criança. **Método:** Estudo qualitativo, com adoção da perspectiva teórica do Modelo Calgary de Avaliação Familiar e método de Análise de Conteúdo Temática. A coleta de dados ocorreu por meio da observação participante, da construção de genogramas e de entrevista aberta semiestruturada, áudio-gravada. Os participantes do estudo foram pais de crianças menores de 5 anos de idade subdivididos em dois grupos: “vacinadores”, captados no estabelecimento de saúde selecionado; e “faltosos”, selecionados a partir da triagem qualificada das listas de crianças que estavam em atraso vacinal (no mínimo, 30 dias), a partir dos sistemas de informação do Programa Nacional de Imunizações (E-SUS AB e SIPNI-WEB). **Resultados:** Participaram deste estudo 20 pais. O grupo “vacinadores” contou com 11 responsáveis, sendo 7 mães e 4 pais. Já no outro grupo, foram entrevistados 9 responsáveis, sendo 6 mães e 3 pais, totalizando 14 entrevistas. Dessas, 6 foram realizadas com o casal e 8 apenas com um dos pais. Foram identificadas três categorias temáticas: crenças parentais relacionadas a vacinação infantil (subcategorias: crenças sobre as vacinas e sobre o processo de vacinação infantil; crenças sobre as funções e deveres parentais); comportamentos parentais (subcategorias: busca por informações sobre vacinação infantil; cuidados parentais para minimizar a dor e desconforto da criança; suporte à criança para o enfrentamento do medo); e sentimentos relacionados à vacinação infantil e ao atraso vacinal. Os resultados do estudo evidenciaram que os pais acreditam nos benefícios da vacinação infantil. No entanto, as experiências anteriores

negativas, sejam relacionadas ao processo de vacinação ou à relação com o profissional de saúde (como a falta de acolhimento e informações ou orientações equivocadas) podem contribuir para um conjunto de percepções negativas e repercutir nas atitudes parentais de vacinar ou não seus filhos. **Considerações finais:** O estudo evidenciou que os pais possuem crenças que podem tanto promover quanto restringir as suas atitudes frente ao processo de vacinação infantil. As crenças são predominantemente moldadas pelas experiências prévias, sejam pessoais ou na relação com o profissional de saúde. Os sentimentos frente à vacinação relacionam-se com as crenças parentais e influenciam a forma como a prática será realizada. Neste contexto, ressalta-se a importância do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, como agente capaz de promover uma interação dialógica, que considere as experiências e as crenças parentais, propondo ajustes comportamentais em direção à mudança de hábitos que trazem risco à saúde individual e familiar.

Palavras-chave: Vacinação; Programas de Imunização; Hesitação Vacinal; Pais; Pré-Escolar.

ABSTRACT

LIMA, M. M. O. de. **Parental beliefs, feelings and attitudes towards childhood vaccination and their implications**. 2024. 126p. Dissertation (Master's) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2024.

Introduction: Vaccination is considered one of the most important achievements in public health. However, this success has always been challenged by individuals and groups who question or refuse it, threatening public health by opening the door to outbreaks of potentially serious diseases. The reasons that motivate this phenomenon are complex, as they encompass cultural, social and economic aspects, and vary with time, space and type of vaccine. **Objective:** To describe parental beliefs, feelings and attitudes related to childhood vaccination in the “routine” strategy, identifying the influences on decision-making and the child’s vaccination status. **Method:** Qualitative study, adopting the theoretical perspective of the Calgary Family Assessment Model and the Thematic Content Analysis method. Data collection was carried out through participant observation, the construction of genograms and open semi-structured, audio-recorded interviews. The study participants were parents of children under 5 years of age subdivided into two groups: “vaccinators”, recruited at the selected health facility; and “absentees”, selected from qualified screening of lists of children who were late in their vaccinations (at least 30 days), from the information systems of the National Immunization Program (E-SUS AB and SIPNI-WEB). **Results:** Twenty parents participated in this study. The “vaccinators” group had 11 guardians, 7 mothers and 4 fathers. In the other group, 9 guardians were interviewed, 6 mothers and 3 fathers, totaling 14 interviews. Of these, 6 were conducted with the couple and 8 with just one of the parents. Three thematic categories were identified: parental beliefs related to childhood vaccination (subcategories: beliefs about vaccines and the childhood vaccination process; beliefs about parental roles and duties); parental behaviors (subcategories: seeking information about childhood vaccination; parental care to minimize the child's pain and discomfort; supporting the child to cope with fear); and feelings related to childhood vaccination and vaccination delay. The results of the study showed that parents believe in the benefits of childhood vaccination. However, previous negative experiences, either related to the vaccination process or the relationship with the health professional (such

as lack of support and misleading information or guidance) can contribute to a set of negative perceptions and have repercussions on parental attitudes regarding whether or not to vaccinate their children. **Final considerations:** The study showed that parents have beliefs that can both promote and restrict their attitudes towards the childhood vaccination process. Beliefs are predominantly shaped by previous experiences, whether personal or in the relationship with the health professional. Feelings regarding vaccination are related to parental beliefs and influence the way in which the practice will be carried out. In this context, the importance of the health professional, especially the nurse, is highlighted as an agent capable of promoting a dialogical interaction that considers parental experiences and beliefs, proposing behavioral adjustments towards changing habits that pose a risk to individual and family health.

Keywords: Vaccination; Immunization Programs; Vaccination Hesitancy; Parents; Child, Preschool.

RESUMEN

LIMA, M.M.O. de. **Creencias, sentimientos y actitudes de los padres hacia la vacunación infantil y sus implicaciones**. 2024. 126p. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2024.

Introducción: La vacunación es considerada uno de los logros más importantes en salud pública. Sin embargo, este éxito siempre ha sido cuestionado por individuos y grupos que lo cuestionan o rechazan, amenazando la salud colectiva al abrir brechas para brotes de enfermedades potencialmente graves. Las razones detrás de este fenómeno son complejas, ya que abarcan aspectos culturales, sociales y económicos, y varían según el tiempo, el espacio y el tipo de vacuna. **Objetivo:** Describir las creencias, sentimientos y actitudes de los padres relacionados con la vacunación infantil en la estrategia “de rutina”, identificando las influencias en la toma de decisiones y el estado de vacunación del niño. **Método:** Estudio cualitativo, adoptando la perspectiva teórica del Modelo de Evaluación Familiar de Calgary y el método de Análisis de Contenido Temático. La recolección de datos se produjo a través de la observación participante, la construcción de genogramas y entrevistas abiertas semiestructuradas grabadas en audio. Los participantes del estudio fueron padres de niños menores de 5 años, subdivididos en dos grupos: “vacunadores”, reclutados en el establecimiento de salud seleccionado; y “ausentes”, seleccionados a partir del cribado cualificado de listas de niños que llegaron tarde a las vacunas (al menos 30 días), de los sistemas de información del Programa Nacional de Inmunizaciones (E-SUS AB y SIPNI-WEB). **Resultados:** 20 padres participaron en este estudio. El grupo de “vacunadores” contaba con 11 tutores, 7 madres y 4 padres. En el otro grupo se entrevistaron 9 tutores, 6 madres y 3 padres, totalizando 14 entrevistas. De ellos, 6 se realizaron con la pareja y 8 con uno solo de los padres. Se identificaron tres categorías temáticas: creencias de los padres relacionadas con la vacunación infantil (subcategorías: creencias sobre las vacunas y el proceso de vacunación infantil; creencias sobre las funciones y deberes de los padres); comportamientos de los padres (subcategorías: búsqueda de información sobre vacunas infantiles; cuidado de los padres para minimizar el dolor y el malestar del niño; apoyo a los niños para afrontar el miedo); y sentimientos relacionados con la vacunación infantil y el retraso en la vacunación. Los resultados del estudio mostraron que los

padres creen en los beneficios de la vacunación infantil. Sin embargo, las experiencias negativas previas, ya sean relacionadas con el proceso de vacunación o con la relación con el profesional de la salud (como la falta de recepción e información u orientación engañosa) pueden contribuir a un conjunto de percepciones negativas y tener un impacto en las actitudes de los padres hacia vacunar o no. tus hijos. **Consideraciones finales:** El estudio demostró que los padres tienen creencias que pueden tanto promover como restringir sus actitudes hacia el proceso de vacunación infantil. Las creencias están predominantemente moldeadas por experiencias previas, ya sean personales o en la relación con el profesional de la salud. Los sentimientos respecto a la vacunación están relacionados con las creencias de los padres e influyen en la forma en que se realizará la práctica. En este contexto, se destaca la importancia del profesional de la salud, especialmente el enfermero, como agente capaz de promover una interacción dialógica, que considere las experiencias y creencias de los padres, proponiendo ajustes comportamentales para cambiar hábitos que representan riesgo para la salud individual y familiar.

Palabras clave: Vacunación; Programas de Inmunización; Vacilación a la Vacunación; Padres; Preescolar.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Série histórica de coberturas vacinais do calendário infantil (menores de 2 anos) de 2015 a 2023	34
Figura 2 – Continuidade da aceitação da vacina pelos pais	36
Figura 3 - Diagrama Ramificado do MCAF.....	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Transcrição, codificação e categorização	46
Quadro 2 – Caracterização parental segundo o conteúdo das categorias	70

LISTA DE GENOGRAMAS

Genograma 1 – M1 e P1	50
Genograma 2 – M2 e P2	51
Genograma 3 – M3 e P3	52
Genograma 4 – M4 e P4	54
Genograma 5 – M5	55
Genograma 6 – M6	56
Genograma 7 – M7	58
Genograma 8 – M8	59
Genograma 9 – M9	60
Genograma 10 – P10	62
Genograma 11 – M11 e P11	63
Genograma 12 – M12	65
Genograma 13 – M13	66
Genograma 14 – M14 e P14	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela comparativa de cobertura vacinal nacional entre 2022 e 2023	32
-------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACWY	Vacina Meningocócica Conjugada Quadrivalente
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNV	Calendário Nacional de Vacinação
Codeplan	Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CRIES	Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais
DF	Distrito Federal
DTP	Difteria, Tétano, Pertussis
DTP+Hib+HB	Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae tipo b, Hepatite B
ESF	Estratégia Saúde da Família
E-SUS AB	Estratégia de Informatização da Atenção Básica
FA	Febre amarela
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
GSAP 1-AC	Unidade Básica de Saúde nº1 de Águas Claras
HA	Hepatite A
IASP	Associação Internacional para Estudo da Dor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M	Mãe
MCAF	Modelo Calgary de Avaliação Familiar
MCIF	Modelo Calgary de Intervenção Familiar
NASF	Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Pai
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PNCC 10	Pneumocócica 10 valente
PNI	Programa Nacional de Imunizações

RA	Região Administrativa
SAGE-WG	Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBIM	Sociedade Brasileira de Imunização
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SIES	Sistema de Informação de Insumos Estratégicos
SIPNI WEB	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações
SCR	Sarampo, Caxumba, Rubéola
SRCV	Sarampo, Caxumba, Rubéola, Varicela
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIP – inativada	Vacina Inativada Poliomielite
VOP – atenuada	Vacina Oral Poliomielite
VRH	Vacina Rotavírus humano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
2	JUSTIFICATIVA	25
3	OBJETIVOS	26
3.1	Geral	26
3.2	Específicos	26
4	REVISÃO DE LITERATURA	27
4.1	Programa Nacional de Imunizações	27
4.2	Calendário nacional de vacinação infantil	28
4.2.1	Calendário vacinal da rede privada de saúde	31
4.3	Cobertura vacinal infantil no Brasil e no Distrito Federal	31
4.4	Hesitação e recusa vacinal: desafios para a vacinação infantil	34
5	METODOLOGIA	38
5.1	Caracterização da pesquisa	38
5.2	Local, participantes e abordagem	38
5.3	Estratégias de coleta de dados	41
5.4	Análise dos dados	43
5.5	Aspectos éticos	46
6	RESULTADOS	48
6.1	Caracterização dos participantes	48
6.2	Apresentação da estrutura familiar dos pais participantes do estudo	48
6.2.1	Pais “vacinadores”	49
6.2.1.1	<i>Mãe 1 (M1) e Pai 1 (P1)</i>	49
6.2.1.2	<i>Mãe 2 (M2) e Pai 2 (P2)</i>	50
6.2.1.3	<i>Mãe 3 (M3) e Pai 3 (P3)</i>	52
6.2.1.4	<i>Mãe 4 (M4) e Pai 4 (P4)</i>	53
6.2.1.5	<i>Mãe 5 (M5)</i>	54
6.2.1.6	<i>Mãe 6 (M6)</i>	55
6.2.1.7	<i>Mãe 7 (M7)</i>	57
6.2.2	Pais “faltosos”	58
6.2.2.1	<i>Mãe 8 (M8)</i>	58

6.2.2.2	<i>Mãe 9 (M9)</i>	60
6.2.2.3	<i>Pai 10 (P10)</i>	61
6.2.2.4	<i>Mãe 11 (M11) e Pai 11 (P11)</i>	62
6.2.2.5	<i>Mãe 12 (M12)</i>	64
6.2.2.6	<i>Mãe 13 (M13)</i>	65
6.2.2.7	<i>Mãe 14 (M14) e Pai 14 (P14)</i>	67
6.3	Perspectivas dos pais sobre vacinação infantil	68
6.3.1	Categoria temática 1: crenças parentais relacionadas à vacinação infantil ...	71
6.3.2	Categoria temática 2: sentimentos relacionados à vacinação e ao atraso vacinal	84
6.3.3	Categoria temática 3: atitudes parentais	86
7	DISCUSSÃO	92
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
	REFERÊNCIAS	101
	APÊNDICE A – PERGUNTAS NORTEADORAS UTILIZADAS NAS ENTREVISTAS COM OS PAIS	106
	ANEXO A - CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO INFANTIL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÃO (SBIM, 2024)	107
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	108
	ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – FEPECS	109
	ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	110
	ANEXO E - TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS	113
	ANEXO F - ARTIGO “CRENÇAS E ATITUDES DE PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL: REVISÃO DE ESCOPO”	115

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é reconhecida como uma das tecnologias essenciais que contribui para a qualidade e aumento da expectativa de vida da criança desde o nascimento. Sabe-se que, com exceção da água potável, nenhuma outra medida teve um impacto semelhante na redução da morbimortalidade da população quanto as vacinas (Maia *et al.*, 2020).

O Brasil conta com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), um dos mais completos programas de imunizações do mundo e que apresenta reconhecimento internacional principalmente por conseguir manter, durante muitos anos, elevadas coberturas vacinais para diversos agravos de importância para a saúde pública. Após a implementação do programa, a cobertura vacinal brasileira aumentou significativamente na população e, conseqüentemente, houve uma redução das taxas de incidência e óbitos por doenças imunopreveníveis, como o sarampo, poliomielite, coqueluche entre outros (Sato, 2020).

O aumento do número de postos e centros de saúde nos últimos 30 anos, acompanhado do aumento da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), expandiu o acesso da população aos serviços, contudo, mesmo diante de tais evoluções, identificou-se, nos últimos anos, redução nacional das taxas de cobertura vacinal no país. Este cenário, portanto, revela o risco em que a saúde coletiva se encontra, diante da possibilidade do ressurgimento de doenças até então controladas ou erradicadas.

Compreender os determinantes que influenciam essa queda torna-se essencial para o fortalecimento da política, apesar de ser um processo complexo que envolve fatores contextuais, históricos, socioculturais, ambientais e do sistema de saúde, além de fatores econômicos ou políticos e os fatores individuais (Nascimento *et al.*, 2024).

Contraditoriamente, os avanços do PNI trazem consigo desafios inerentes à sua evolução, pois o controle das doenças devido às altas coberturas vacinais influencia a percepção dos riscos e benefícios para se vacinar (Sato, 2018), abrindo espaço para o surgimento da hesitação vacinal na sociedade.

Segundo Macdonald (2015), a hesitação vacinal é definida como o atraso em aceitar ou a recusa das vacinas, apesar de sua disponibilidade nos serviços de saúde. Esse fenômeno

comportamental mostra-se muito complexo por envolver determinantes culturais, sociais e econômicos, e varia ao longo do tempo, do local e dos tipos de vacinas.

Desde a década de 1990, as coberturas vacinais infantis estavam acima de 95% (Domingues; Teixeira, 2013), o que indicava boa adesão da população à vacinação. Todavia, a partir de 2016, essas coberturas têm apresentado declínio de cerca de 10 a 20 pontos percentuais, fato que não era esperado e que gerou o aumento da mortalidade infantil e materna. As consequências visíveis dessa queda são as epidemias de sarampo em Roraima e no Amazonas (Sato, 2018).

Muitos fatores podem ser apontados como responsáveis por esse declínio, seja o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ou aspectos técnicos como a implantação do novo sistema de informação de imunização, sejam aspectos sociais e culturais que afetam a aceitação da vacinação (Sato, 2018).

As crenças dos pais são um fator interveniente importante no processo de tomada de decisão relacionada à vacinação infantil. A atitude sobre vacinar-se é complexa e pode ser impactada pela interação de fontes de influência, processos deliberativos e contexto que, mesmo sendo semelhantes, podem ser interpretados de maneira diferente, dependendo do sistema de crenças parentais internalizado (McNeil *et al.*, 2019).

A vacina, apesar de ser consagrada pelos seus benefícios inquestionáveis para a saúde pública, é considerada a fonte mais comum de dor iatrogênica na infância, e uma importante origem de sofrimento tanto para as crianças submetidas ao procedimento como para seus pais. No entanto, não se tem dado a devida atenção à dor e ao medo associados à agulha, principalmente durante a infância (Fontes *et al.*, 2018).

De acordo com a última revisão da Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), a dor é definida como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. A definição ainda é complementada por notas explicativas que esclarecem, dentre outras coisas, que a dor é sempre uma experiência pessoal influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais, e que, por meio das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o seu conceito (DeSantana *et al.*, 2020).

As percepções parentais de dor e sofrimento provocados pelas múltiplas injeções durante a atualização da caderneta de vacinação infantil consolidam crenças de que a vacinação

traumatiza a criança, afastando os pais desta importante prática. De acordo com um estudo realizado com puérperas, em Israel, em resposta a uma questão aberta sobre a razão (ou razões) das suas opiniões opostas à vacinação de seus recém-nascidos, encontramos como motivos o fato de a criança ser muito pequena para ser vacinada e que os imunobiológicos causariam traumas no bebê (Maayan-Metzger; Kedem-Friedrich; Kuint, 2005).

Segundo os resultados da revisão da literatura anexada nesta dissertação, fruto do processo de pesquisa durante o presente mestrado, intitulada “Crenças e atitudes de pais ou responsáveis legais sobre a vacinação infantil: revisão de escopo”, a interação com os profissionais e serviços de saúde, a organização e estrutura familiar, a interação social e políticas públicas, as crenças culturais, religiosas e pessoais, os conhecimentos sobre o calendário vacinal, o processo de vacinação e imunização e as fontes de informação foram elencados como os principais fatores mapeados que determinam o processo de tomada de decisão, podendo influenciar positiva ou negativamente a atitudes dos pais ou responsáveis legais em vacinar seus filhos (Lima *et al.*, 2024).

Diante do exposto e considerando que os pais são protagonistas na tomada de decisão quando se fala em vacinação infantil, este estudo parte do seguinte questionamento: quais são as crenças, os sentimentos e as atitudes dos pais das crianças menores de 5 anos de idade sobre a vacinação infantil (estratégia rotina), suas possíveis consequências individuais e coletivas e como esses fatores interferem em sua tomada de decisão sobre vacinar ou não?

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que a produção de saúde se faz na interação entre pessoas e de que é preciso aprimorar o modo de relação estabelecido entre os serviços de APS, incluindo a vacinação, com os seus usuários, é essencial que os serviços sejam facilmente acessíveis à população, que o usuário esteja no centro da atenção e que a orientação às necessidades em saúde das comunidades seja a base da organização dos serviços (Tasca *et al.*, 2020).

Compreender as crenças determinantes das atitudes parentais que levam à recusa ou ao atraso na vacinação infantil a nível local e como os enfermeiros que compõem os serviços de atenção primária podem atuar de maneira a diminuir os entraves para esta prática são elementos essenciais no processo de mitigação da hesitação vacinal na sociedade (Garcia *et al.*, 2023).

O fenômeno da hesitação vacinal é determinado por influências contextuais, que inclui fatores históricos, socioculturais, ambientais, do sistema de saúde/institucionais, econômicos ou políticos; por influências individuais e de grupo, que abrangem influências decorrentes da percepção pessoal da vacina ou influências do ambiente social/de pares; e por questões específicas da vacina e da vacinação que estão diretamente relacionadas com as características da vacina ou do processo de vacinação (Larson *et al.*, 2014).

Diante do exposto, este estudo, pretende elucidar quais as crenças parentais que influenciam o processo de decisão em vacinar, ou não, seus filhos, uma vez que as percepções são elencadas como um dos domínios (influências individuais e de grupo) do fenômeno e não são uniformes, divergindo a depender do local de pesquisa.

Portanto, este trabalho possibilitará o desenvolvimento de instrumentos assistenciais com o intuito de aperfeiçoar a qualidade do atendimento e da comunicação com famílias pelos profissionais de enfermagem em consultórios e salas de vacinação do serviço público, como roteiros com perguntas de intervenções a serem utilizados em atendimentos em saúde. Estes podem aprimorar as práticas de acolhimento das famílias que possuem percepções e sentimentos negativos em relação ao ato da vacinação, além de estimular a busca de estratégias de comunicação individualizadas, pela equipe de enfermagem, para melhorar aspectos relacionados ao conhecimento parental que se encontram interligados ao seu sistema individual de crenças que limitam a prática da vacinação infantil.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Compreender as crenças, os sentimentos e as atitudes parentais relacionadas à vacinação infantil.

3.2 Específicos

- a) Identificar crenças parentais constrangedoras e facilitadoras da prática de vacinação infantil;
- b) Identificar os sentimentos dos pais com relação a vacinação infantil;
- c) Descrever as atitudes parentais no processo de tomada de decisão em relação a vacinação infantil;
- d) Descrever a influência das crenças na tomada de decisão parental e na situação vacinal da criança.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Programa Nacional de Imunizações

Instituído em 18 de setembro de 1973 pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) veio a ser oficialmente reconhecido apenas em 1975, ano em que a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, entra em vigor. Esta, por sua vez, “dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências” (Brasil, 1975; Temporão, 2003).

A Lei nº 6.259/1975 foi, então, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, quando o PNI passou a coordenar a Política Nacional de Imunizações, programa de ação pública elementar para a atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu carácter mais amplo e democrático, conforme previsto constitucionalmente (Brasil, 1976).

A criação do PNI ocorreu durante a ditadura militar que governou o país entre 1964 e 1985, em um contexto de alta mortalidade infantil por diarreia e doenças imunopreveníveis (sarampo, coqueluche, entre outras). À época, as ações de imunização eram desarticuladas e realizadas por diferentes programas verticais do Ministério da Saúde, direcionados de maneira isolada para cada doença, como varíola, tuberculose e febre amarela. Outras atividades de imunização eram operacionalizadas pelas secretarias estaduais de saúde, como as de poliomielite, sarampo e DTP (difteria, tétano e pertusis). Portanto, o PNI foi implementado com o objetivo de orientar e sistematizar todas as ações de vacinação sob um mesmo guarda-chuva político-administrativo (Minakawa; Frazão, 2023).

Entre os marcos históricos, destaca-se a experiência do Dia Nacional de Vacinação contra a poliomielite, que envolveu diversos recursos, como diagnóstico laboratorial, capacitação profissional e logística de vacinação; além de estratégias de comunicação com a criação da logomarca Zé Gotinha, presente até os dias atuais, e o uso de meios de comunicação, como rádio e televisão, para implementar a vacinação extensiva em um curto espaço de tempo em todo o território nacional. Essa mobilização foi capaz de reduzir a incidência de doenças, bem como possibilitou a reestruturação da vigilância epidemiológica para identificar áreas de

baixa cobertura vacinal e avançar com uma política de imunização mais atuante, com apoio governamental (Minakawa; Frazão, 2023).

Cabe ao PNI a definição da política de vacinação do país, desde a elaboração do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) até a aquisição dos imunobiológicos e sua disponibilização nas salas de vacinação da rede pública – mais de 38 mil serviços de saúde –, além do estabelecimento de normas e diretrizes sobre as indicações e recomendações da vacinação em todo o território nacional (Pércio *et al.*, 2023).

Em 51 anos de existência, o PNI passou de 4 para 48 diferentes imunobiológicos (entre vacinas, soros e imunoglobulinas) ofertados a toda a população. Atualmente, são mais de 20 vacinas, capazes de prevenir com segurança diversas doenças, disponibilizadas para cada fase devida conforme os CNVs – crianças, adolescentes, gestantes, adultos, idosos e populações especiais (indígenas e pessoas vivendo com condições especiais, por meio dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais – CRIES) (Brasil, 2022).

Por meio do PNI, o Brasil alcançou o controle e a eliminação de diversas doenças imunopreveníveis, como o sarampo, a poliomielite, a rubéola, a síndrome da rubéola congênita e o tétano neonatal, e o programa passou a ser reconhecido, nacional e internacionalmente, como um caso de sucesso da saúde pública (Domingues; Teixeira, 2013).

No entanto, esse cenário vem mudando rapidamente com o registro de 1.310 casos de sarampo nos estados de Ceará e Pernambuco entre os anos de 2013 e 2015, e mais de 1.500 casos confirmados, em 2018, nos estados de Roraima e Amazonas (Sato, 2018). Essa estatística, portanto, é um alerta sobre o impacto da queda das coberturas vacinais, de forma geral, na população brasileira, nos últimos anos, associado às repercussões negativas oriundas da recente pandemia do COVID-19.

4.2 Calendário nacional de vacinação infantil

O calendário vacinal infantil foi proposto no Brasil em 1950, onde a prevalência de doenças como febre amarela (FA), tuberculose (TB) e varíola eram assustadoras, causando muitas sequelas e óbitos (Brasil, 2001).

Com o decorrer dos anos, os avanços tecnológicos na área da imunização vêm contribuindo para o aumento da qualidade de vida da população a partir da ampliação da oferta

de imunobiológicos capazes de controlar e eliminar tanto doenças já conhecidas quanto agravos descobertos recentemente. Atualmente, são disponibilizadas, por meio do Sistema Único de Saúde, as seguintes vacinas obrigatórias que compreendem o calendário básico de vacinação infantil no Brasil para crianças de 0 a menores de 5 anos de idade:

- a) BCG – Protege contra formas graves de tuberculose: meníngea e miliar. É composta por uma bactéria viva atenuada e deve ser administrada uma dose única ao nascer, via intradérmica;
- b) Hepatite B – Protege contra a hepatite B. Vacina inativada, composta por antígeno recombinante de superfície do vírus purificado. Deve ser administrada, uma dose ao nascer, por via intramuscular, nas primeiras 24 horas, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, ainda na maternidade. Essa vacina é administrada para adolescentes e adultos também;
- c) DTP+Hib+HB (Pentavalente) – Vacina inativada que protege contra a difteria, o tétano, a coqueluche, a *Haemophilus influenzae B* e a hepatite B. É composta de toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada, oligossacarídeos conjugados do Hib e antígeno de superfície de HB. Três doses devem ser administradas, por via intramuscular, aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo recomendado de 60 dias entre as doses, sendo o mínimo de 30 dias;
- d) Poliomielite 1, 2, 3 (VIP) – Protege contra a poliomielite. Composta de vírus inativado 1, 2 e 3. Administrada em três doses por via intramuscular, aos 2, 4 e 6 meses de idade, com intervalo recomendado de 60 dias, sendo o mínimo de 30 dias;
- e) Pneumocócica 10 valente (Pnc 10) – Vacina inativada que protege contra as pneumonias, meningites, otites e sinusites pelos sorotipos que compõem a vacina. É composta de polissacarídeo capsular de 10 sorotipos pneumococos. O esquema vacinal consiste na administração de duas doses, aos 2 e 4 meses de idade e um reforço aos 12 meses de idade, via intramuscular;
- f) Rotavírus humano G1P1 (VRH) – Protege contra a diarreia causada pelo rotavírus. É composta por vírus vivo atenuado. Devem ser administradas duas doses, aos 2 e 4 meses de idade, por via oral. A primeira dose pode ser administrada a partir de 1 (um) mês e 15 dias até 3 (três) meses e 15 dias. A segunda dose pode ser

administrada a partir de 3 (três) meses e 15 dias até 7 (sete) meses e 29 dias. Recomenda-se manter intervalo mínimo de 30 dias entre as doses;

- g) Meningocócica C (conjugada) – Vacina inativada que protege contra a meningite meningocócica tipo C. É composta por polissacarídeos capsulares purificados da *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C. Devem ser administradas, por via intramuscular, duas doses, aos 3 e 5 meses de idade e um reforço aos 12 meses;
- h) Febre amarela (atenuada) – Protege contra a febre amarela. É composta de vírus vivo atenuado. Deve ser administrada, por via subcutânea, uma dose aos 9 meses de vida e uma dose de reforço aos 4 anos de idade. Essa vacina é administrada para adolescentes e adultos também;
- i) Poliomielite 1 e 3 (VOP – atenuada) – Protege contra a poliomielite. É composta de vírus vivo atenuado 1 e 3 e é administrada como reforço, por via oral, sendo o primeiro realizado aos 15 meses e o segundo aos 4 anos de idade;
- j) Difteria, tétano, pertussis (DTP) – Vacina inativada que protege contra a difteria, o tétano e a pertussis. É composta de toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativada e é administrada como reforço, por via intramuscular, sendo o primeiro realizado aos 15 meses e o segundo aos 4 anos de idade;
- k) Sarampo, caxumba, rubéola (SCR) – Protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola. É composta por vírus vivo atenuado. A primeira dose deve ser administrada, por via subcutânea, aos 12 meses de idade, e o esquema de vacinação deve ser completado com a administração da vacina tetra viral (vacina de vírus vivo atenuado) aos 15 meses de idade (corresponde à segunda dose da vacina tríplice viral e à primeira dose da vacina varicela). Essa vacina é administrada para adolescentes e adultos também;
- l) Sarampo, caxumba, rubéola, varicela (SCRV) – Protege contra o sarampo, a caxumba, a rubéola e a varicela. Composta por vírus vivo atenuado. Corresponde a segunda dose da vacina tríplice viral e primeira dose da varicela. Deve ser administrada aos 15 meses de idade por via subcutânea;

- m) Hepatite A (HA) – Protege contra a hepatite A. É composta pelo antígeno do vírus da hepatite A, inativada. Deve ser administrada uma dose aos 15 meses de idade por via intramuscular;
- n) Varicela – Protege contra a varicela. Composta do vírus vivo atenuado da varicela. Deve ser administrada, por via subcutânea, uma dose aos 4 anos de idade. Corresponde à segunda dose da vacina varicela, considerando a dose de tetra viral administrada aos 15 meses de idade (Brasil, 2024b);
- o) As vacinas contra a COVID-19 foram incorporadas ao calendário de vacinação para crianças de 6 meses a menores de 5 anos a partir de janeiro de 2024, porém, antes desta data, não eram consideradas obrigatórias para este público (Brasil, 2023).

4.2.1 Calendário vacinal da rede privada de saúde

O sistema privado de saúde possui características diferenciadas em relação ao sistema vacinal, se comparado ao público, visto que ele tem como objetivo proteger o indivíduo, com um foco na proteção individual. Em relação à proteção contra vírus e bactérias, este sistema oferece imunizantes com mais cepas, ou seja, abrange um espectro maior de microrganismos e, por conseguinte, maior proteção. Além disso, a rede privada oferece esquemas vacinais diferenciados e um maior número de vacinas disponíveis ao seu cliente. Algumas dessas vacinas têm como atributo serem acelulares, o que resulta em menos efeitos colaterais ao cliente, tornando-as mais caras por terem essa característica (Silveira *et al.*, 2007).

A partir da análise e comparação dos calendários de vacinação nacional e da rede privada (Anexo A), observamos que as vacinas meningocócicas conjugadas ACWY, meningocócica B, rotavírus pentavalente, pentavalente acelular, hexavalente acelular e pneumocócicas conjugadas 13 e 15 são imunizantes que não são disponibilizados para as crianças nas salas de vacinas convencionais do SUS, devendo ser pagas para acessá-las em clínicas particulares, ou, em casos de crianças com condições especiais de saúde, podem ser realizadas nos CRIES.

4.3 Cobertura vacinal infantil no Brasil e no Distrito Federal

Em 2023, mais de 60% dos municípios brasileiros não alcançaram a meta de 95% de cobertura vacinal recomendada pelo Ministério da Saúde (à exceção da BCG e Rotavírus, em que a meta é estipulada em 90%), quando considerados os imunizantes aplicados durante o primeiro ano de vida. Apesar do aumento do total de cidades no país que alcançaram o índice (de 1.745 em 2022 para 2.100 no último ano – de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os números mostram-se aquém do necessário (Pinelli, 2023), conforme tabela abaixo:

Tabela 1 – Tabela comparativa de cobertura vacinal nacional entre 2022 e 2023

Imunobiológicos	2022	2023
BCG	90,1	77,5
Hepatite B	82,7	73,2
Rotavírus Humano	76,6	84,3
Meningococo C	78,6	82,5
Penta (DTP/Hib/HB)	77,2	83,7
Pneumocócica	81,5	86,9
Poliomielite	77,2	84,7
Febre Amarela	60,6	69,6
Hepatite A	73,0	80,7
Pneumocócica (1º ref)	71,5	80,7
Meningococo (1º ref)	75,3	81,4
Poliomoelite (1º ref)	67,7	76,9
Tríplice Viral D1	80,7	86,9
Tríplice Viral D2	57,6	63,6
DTP (1º ref)	67,4	76,8
Varicela	73,3	69,6

Fonte: Ministério da Saúde (2024e).

Apesar dos dados nacionais ainda não coincidirem com as recomendações das organizações de saúde, o Brasil, em 2024, avançou na imunização infantil, e conseguiu sair da lista dos 20 países com mais crianças não imunizadas no mundo (UNICEF, 2024).

De acordo com o último relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil, o número de crianças que

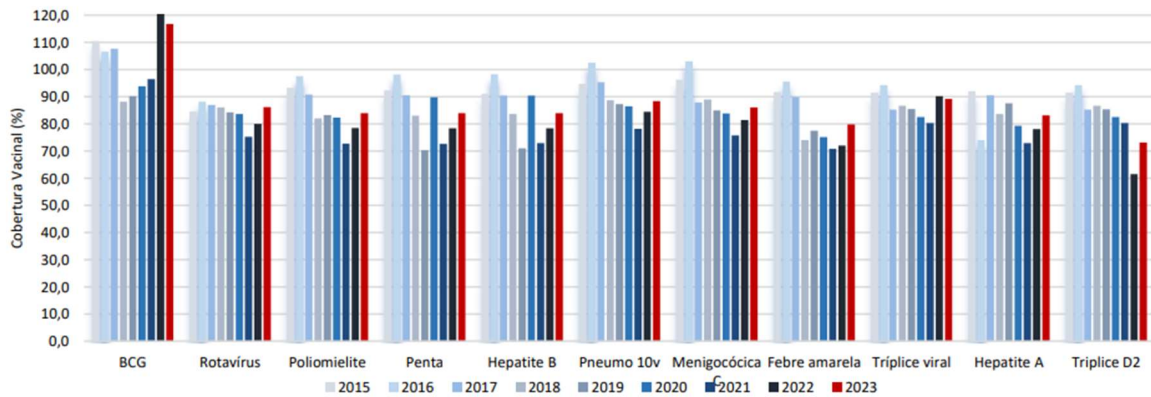
não receberam nenhuma dose da primeira dose de DTP (na versão da vacina pentavalente) caiu de 687 mil em 2021 para 103 mil em 2023. Já o número de crianças brasileiras que não receberam a terceira dose de DTP (pentavalente) caiu de 846 mil em 2021 para 257 mil em 2023 (UNICEF, 2024).

Contudo, segundo dados do mesmo relatório, a nível mundial, o cenário é diferente. A cobertura global de imunização infantil estagnou em 2023, apresentando aumento de 2,7 milhões de crianças não vacinadas ou com imunização incompleta, em comparação com os níveis pré-pandemia de 2019, o que coloca os outros países, inclusive o Brasil, em risco iminente de surtos de doenças imunopreveníveis caso as coberturas vacinais não estejam elevadas e homogêneas (UNICEF, 2024).

Já o Distrito Federal, em 2023, atingiu a meta de cobertura preconizada pelo PNI (Figura 1) somente para a vacina BCG (116,8%). Esse resultado é consequência da oferta dessa vacina nas maternidades públicas. As taxas acima de 100% são justificadas pelo atendimento das demandas da população do entorno que buscam atendimento nas Unidades de Saúde do Distrito Federal, principalmente nas maternidades. Ressalta-se que para o cálculo da cobertura vacinal, são contabilizadas vacinas do sistema público e privado.

As menores coberturas vacinais do DF (Figura 1) foram para as vacinas Tríplice viral, segunda dose, (73,1%), Febre amarela (79,8%), Varicela (80,5%) e Hepatite A (83,1%). Esses resultados são preocupantes e aumentam potencialmente o risco de surtos de doenças imunopreveníveis e da reintrodução de doenças já eliminadas no território.

Figura 1 – Série histórica de coberturas vacinais do calendário infantil (menores de 2 anos) de 2015 a 2023



Fonte: Distrito Federal (2024).

4.4 Hesitação e recusa vacinal: desafios para a vacinação infantil

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de definir a hesitação vacinal, entender sua magnitude e os fatores que a influenciam e reunir sistematicamente evidências de intervenções em saúde pública formou, em 2012, um grupo de especialistas, o *Strategic Advisory Group of Experts Working Group on Vaccine Hesitancy* (SAGE-WG) (Macdonald, 2015). O Grupo de Trabalho, após debates, definiu que:

A hesitação vacinal se refere ao atraso na aceitação ou recusa da vacinação, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação. A hesitação vacinal é complexa e específica do contexto, variando ao longo do tempo, lugar e vacinas. Ela é influenciada por fatores como complacência, conveniência e confiança (Macdonald, 2015, p. 3).

De acordo com o modelo dos “3 Cs”, proposto pela OMS em 2011 (Macdonald, 2015), a *confiança* é definida como a confiança na eficácia e segurança das vacinas; no sistema que as fornece, incluindo a confiabilidade e competência dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde e nas motivações dos decisores políticos que decidem sobre as vacinas necessárias. Enquanto a *complacência* ocorre quando os riscos percebidos de doenças preveníveis por vacinação são baixos e a vacinação não é considerada uma ação preventiva necessária. Ela pode estar relacionada a uma vacina específica ou sobre a vacinação em geral e é influenciada por muitos fatores, incluindo outras responsabilidades de vida/saúde que podem ser vistas como

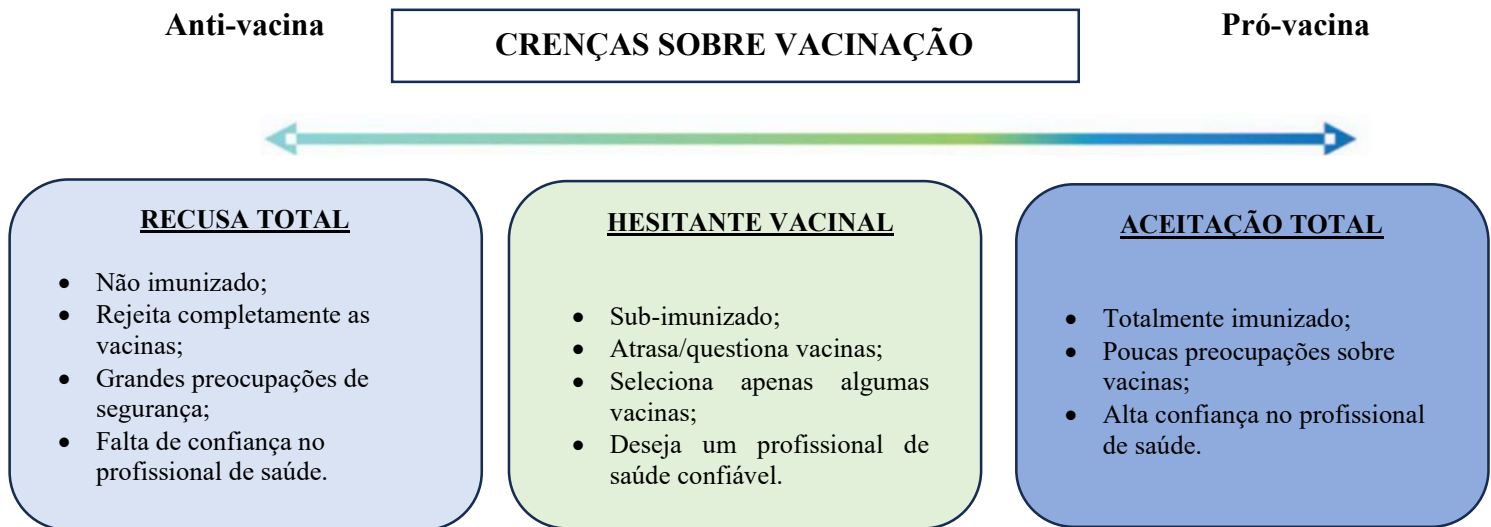
mais importantes naquele momento. A autoeficácia, definida como a capacidade autopercebida do indivíduo de tomar medidas para ser vacinado, também influencia o grau em que a complacência determina a hesitação.

Já a *conveniência* da vacinação é um elemento importante quando a disponibilidade física, a acessibilidade e a disposição para custear, a acessibilidade geográfica, a capacidade de entender (linguagem e literacia em saúde) e o apelo dos serviços de imunização afetam a aceitação. A qualidade do serviço (real e/ou percebida) e a forma em que os serviços de vacinação são prestados em um momento e lugar e em um contexto cultural que é conveniente e confortável também influenciam a decisão de ser vacinado e podem resultar em hesitação vacinal. Assim, as barreiras estruturais e psicológicas (acesso, falta de autocontrole) atuam impedindo a implementação das intenções de vacinação no comportamento (Betsch *et al.*, 2018).

Recentemente, como proposta de aprimoramento do modelo “3 Cs”, foi sugerida a escala “5C” que acrescenta dois novos antecedentes psicológicos para decisão de vacinar: *Cálculo*, que se refere ao envolvimento de indivíduos em extensa busca de informações; e a *responsabilidade coletiva* como a disposição de proteger os outros pela própria vacinação por meio da imunidade de rebanho (Betsch *et al.*, 2018).

Pelo menos um em cada quatro pais expressa sérias considerações sobre o calendário de vacinação infantil recomendado no país e pode, portanto, ser amplamente classificado como um pai hesitante vacinal (Opel *et al.*, 2011; Gust *et al.*, 2008). Na realidade, os pais hesitantes em vacinar são compostos por um grupo amplamente heterogêneo, exibindo uma variedade de atitudes e crenças em relação às vacinas específicas, preferências de calendário de vacinas, intenções e comportamentos de vacinação. Desta forma, eles podem ser melhor entendidos como pertencendo a um espectro que vai desde aqueles que se opõem veementemente a todas as vacinas até aqueles que demonstram apoio universal a elas (Gowda; Dempsey, 2013).

Figura 2 – Continuidade da aceitação da vacina pelos pais



Fonte: Adaptado de Gowda e Dempsey (2013).

Em 2012, o SAGE-WG definiu uma matriz de determinantes da hesitação vacinal, em que considerou características contextuais, individuais e questões específicas da vacinação. De forma breve, a matriz prevê em seu domínio de influências contextuais: aspectos históricos, geográficos, políticos, socioeconômicos, culturais, religiosos e de gênero, assim como a comunicação e mídia, influência de líderes e a percepção sobre a indústria farmacêutica. As influências individuais são experiências prévias com vacinação, crenças e atitudes sobre saúde, confiança no sistema de saúde, vínculo com profissionais de saúde, percepção de risco da vacina e visão da imunização como norma social contra a de que a vacinação não é necessária ou é nociva. Já os aspectos específicos da vacina se referem aos riscos e benefícios, esquema vacinal, modo de administração, introdução de uma nova vacina ou formulação, custos e fornecimento das vacinas (Macdonald, 2015).

Como demonstrado, o fenômeno da hesitação vacinal é altamente desafiador em razão das variações que seus determinantes podem apresentar ao longo do tempo e contexto. Estudos mostram, por exemplo, que os fatores como a alta escolaridade do cuidador e status socioeconômico favorável não influenciam a hesitação vacinal sempre na mesma direção (Macdonald, 2015).

Revisões sistemáticas confirmam essa diversidade, indicando a necessidade de fortalecer esse conhecimento em diferentes contextos, de capacitar profissionais de saúde e

ampliar a capacidade de resposta dos programas de imunizações (Dubé *et al.*, 2014; Larson *et al.*, 2014).

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização da pesquisa

A fim de alcançar os objetivos da presente pesquisa, optou-se pelo delineamento qualitativo. A pesquisa qualitativa trabalha, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Em outras palavras, ela lida com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2012).

Nesse tipo de pesquisa, o verbo principal é compreender. Compreender é desempenhar a competência da empatia, sabendo que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento e, para isto, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Contudo, também é necessário saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no campo da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo onde ela está inserida.

5.2 Local, participantes e abordagem

A captação dos participantes da pesquisa foi realizada em uma sala de vacinação pública localizada na Região Administrativa (RA) de Águas Claras, integrante da região Sudoeste do Distrito Federal. O serviço de saúde funciona de segunda a sexta-feira, em horário comercial e possui estrutura física peculiar por encontra-se fora de uma UBS, inserida em uma loja comercial no prédio da administração da cidade.

O estabelecimento conta apenas com a equipe de enfermagem, formada por enfermeiros e técnicos, e sua gerência está estabelecida em uma Unidade Básica de Saúde próxima, situada na RA de Arniqueira, ambos serviços públicos de saúde pertencentes à Secretaria Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

O posto de vacinação, como também é chamado, foi inaugurado em 2017 e é o único equipamento de saúde pública localizado dentro da região administrativa. Apesar de ter 21 anos de fundação, Águas Claras não possui uma UBS dentro de seu território, sendo sua população

assistida por equipes da ESF lotadas em uma UBS em Taguatinga, de acordo com informações da SES-DF (Distrito Federal, 2024a).

Segundo os resultados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan) em 2021, a população urbana da RA Águas Claras era de 120.107 pessoas, sendo que 82,9 % delas possuíam cobertura de plano de saúde privado. No que diz respeito ao atendimento de saúde, 42,6% dos moradores informaram ter utilizado um posto de saúde/unidade básica de saúde na última ocasião de necessidade e o principal motivo para o atendimento foi vacinação (54%). A localidade de atendimento predominante, segundo os residentes, foi Taguatinga (42,4%), seguido de Águas Claras (35,7%), o que demonstra que a população local não é completamente SUS-dependente, utilizando o serviço público pontualmente, principalmente, para vacinar-se.

A sala de vacinação oferece à população todas as vacinas recomendadas pelo PNI, cerca de 19 imunizantes, dentro do calendário de rotina, além de outras vacinas que estão inclusas na estratégia de campanha. Conforme dados do Painel de Vacinação da SES, que utiliza dados gerados a partir dos sistemas de Estratégia de Informatização da Atenção Básica (E-SUS AB) e de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) para elaboração de gráficos das vacinações realizadas na APS do DF, o local ocupa a quarta posição dentre as demais salas de vacinas da região Sudoeste no quesito aplicação de imunobiológicos (dados referentes aos dias 01 de janeiro de 2022 e 31 de julho de 2024), totalizando 60.502 vacinas aplicadas, sendo que 48.912 delas fizeram parte da estratégia rotina e 36.607 foram aplicadas em crianças até 5 anos de idade, demonstrando que o serviço possui alta demanda pela população tanto moradora das proximidades quanto advindas de outras RAs, já que a vacinação pública opera como um serviço “porta-aberta” ao cidadão, não restringindo o acesso a depender do seu local de residência, sendo necessário apenas o cartão/caderneta de vacinação, quando disponível, e um documento de identificação válido (Distrito Federal, 2024b).

Os participantes da pesquisa foram captados de forma aleatória, obedecendo o critério de serem pais de crianças menores de 5 anos de idade, sendo divididos em dois grupos distintos: os denominados “vacinadores”, que se encontravam na fila de espera da Sala de Vacina escolhida como local do estudo; e os chamados “faltosos” por serem pais de crianças, da mesma faixa etária, que estavam em atraso vacinal (mínimo, 30 dias) na data presente em que foram

contactados após triagem realizada nos sistemas de informações do PNI (E-SUS AB e SIPNI WEB).

Os pais “vacinadores” foram convidados a participar da entrevista enquanto aguardavam o atendimento de seu filho na sala de vacina. Neste momento, a pesquisadora, apresentando-se como profissional de saúde, abordava o participante, e confirmava se este era o genitor da criança, além de perguntar qual a idade do filho (a) e qual vacina seria aplicada naquela ocasião, com o objetivo identificar aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa. O participante, então, recebia informações sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios e optava por participar, ou não, do estudo. Caso aceitasse ser um participante da amostra, este poderia optar por ser entrevistado no local, em uma sala reservada, ou, posteriormente, em seu domicílio, de forma presencial, após o agendamento do melhor dia e horário para a ocasião, ressaltando que, caso morasse com o pai/mãe da criança, ele/ela também estaria convidado a participar da entrevista.

O recrutamento dos pais “faltosos” foi realizado a partir de uma análise qualificada das listas de crianças em atraso vacinal cadastradas em uma equipe de saúde responsável pelo atendimento dos moradores da RA em uma UBS de Taguatinga, em razão da Sala de Vacinas de Águas Claras não contar com tal ferramenta, já que não possui equipes da ESF cadastradas em seu estabelecimento. A criança era classificada como faltosa quando apresentava atraso em alguma vacina, de acordo com o calendário proposto pelo PNI, de, no mínimo, 1 mês (30 dias) da data em que sua aplicação estava agendada. A lista foi gerada pelo sistema E-SUS AB, sendo conferido, nominalmente, o estado vacinal da criança (a partir da checagem concomitante no sistema SIPNI-WEB).

Quando o atraso vacinal era identificado, os dados da criança, como telefone, endereço e nome do pai/mãe, eram armazenados em uma tabela no Excel para posterior busca ativa, via telefone. Nesta ocasião, primeiramente a pesquisadora se apresentava como profissional de saúde e informava o pai/mãe sobre a pesquisa, questionando se realmente a criança estava com a vacinação atrasada, conforme identificado nos sistemas. Em caso afirmativo, ele (a) era convidado a participar da entrevista presencial no local e data em que se sentisse mais confortável, estendendo o convite para o pai/mãe de seu (a) filho (a). A etapa de identificação e seleção dos faltosos foi dificultada por motivo de desatualização dos dados vacinais nos sistemas de informação utilizados. Assim, mesmo após dupla checagem entre os sistemas, a

pesquisadora, ao entrar em contato telefônico com os pais, verificava que a criança não se encontrava em real atraso vacinal, em muitos casos.

Optou-se pela escolha da faixa etária até 4 anos, 11 meses e 29 dias, pois, de acordo com o atual Calendário Nacional de Imunização (Brasil, 2024a), nesse período a criança recebe o maior número de imunizantes: são mais de 10 tipos de vacinas injetáveis diferentes que são administradas em doses e reforços, chegando a receber até 4 injeções em uma única ida à sala de vacina, mesmo não apresentando atraso vacinal na caderneta de vacinação (Rosa *et al.*, 2022).

Foram excluídas do levantamento de dados as crianças acima de 4 anos, 11 meses e 29 dias; crianças menores de 5 anos acompanhadas por cuidadores formais, como babá, ou por familiares que não fossem o pai ou a mãe; e crianças que seriam vacinadas apenas com imunizantes utilizados na estratégia “campanha” (COVID-19 e Influenza). Excluiu-se, também, os pais que não puderam participar da entrevista presencialmente.

5.3 Estratégias de coleta de dados

Como estratégias de coleta de dados, realizou-se a observação participante, a construção de genogramas e a entrevista aberta semiestruturada com os pais.

A coleta de dados com os pais “vacinadores” foi realizada no mês de novembro de 2023, e com os pais “faltosos”, em abril de 2024. Quanto ao local das entrevistas, 2 participantes optaram por serem entrevistados na sala de vacina e o restante, em domicílio, presencialmente.

Durante a captação dos participantes “vacinadores”, foi solicitado aos pais a autorização para que a pesquisadora presenciasse o momento do atendimento da criança no interior da sala de triagem e aplicação de vacinas com a finalidade de registrar notas de observação dos acontecimentos e reações envolvendo tanto a dupla mãe/filho(a) ou pai/filho(a), quanto seu relacionamento com os profissionais de enfermagem no local. A exemplo das notas tem-se:

Criança veio acompanhada pelos pais e irmão mais velho para a aplicação do esquema vacinal referente aos 12 meses (TV, MNG C e PNM 10). Na ocasião, menor tinha 1 ano e 2 meses (atraso de 2 meses da data recomendada). Somente a mãe acompanhou a filha durante a vacinação, já que só autorizado um responsável por criança. **Genitora relatou que tem muito medo de agulha, mostrou mãos trêmulas, e disse que estavam frias e úmidas. Relatou que por isso protelava a vacinação.** No momento da aplicação, amamentou a bebê, enquanto fechava os olhos fortemente no instante da injeção. Abraçou e acariciou a filha após cada aplicação de vacina. Profissionais de enfermagem orientaram a mãe de forma correta sobre as vacinas que seriam aplicadas naquele dia e sobre os retornos. Não houve orientação quanto a possíveis reações adversas. Ambiente tranquilo e acolhedor. Mãe agradeceu o atendimento e se despediu sorrindo.

De acordo com Minayo (2012, p. 60),

[...] a técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real.

Ao início dos encontros presenciais com os pais, antes de começar a entrevista, foi construído o genograma da família, a partir das informações fornecidas pelos entrevistados, a fim de obter a caracterização familiar dos participantes. Utilizou-se o *software* GenoPro, em um segundo momento, como ferramenta para elaboração das representações gráficas de cada família. O genograma é um instrumento utilizado para a avaliação e representação da estrutura interna da família, o qual permite ter uma visão geral da estrutura familiar, relações e laços afetivos positivos ou negativos (Shajani; Snell, 2019).

A entrevista aberta semiestruturada foi baseada em roteiro composto por questões norteadoras do diálogo com os pais (Apêndice A) e teve duração entre 9 e 37 minutos. Decidiu-se pela entrevista aberta semiestruturada pois permite ao entrevistador um controle maior sobre o que pretende saber sobre o campo e, ao mesmo tempo, abre espaço a uma reflexão livre e espontânea do entrevistado sobre os tópicos assinalados (Minayo, 2014).

Para fins de autenticidade das falas na análise, as entrevistas foram gravadas em áudio após autorização verbal e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

(Anexo D) e de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz para Fins Científicos e Acadêmicos (Anexo E) pelos entrevistados.

Na ocasião da entrevista, também era solicitado aos pais a autorização para fotografar a página da caderneta da criança onde continham suas vacinas registradas. Após a áudio gravação e transcrição de cada entrevista, a fim de se garantir o sigilo e o anonimato dos entrevistados, utilizou-se como identificação do participante a letra M para mãe e P para pai, segundo seu papel parental, seguida do número referente à ordem da entrevista, sendo de 1 a 7, mães e/ou pais denominados “vacinadores” (ex.: M1/P1 a M7), e de 8 a 14, mães e/ou pais ditos “faltosos” (ex.: M8 a M14/P14). As fotografias das cadernetas receberam identificação sigilosa similar à utilizada nas entrevistas.

A coleta de dados qualitativos foi orientada pelo método da amostragem por saturação teórica, ou seja, interrompeu-se a coleta de dados ao se constatar que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não eram mais alcançados a partir do campo de observação (Fontanella *et al.*, 2011).

5.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio do método de Análise de Conteúdo Temática, proposto por Minayo (2014) apoiada nas dimensões da estrutura e do funcionamento familiar, com ênfase no sistema de crenças parentais, de acordo com o Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF).

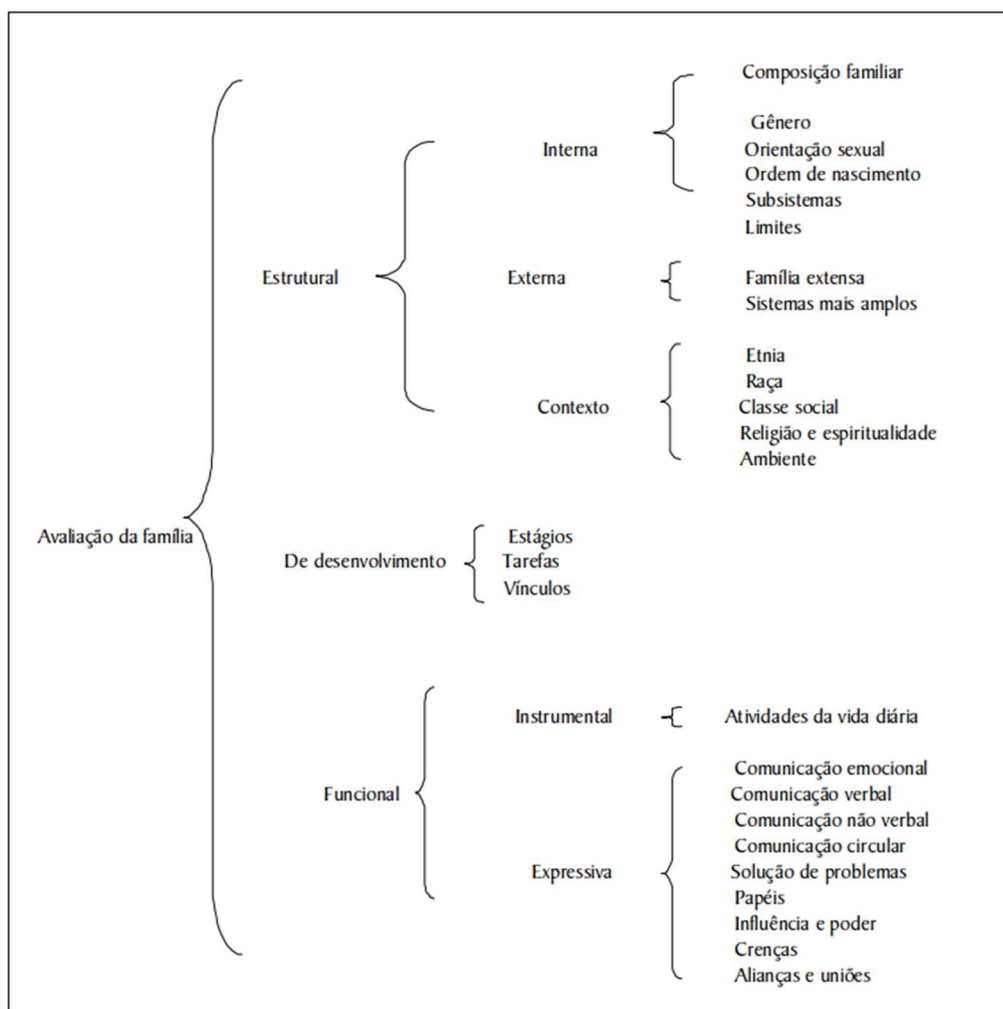
A análise de conteúdo temática tem seu enfoque no conteúdo manifesto, em suas regularidades e em suas significações, levando-se em consideração os sentidos semânticos relativos aos significantes do discurso e os sentidos sociológicos, além de variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem (Minayo, 2014).

Utilizado como referencial teórico, o MCAF, em sua categoria estrutural, aborda a estrutura da família, em outras palavras, quem faz parte dela, qual é o vínculo afetivo entre seus membros em comparação com os indivíduos de fora, e qual é o seu contexto. A partir da sua exploração, pode-se examinar três aspectos: os elementos internos (composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites), os elementos externos

(família extensa e sistemas mais amplos) e o contexto (etnia, raça, classe social, religião e ambiente) a partir da construção dos genogramas (Shajani; Snell, 2019).

Já a categoria funcional refere-se ao modo como os indivíduos da família interagem entre si. Podem ser explorados dois aspectos: o funcionamento instrumental, que se refere às atividades rotineiras da vida diária, tais como alimentar-se, dormir, preparar refeições. Este estudo explorou, em especial, o funcionamento expressivo do método, com destaque para as subcategorias “solução de problemas”, “papéis” e “crenças” que auxiliaram na elaboração e definição das categorias e subcategorias temáticas apresentadas nos resultados.

Figura 3 – Diagrama ramificado do MCAF



Fonte: Shajani e Snell (2019).

Este estudo adotou, portanto, a definição de “crenças” e sua subclassificação (constrangedoras e facilitadoras), trazida pelo MCAF, para analisar e categorizar os dados.

De acordo com o método, as crenças referem-se a “atitudes fundamentais, premissas, valores e pressupostos adotados pelos indivíduos e famílias” (Shajani; Snell, 2019). Elas são a base onde cada indivíduo constrói sua vida e onde ocorrem os relacionamentos com os outros, sendo originadas a partir de contextos de interações, sociais e culturais (Wright; Watson; Bell, 1996).

O enfermeiro, diante de um problema que envolva a saúde da família, pode avaliar as crenças dos seus integrantes, ou até as suas próprias crenças, como constrangedoras ou facilitadoras, a partir do seu julgamento clínico em conjunto com a família. As primeiras tendem a diminuir as opções de solução dos problemas, enquanto as segundas as ampliam (Wright; Watson; Bell, 1996).

O MCAF afirma que as crenças estão intimamente ligadas aos comportamentos dos indivíduos, ou seja, cada ação ou escolha tomadas pela família e seus integrantes desenvolvem-se a partir do seu sistema de crenças, moldando, assim, a forma pela qual a família enfrenta um problema de saúde.

As crenças também são fortemente interligadas a contextos familiares e socioeconômicos. Isso quer dizer que um evento de saúde na família pode apresentar significados diferentes a depender das crenças que possuem (Shajani; Snell, 2019).

As entrevistas foram transcritas em sua íntegra, com o auxílio de softwares específicos para este fim – *Reshape* (<https://www.reshape.com.br/>) e *Sonix* (<https://sonix.ai/>). Logo em seguida, as transcrições foram conferidas e validadas pela pesquisadora, e submetidas a análise, percorrendo os seguintes passos: (a) leitura flutuante buscando compreender o material de forma global; (b) identificação das unidades de significado (codificação) que emergiram das falas dos entrevistados; (c) comparação das diferentes unidades de significado nos dois grupos de pais (vacinadores e faltosos); (d) descoberta de núcleos de sentido (categorias) que possibilitaram identificar as crenças, sentimentos e atitudes parentais e (e) interpretação e discussão dos núcleos de sentido encontrados à luz do modelo Calgary de Avaliação da Família.

A partir do emprego deste tipo de análise, o pesquisador é estimulado a caminhar rumo a “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (Gomes, 1994).

O Quadro 1 mostra um breve exemplo de como foram realizadas as reduções a partir da transcrição, codificação e categorização temática.

Quadro 1 – Transcrição, codificação e categorização

Transcrição - íntegra	Codificação	Categorização
<p>PESQUISADORA: O que a senhora pensa sobre vacinação do seu filho que é menor de 5 anos?</p> <p>M2: Uai, eu acho importante, né, pra prevenir as doenças, acho muito importante.</p>	<p>Acreditando que a vacina é importante para a prevenção de doenças.</p>	<p>Categoria 1: Crenças parentais sobre vacinação infantil.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

A definição das categorias temáticas e o seu conteúdo foi realizada buscando-se responder aos objetivos da pesquisa e a sua exploração analítica foi a base para a construção do texto e apresentação dos resultados.

Os resultados foram organizados a partir da caracterização das estruturas familiares dos participantes, além da identificação das categorias e subcategorias que emergiram das narrativas dos pais. Buscou-se analisar o contexto familiar com vistas a relacioná-lo com o conteúdo categorial, e com a classificação do grupo ao qual os pais pertenciam (“vacinadores” e “faltosos”).

Como recomendação da metodologia (Minayo, 2012), no sentido de salvaguardar a fidedignidade dos dados, os relatos dos participantes foram validados pela pesquisadora, comparando as falas das entrevistas com as observações de campo durante um atendimento de vacinação no local de estudo e avaliando a situação vacinal da criança por meio da conferência de sua caderneta de vacina.

5.5 Aspectos éticos

O estudo obteve aprovação ética (CAAE: 66520523.0.0000.0030) por meio do parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (Anexo B), nº 5.979.035, e da Fundação de Ensino e Pesquisa em

Ciências da Saúde – FEPECS (Anexo C) (CAAE: 66520523.0.3001.5553), por meio do parecer consubstanciado nº 6.100.328.

A oficialização da decisão dos participantes em integrarem o estudo deu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo D) e Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Som de Voz para Fins Científicos e Acadêmicos (Anexo E). A participação no estudo foi voluntária e todos receberam esclarecimentos quanto a proposta, objetivos e procedimentos necessários à obtenção das narrativas. O sigilo das informações e o anonimato foi garantido aos participantes. O acesso ao banco de dados construído pelas entrevistas, anotações relacionadas à observação em campo e fotografias das cadernetas de vacinação das crianças foi restrito à pesquisadora principal e à orientadora envolvidas na pesquisa.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização dos participantes

Participaram deste estudo 20 pais, subdivididos em “vacinadores” e “faltosos”. O primeiro grupo contou com 11 responsáveis, sendo 7 mães e 4 pais, enquanto o segundo, contabilizou 9 responsáveis, sendo 6 mães e 3 pais. Ao todo, foram realizadas 14 entrevistas. Destas, 6 foram realizadas com casais que aceitaram participar do estudo, sendo entrevistados na mesma ocasião.

6.2 Apresentação da estrutura familiar dos pais participantes do estudo

Ao analisar as famílias onde os pais são classificados como “vacinadores”, é possível observar estrutura familiar formada, majoritariamente, por pais casados, apresentando faixa etária média de 36,5 anos para as mães e 35,5 anos para os pais, com 2 filhos, de classe econômica média, com plano de saúde privado, ensino superior, pai e mãe economicamente ativos, com rede de apoio restrita à família nuclear e residentes na RA Águas Claras. Ressalta-se que, neste grupo, a figura paterna destaca-se por acompanhar a companheira e a criança nas idas às sessões de vacinação e apoiar a dupla mãe-filho durante e após o procedimento tanto emocional quanto instrumentalmente. A mãe, contudo, apresenta maior conhecimento no campo da saúde, ou por ter cursado o ensino superior na área da saúde ou afins (M3, M4, M6), ou por possuir experiência trabalhando na área (M1).

Já o grupo de pais “faltosos” apresenta famílias compostas, em sua maioria, por pais casados, com média de idade de 35,8 anos para as mães e 39 anos para os pais, com 1 filho, de classe econômica média, com plano de saúde privado, ensino superior, pai e mãe economicamente ativos, com participação da família extensa como rede de apoio e residentes na RA Águas Claras. Neste grupo, apenas 1 mãe possui formação superior na área da saúde (M8). A figura do pai, assim como o primeiro grupo, também é considerada importante no apoio emocional e instrumental à família durante todo o processo de vacinação da criança.

Em cada grupo, observamos apenas 1 família (M6 e P10) que recebe o incentivo financeiro do programa governamental Bolsa Família, onde a situação vacinal atualizada da criança faz parte de um dos critérios para o recebimento mensal da quantia (Brasil, 2024d).

6.2.1 Pais “vacinadores”

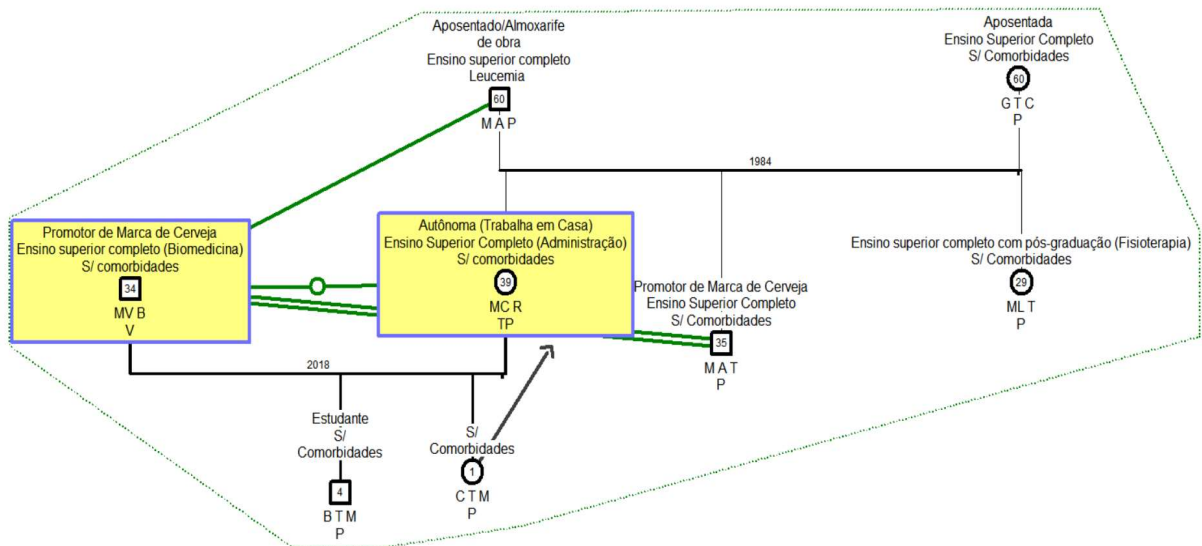
6.2.1.1 Mãe 1 (M1) e Pai 1 (P1)

Família nuclear composta por pai (MVMV) de 34 anos, mãe (MCRTP) de 39 anos, e dois filhos (BTMP e CTMP) de 4 e 1 anos de idade, respectivamente. Residem com a família extensa, formada pelos avós maternos e tios maternos, totalizando 6 adultos e 2 crianças, residentes na RA de Águas Claras. Avó de MCR também estava morando com a família no momento da entrevista, porém não foi retratada no genograma, pois tratava-se de uma estadia temporária.

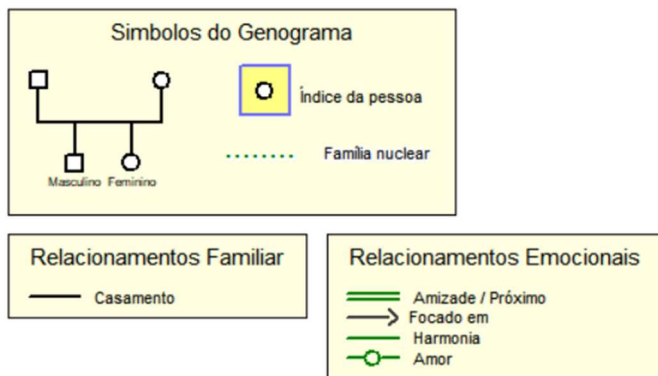
Casal, harmonioso, demonstrando cooperação mútua nos cuidados com os filhos. Possuem grande rede de apoio (familiares) o que permite que a mãe trabalhe (autônoma) e não fique sobrecarregada com os afazeres. Ambos os genitores possuem ensino superior completo, sendo o pai formado em biomedicina (não atua) e a mãe em administração de empresas (não atua). Referem ter ocupação e a mãe relata já ter trabalhado na área da saúde (SAMU e consultórios médicos como atendente). Família bem estruturada, de classe média e possui plano de saúde.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 1:

Genograma 1 – M1 e P1



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

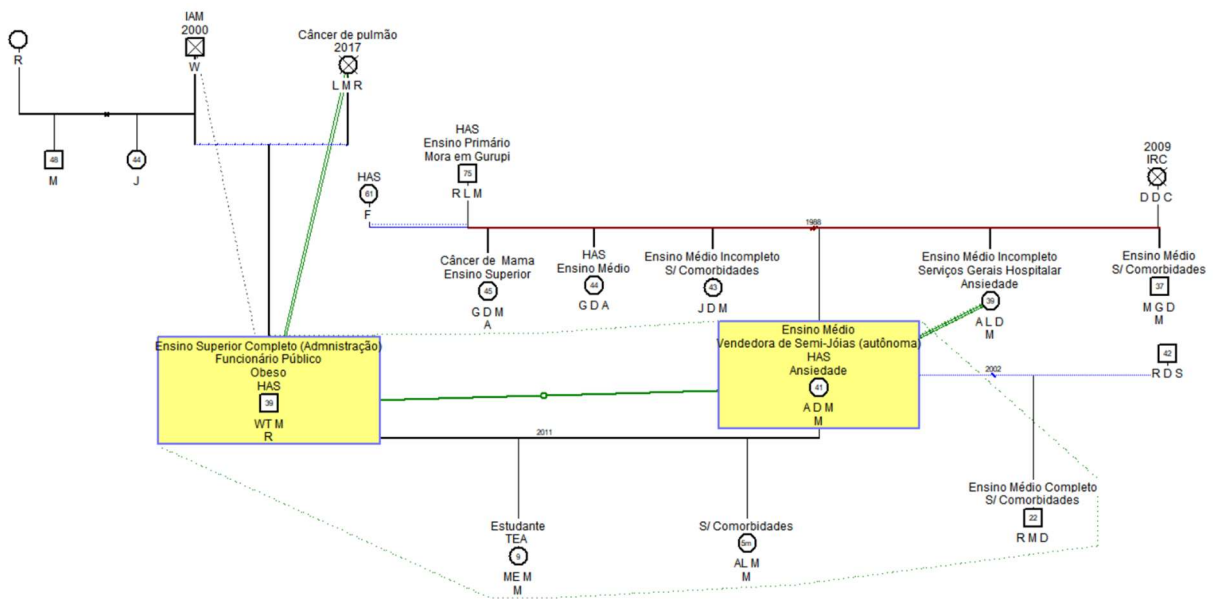
6.2.1.2 Mãe 2 (M2) e Pai 2 (P2)

Família nuclear, composta por pai (WTMR) de 39 anos, mãe (ADMM) de 41 anos, filho mais velho (RDM) de 22 anos, fruto de um relacionamento da mãe com outro homem, e 2 filhas do casal, MEM de 9 anos e ALM de 5 meses, residentes no Setor Habitacional Arniqueira. Casal demonstra bom convívio, e cooperação mútua. Contam com a ajuda da tia materna (ALDM) para cuidar da bebê, quando a mãe necessita trabalhar (vendedora de semijóias – autônoma) e acompanha ADMM ao serviço de saúde para realizar as vacinações das crianças, na ausência do pai.

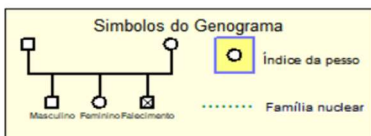
A mãe possui ensino médio completo e o pai, ensino superior (administração de empresas). Ambos possuem ocupação, pertencem à classe média e possuem plano de saúde. Pai trabalha na modalidade *home office* no Ministério da Saúde e ajuda nos cuidados das filhas, em especial, com a filha mais velha, que é portadora do Transtorno do Espectro Autista (TEA), acompanhando-a nas terapias semanais. RDM, apesar de ser filho de outro relacionamento, possui bom relacionamento com o padrasto.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 2:

Genograma 2 –M2 e P2



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

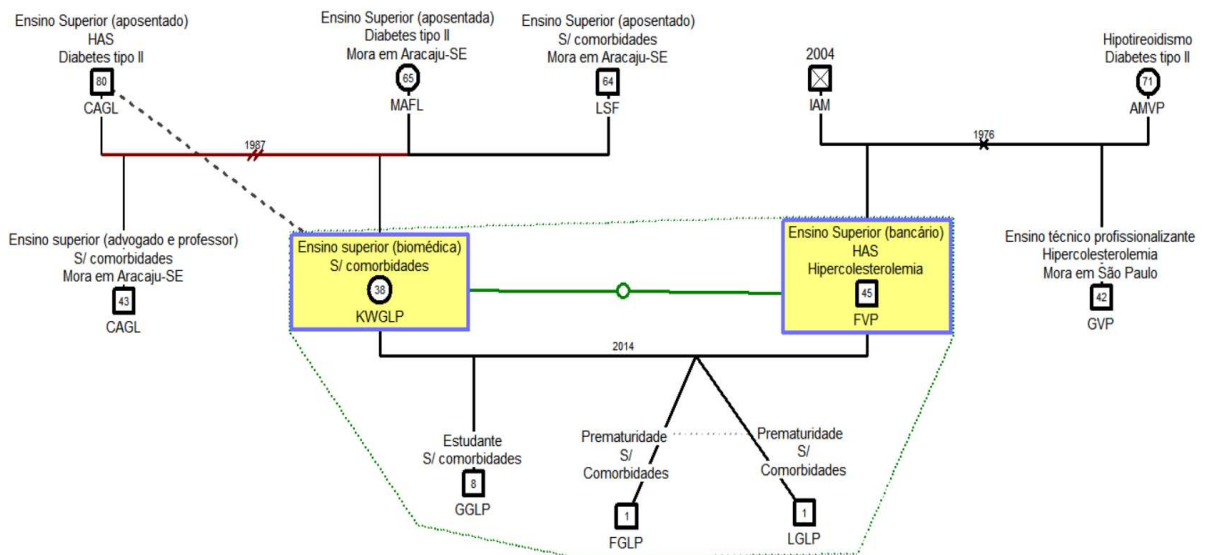
6.2.1.3 Mãe 3 (M3) e Pai 3 (P3)

Família nuclear composta por mãe (KWGLP) de 38 anos, pai (FVP) de 45 anos e 3 filhos (GGLP, FGLP e LGLP), sendo o mais velho de 8 anos e os gêmeos de 1 ano de idade, residentes na RA Águas Claras.

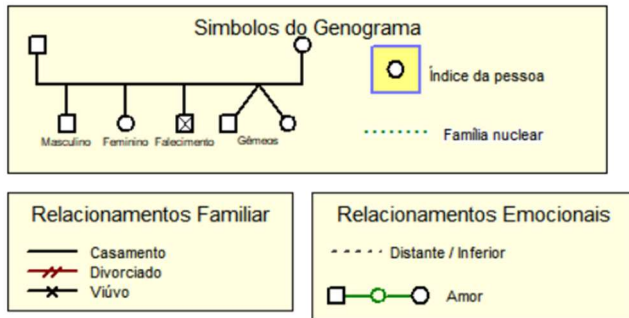
Casal harmonioso, muito unido e ambos cooperam nos cuidados com os filhos. A renda é composta apenas pelo salário do pai, já que a mãe parou de trabalhar para cuidar das crianças. Ambos possuem ensino superior completo, sendo ela biomédica e ele, bancário. Moravam em São Paulo antes de se mudarem para Brasília, não possuindo rede de apoio externa em razão dos familiares residirem em outro estado. Pertencem à classe média e possuem plano de saúde. Afirmam ter rotina intensa, repleta de afazeres, pois os gêmeos realizam sessões de estimulação precoce devido a prematuridade (29 semanas e 3 dias).

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 3:

Genograma 3 – M3 e P3



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

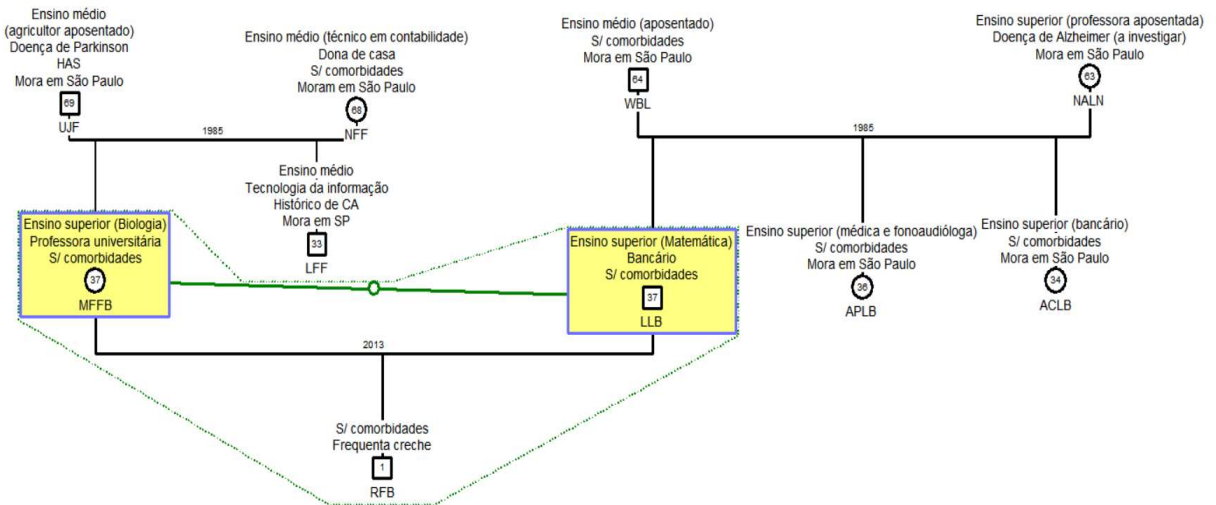
6.2.1.4 Mãe 4 (M4) e Pai 4 (P4)

Família nuclear composta por mãe (MFFB) de 37 anos, pai (LLB) de 37 anos, e filho (RFB) de 1 ano de idade, residentes na RA Águas Claras. Casal harmonioso e cooperativo nos cuidados com a criança, não demonstrando sobrecarga materna.

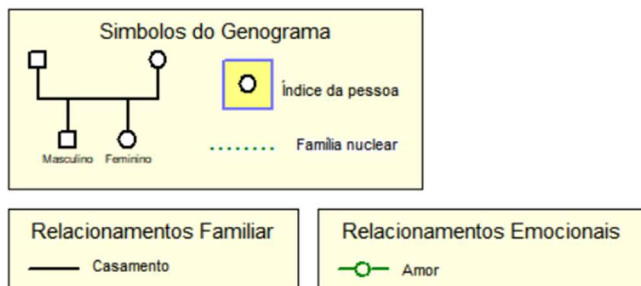
Mãe é conhecedora do assunto, pois ministra aulas de infectologia em uma faculdade privada (curso de medicina veterinária), e pai é bancário. Ambos possuem ensino superior em biologia e matemática, respectivamente, fazem parte da classe média e possuem plano de saúde. Filho frequenta creche em período quase integral, não contando com outra rede de apoio, já que familiares de ambos moram em São Paulo.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 4:

Genograma 4 – M4 e P4



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

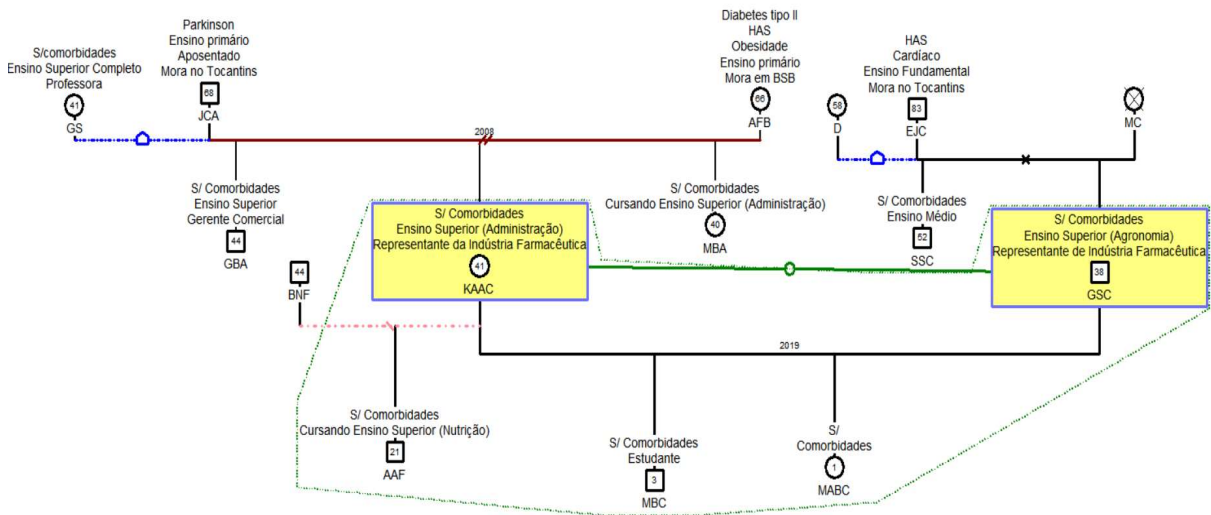
6.2.1.5 Mãe 5 (M5)

Família nuclear formada por mãe (KAAC) de 41 anos, pai (GSC) de 38 anos e 3 filhos: AAF (21 anos), fruto de um relacionamento da mãe com outro companheiro, MBC (3 anos) e MABC (1 ano), filhos do casal, todos residentes na Colônia Agrícola Samambaia. O casal apresenta ensino superior completo, sendo a mãe formada em administração de empresas e o pai, agronomia. Ambos trabalham na indústria farmacêutica, apesar da mãe não estar atuando, no momento, para se dedicar aos cuidados da filha mais nova.

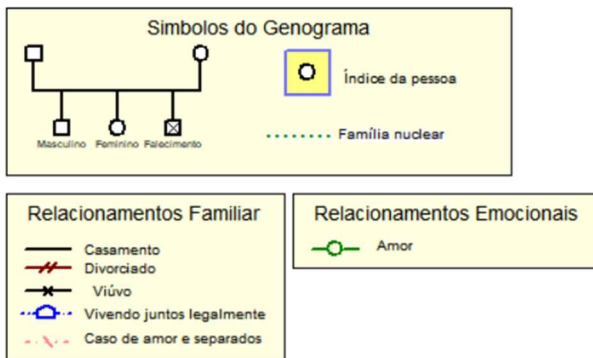
Família demonstra ser unida e religiosa (católica), fazem parte da classe média e possuem plano de saúde. Mãe refere que casal possui rotina composta por muitas atividades e dinâmica familiar agitada.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 5:

Genograma 5 – M5



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

6.2.1.6 Mãe 6 (M6)

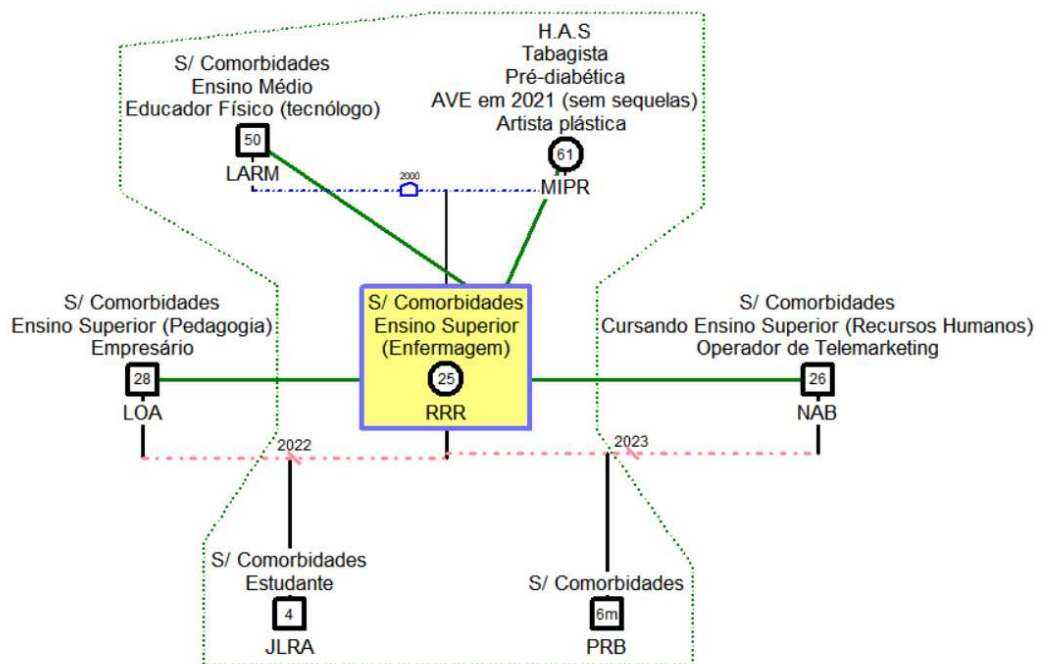
A mãe (RRR) de 25 anos possui 2 filhos, JLRA (4 anos) e PRB (6 meses), ambos frutos de relacionamentos com parceiros distintos. Não possui companheiro, no momento, e mora com

a família extensa, composta pelos avós maternos das crianças, no Areal. RRR possui ensino superior completo na área da saúde (enfermagem) e não trabalha, no momento, para dedicar-se aos cuidados com o filho mais novo até o início de sua introdução alimentar. Pertencem à classe baixa e não contam com plano de saúde, recorrendo ao SUS para o acompanhamento de saúde da família. Os filhos recebem pensão alimentar de seus pais, além do benefício social Bolsa Família.

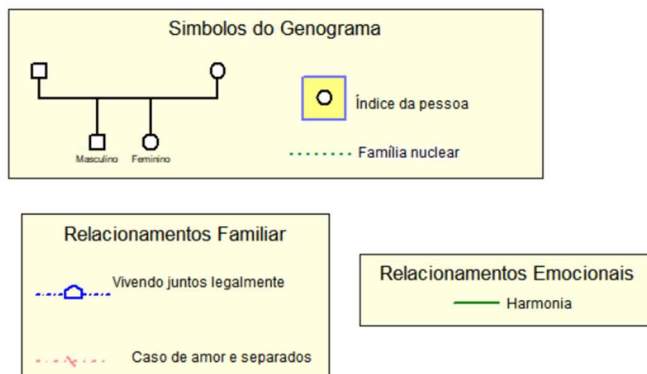
A mãe, juntamente com seus filhos, possui boa convivência com os avós maternos, demonstrando união e cooperação nos cuidados com as crianças. Em relação aos pais das crianças, ela refere relacionamento amigável atualmente, tendo guarda compartilhada apenas com o pai do filho mais velho, já que PRB é muito novo para ficar longe dela por longos períodos, contudo, seu o pai tem o hábito de visitá-lo com frequência.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 6:

Genograma 6 – M6



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

6.2.1.7 Mãe 7 (M7)

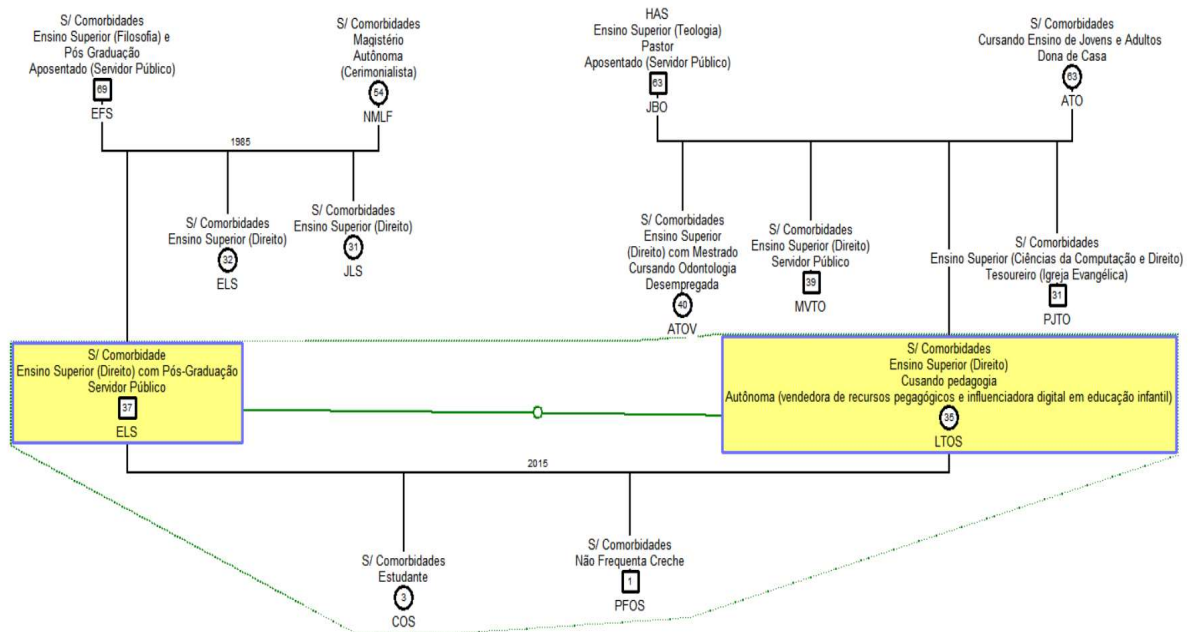
Família nuclear formada por mãe (LTOS) de 35 anos, pai (ELS) de 37 anos e seus filhos, COS (3 anos) e PFOS (1 ano), residentes em Águas Claras. A mãe refere que a família é unida e estruturada. O casal se ajuda mutuamente nos cuidados com os filhos e possuem boa convivência e proximidade com tios e avós das crianças, recebendo visitas com frequência.

Ambos possuem ensino superior e formação superior (Direito). A mãe não atua em sua área de formação e trabalha, no momento, com vendedora de recursos pedagógicos e influenciando outras mães, por meio da internet, nas áreas de desenvolvimento de habilidades cognitivas, sensoriais, motoras e linguagem infantil. O pai é servidor público e acompanha de perto os cuidados com os filhos. A família faz parte da classe média e possuem plano de saúde.

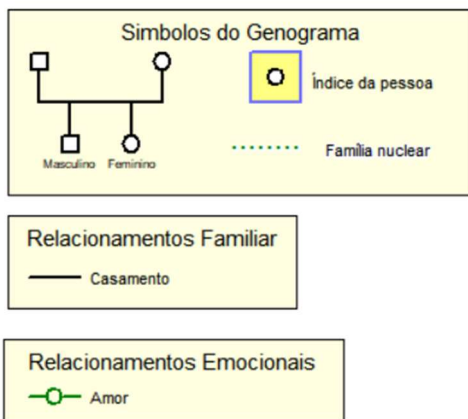
A mãe possui profunda admiração pelo esposo e o considera como "mentor" de vida, recebendo seu total apoio para as tomadas de decisões. Casal é responsável pelo cuidado integral dos filhos, recorrendo a avó paterna, quando necessário.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 7:

Genograma 7 – M7



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

6.2.2 Pais “faltosos”

6.2.2.1 Mãe 8 (M8)

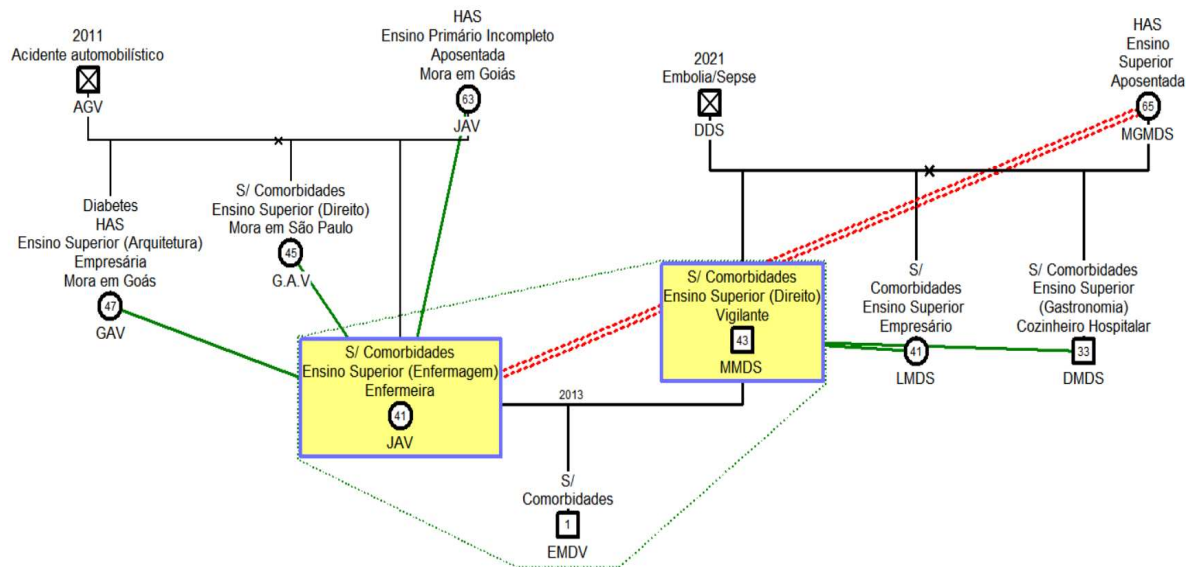
Família nuclear composta por mãe (JAV) de 41 anos, pai (MMDS) de 43 anos e filho (EMDV) de 1 ano de idade, residentes na RA de Águas Claras. O casal possui ensino superior,

sendo a mãe formada em Enfermagem e o pai, em Direito. A mãe é enfermeira em um município goiano próximo a Brasília; já o pai, não atua em sua área de formação, e trabalha como vigilante. Família faz parte da classe média e possui plano de saúde.

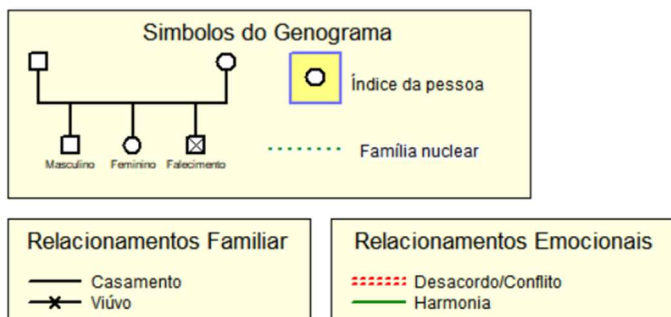
O casal não tem rede de apoio, contando, apenas, com a ajuda mútua do(a) companheiro(a) nos cuidados com a criança. A mãe refere rotina exaustiva de cuidados com o filho, que não frequenta creche, com a casa e o trabalho, apesar do esposo apoiá-la e ser atencioso com o filho. A mãe possui um relacionamento conflituoso com a sogra, pois alega que esta quer participar dos assuntos familiares que não lhe dizem respeito.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 8:

Genograma 8 – M8



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

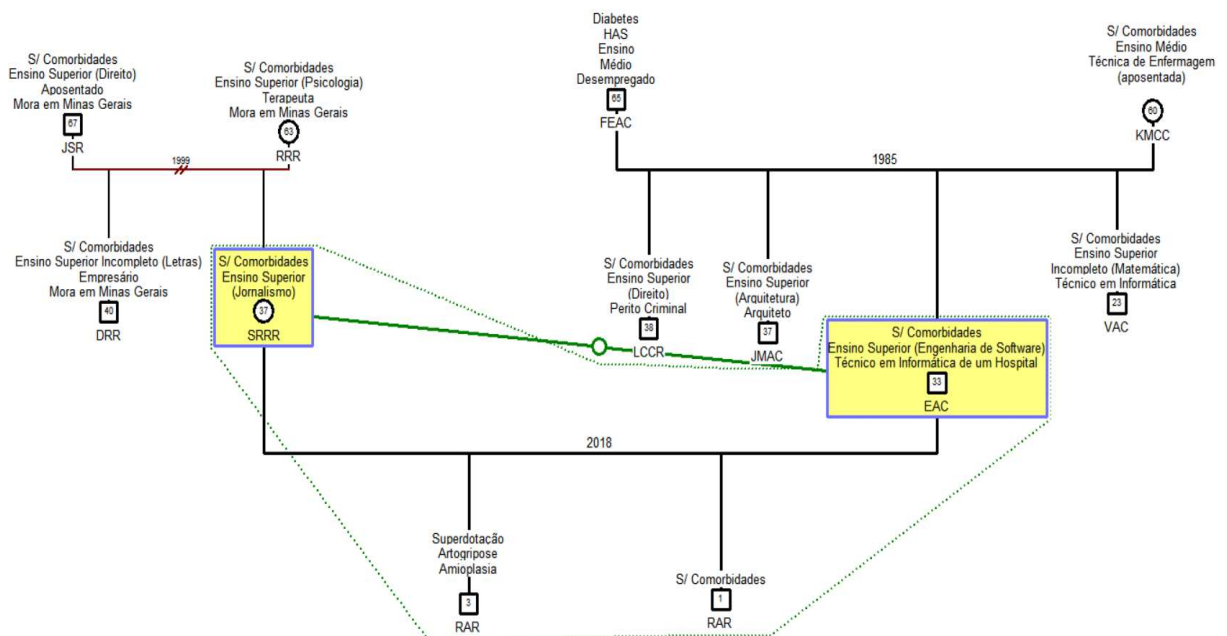
6.2.2.2 Mãe 9 (M9)

Família nuclear formada pela mãe (SRRR) de 37 anos, pelo pai (EAC) de 33 anos e por 2 filhos, RAR de 3 anos e RAR de 1 ano de idade, residentes na RA Águas Claras. O casal possui ensino superior, sendo ela em Jornalismo, e ele em Engenharia de Software, porém a mãe não trabalha no momento para se dedicar aos cuidados com os filhos no lar. Esposo trabalha no setor de informática em um hospital especializado em reabilitação em Brasília, pertencem à classe média e possuem plano de saúde.

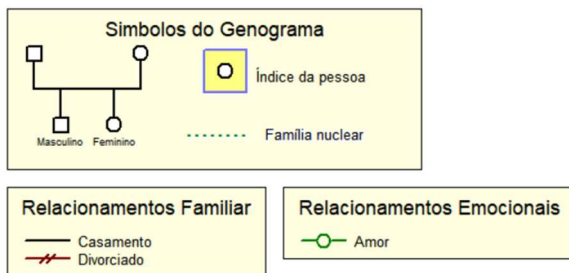
O filho mais velho nasceu com comorbidades (artogripose e amioplasia) e participa do programa de estimulação precoce da Secretaria Estadual de Saúde do DF. Os filhos não frequentam creche, sendo cuidados integralmente pelos pais, com o auxílio de uma empregada doméstica. A família é unida e harmoniosa e, apesar do esposo trabalhar fora durante todo o dia, é muito companheiro e participa dos cuidados com os filhos. Possuem rotina agitada, devido as sessões de terapia que o filho de 3 anos frequenta diariamente.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 9:

Genograma 9 – M9



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

6.2.2.3 Pai 10 (P10)

Família nuclear composta por mãe (MMA) de 24 anos, pai (DVAG) de 27 anos e uma filha de 4 anos (MVAG). Os genitores são separados e possuem guarda compartilhada da criança, porém não definida pela justiça. Apresentam um relacionamento amigável, mas distante.

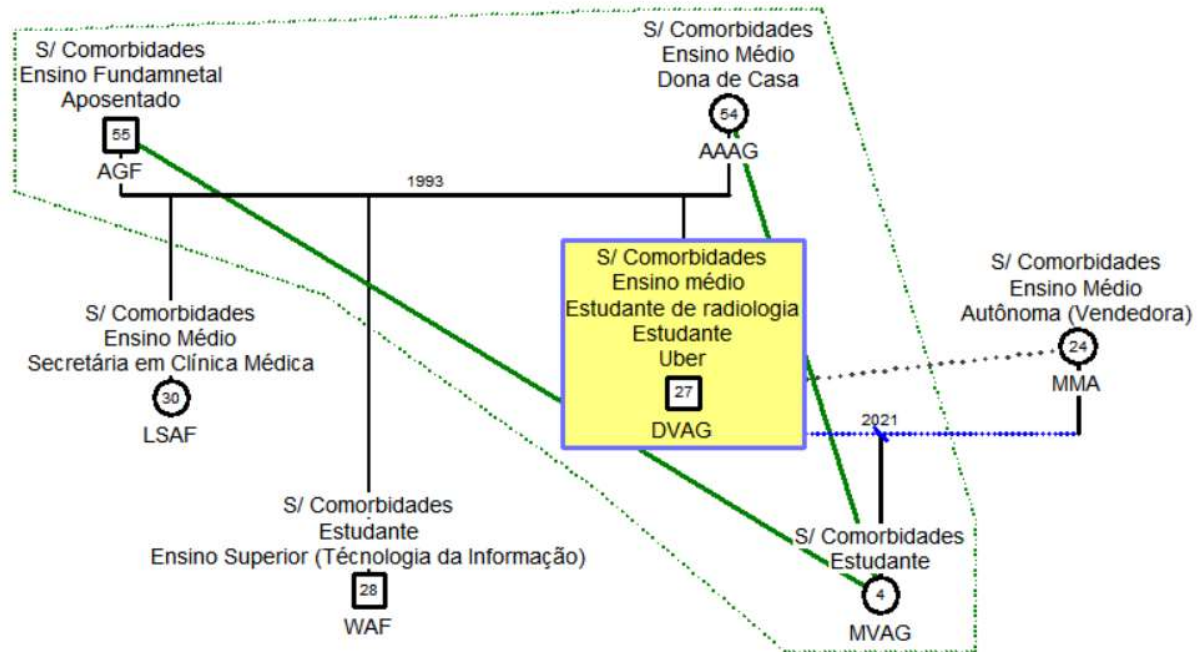
O pai reside, no Areal, com os avós paternos da filha, os quais auxiliam nos cuidados com a neta. Ambos os responsáveis possuem ensino médio completo. DVAG trabalha como motorista de aplicativo (Uber) e é estudante de radiologia; enquanto MMA, também moradora do Areal, é vendedora de produtos de beleza (autônoma).

A família é de classe baixa, recebe o auxílio Bolsa Família e não possui plano de saúde, recorrendo ao SUS para acompanhamento de saúde da família.

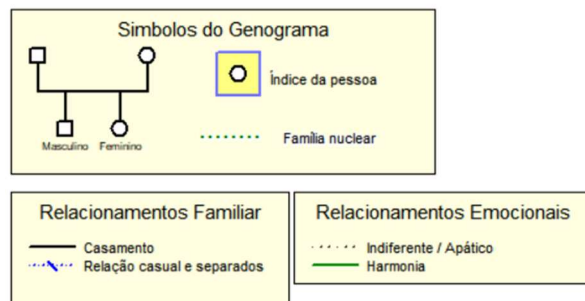
A mãe é responsável por cuidar dos assuntos relacionados à saúde da filha, enquanto o pai tem a responsabilidade de levá-la para se vacinar por possuir carro próprio.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 10:

Genograma 10 – P10



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

6.2.2.4 Mãe 11 (M11) e Pai 11 (P11)

Família nuclear formada por mãe (RCMRSF) de 37 anos, pai (RSF) de 39 anos, e um filho (JVMRSF) de 1 anos de idade, residentes no Park Way. A família mora na mesma residência que a família extensa da mãe, totalizando 6 adultos e 1 criança no mesmo domicílio,

6.2.2.5 Mãe 12 (M12)

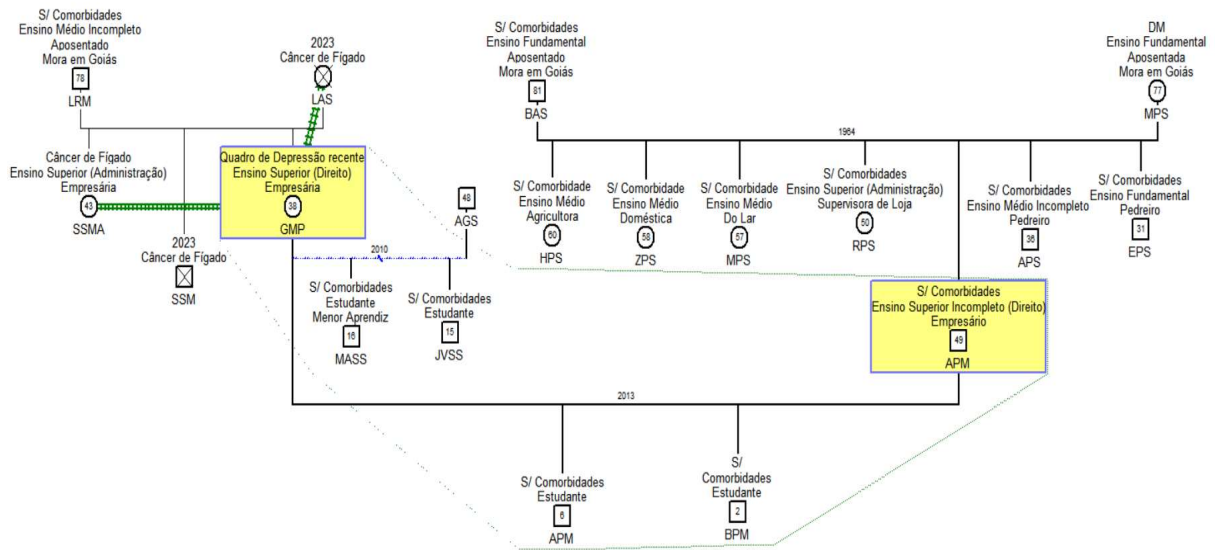
Família nuclear formada por mãe (GMP) de 38 anos, pai (APM) de 49 anos e 4 filhos: MASS (16 anos) e JVSS (15 anos), frutos de um relacionamento materno com outro companheiro, APM e BPM, de 6 e 2 anos de idade, respectivamente, filhos do casal, residentes no Park Way. A mãe possui ensino superior completo na área de Direito, já o pai não concluiu sua formação no mesmo curso e trabalham, juntos, como empresários em uma loja de peças automotivas. Fazem parte da classe média alta e possuem plano de saúde.

A família paterna é extensa (formada por 12 irmãos, porém foram representados no genograma apenas aqueles que apresentam maior convívio com a família), onde o grau máximo de formação educacional é o ensino médio, enquanto a família materna é menos numerosa e demonstra maior instrução educacional. A mãe apresenta perdas familiares importantes (mãe e irmão) em um curto espaço de tempo e, no momento, sua irmã, considerada melhor amiga, faz tratamento contra um câncer de fígado. Todos estes acontecimentos culminaram em um quadro depressivo materno que foi recuperado há poucos meses.

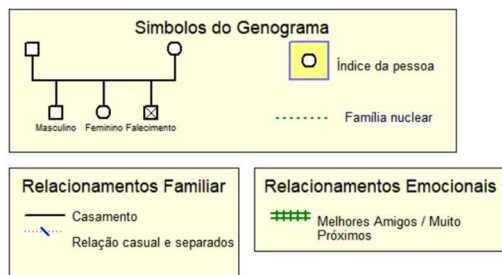
O casal demonstra pouca cooperação mútua em relação aos cuidados com a vacinação das crianças menores, e a tia materna é representada como rede de apoio, já que a mãe possui rotina atarefada por conta do trabalho, dos cuidados com os 4 filhos e com o lar.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 12:

Genograma 12 – M12



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

6.2.2.6 Mãe 13 (M13)

Família nuclear formada por mãe (RCS) de 37 anos, pai (CJF) de 45 anos e um filho (LGSF) de 1 ano de idade, residentes na RA Águas Claras.

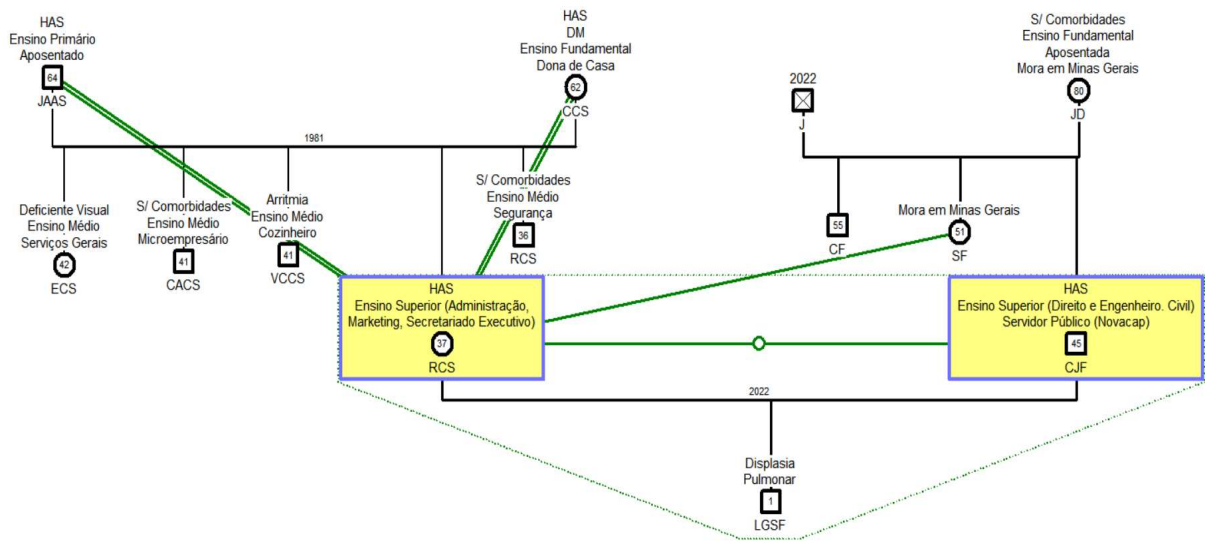
Os genitores possuem ensino superior completo em mais de um curso, sendo ela formada em Administração de Empresas, Marketing e Secretariado Executivo, e ele, em Direito e Engenharia Civil. A renda familiar é composta apenas pelo salário paterno (servidor público), já que a mãe deixou de trabalhar desde o nascimento do filho. Fazem parte da classe média e possuem plano de saúde.

O filho nasceu prematuro (28 semanas) em decorrência de pré-eclâmpsia gestacional e permaneceu internado em um hospital privado até os 9 meses de vida. A mãe relata, desde então, rotina cansativa, demonstrando atenção e cuidado com a saúde do filho. A criança faz acompanhamento com gastropediatra e pneumologista infantil no Hospital da Criança de Brasília, além de estimulação precoce pela rede pública.

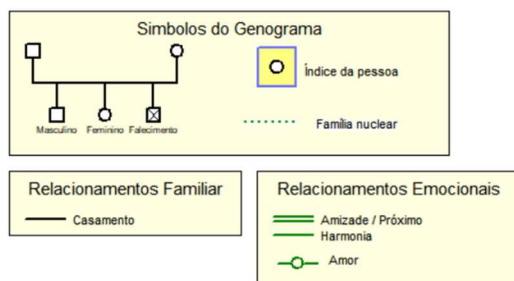
O casal é unido e o pai, presente e cooperativo com os cuidados do filho. A rede de apoio é composta pelos avós maternos da criança. A família extensa paterna é composta por 7 irmãos, porém só foram representados os que possuem maior proximidade com a família.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 13:

Genograma 13 – M13



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

6.2.2.7 Mãe 14 (M14) e Pai 14 (P14)

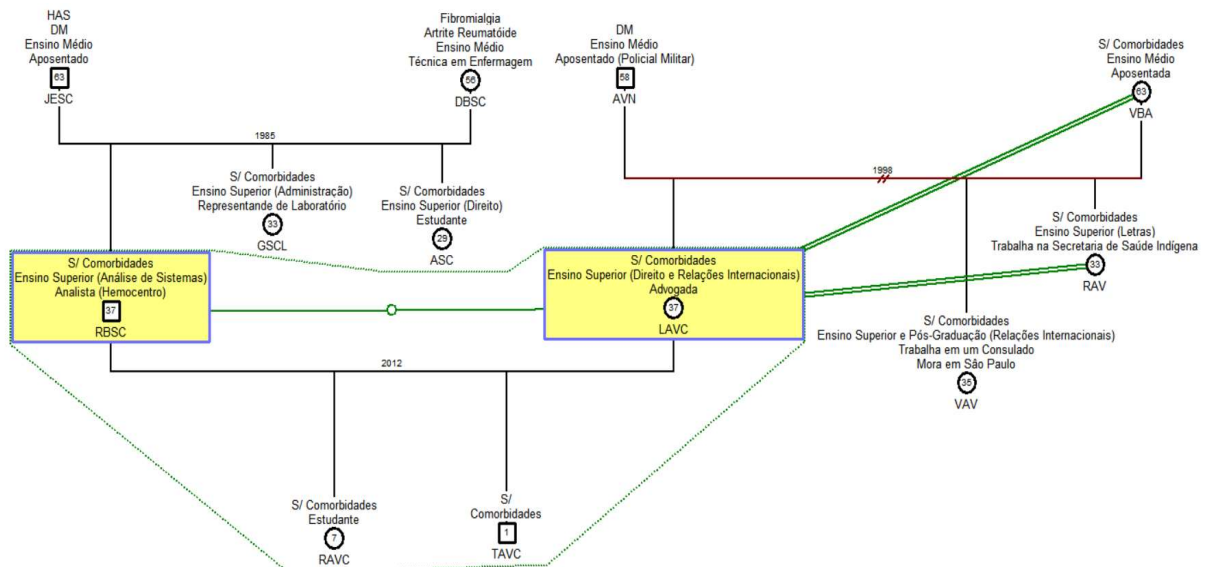
Família nuclear composta por mãe (LAVC) de 37 anos, pai (RBSC) de 37 anos e 2 filhos: RAVC, de 7 anos, e TAVC de 1 ano de idade, residentes na RA Taguatinga.

O casal possui ensino superior completo, sendo ela formada em Direito e Relações Internacionais, e ele, em Análise de Sistemas. A mãe atua como advogada (*home office*) e o pai trabalha no Hemocentro de Brasília como analista de sistemas. Fazem parte da classe média e possuem plano de saúde.

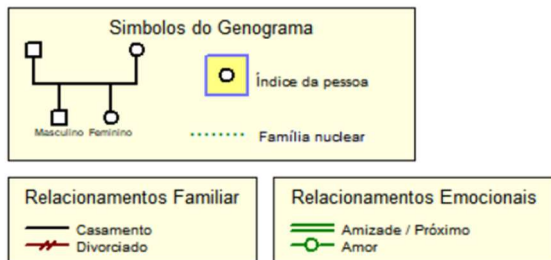
A família é unida e harmoniosa, e os pais apresentam cooperação mútua nos cuidados com os filhos, não possuindo rede de apoio externa. A avó paterna das crianças é profissional de saúde (técnica em enfermagem), com grande experiência em sala de vacina.

Segue abaixo o genograma da família da entrevista 14:

Genograma 14 – M14 e P14



Legenda:



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

6.3 Perspectivas dos pais sobre vacinação infantil

A visão parental sobre a vacinação infantil sofre alterações a depender das crenças enraizadas em seu sistema familiar. Elas influenciam os comportamentos dos pais tanto positivamente, aproximando-os da prática, quanto negativamente, afastando-os da vacinação.

Os sentimentos dos pais em relação à vacinação de seus filhos também têm o poder de influenciar a prática, contudo, perdem força no impacto das decisões parentais a depender do quanto as crenças estão internalizadas no âmbito da cognição. Isso significa que, mesmo aqueles pais que sofrem diante das múltiplas injeções que seu filho será submetido, autorizam a vacinação por acreditarem que os benefícios advindos dela são superiores à dor que a criança irá experimentar.

Os casais, que foram entrevistados juntos, apresentaram respostas similares às perguntas norteadoras, contudo, apenas na categoria de sentimentos despertados pela vacinação do filho houve divergência nas narrativas apresentadas em alguns casos, pois algumas mães/pais aprovam a vacinação simultânea, alegrando-se em saber que o filho estará mais protegido contra várias doenças, poupando-lhe tempo no processo de atualização de seu estado vacinal, enquanto outros pais/mães percebem de forma oposta, martirizando-se por acreditar que esta estratégia é extremamente dolorosa, com chances de traumatizar a criança e, por isso, preferem aplicar as vacinas em dias alternados, seguindo um calendário próprio.

A partir da exploração do conteúdo das entrevistas, foi possível identificar 3 categorias e 5 subcategorias temáticas representativas de como os pais percebem a vacinação infantil e o processo de tomada de decisão, são elas:

- Categoria 1: Crenças parentais relacionadas à vacinação infantil:
 - Subcategoria: Crenças sobre as vacinas e sobre o processo de vacinação infantil;
 - Subcategoria: Crenças sobre as funções e deveres parentais.

- Categoria 2: Sentimentos relacionados à vacinação infantil e ao atraso vacinal.

- Categoria 3: Atitudes parentais:
 - Subcategoria: Busca por informações sobre vacinação infantil;
 - Subcategoria: Cuidados parentais para minimizar a dor e desconforto da criança;
 - Subcategoria: Suporte à criança para o enfrentamento do medo.

Ao analisar as narrativas, é possível relacionar as categorias encontradas com a classificação apresentada pelo grupo ao qual os pais fazem parte. Desta forma, foi possível identificar, a partir da frequência em que os códigos foram mencionados, que todos os participantes acreditam que a vacinação infantil é uma importante tecnologia para a proteção de seus filhos contra doenças potencialmente perigosas; que a não aplicação da vacina na data recomendada atrasa o restante do calendário vacinal, apesar de ter sido necessária, por diversos motivos. Também foi unânime, entre os pais, a percepção de que a equipe de enfermagem, do serviço onde frequentam atualmente, realiza o atendimento de forma acolhedora e tecnicamente segura, esclarecendo seus questionamentos quando solicitada, sendo avaliada positivamente.

Outras categorias foram evidenciadas de forma não uniforme nas entrevistas, ora sendo mais frequentes entre os pais “vacinadores”, ora entre os “faltosos” e ora emergindo, com a mesma frequência, nos dois grupos, de acordo com a tabela abaixo:

Quadro 2 – Caracterização parental segundo o conteúdo das categorias

GRUPO DE PAIS	CARACTERIZAÇÃO PARENTAL SEGUNDO O CONTEÚDO DAS CATEGORIAS
VACINADORES	<ul style="list-style-type: none"> • Acreditam que a vacinação é importante principalmente na primeira infância, fortalecendo o sistema imunológico da criança e apresentando efeito cumulativo em sua proteção a cada dose aplicada; • Acreditam na segurança da vacina em razão dos anos de estudos dedicados ao seu desenvolvimento; • Consideram que benefícios da vacinação superam os incômodos causados pelas reações adversas; • Enxergam as vacinas de rotina sendo mais importantes e confiáveis do que as vacinas de campanha; • Não acreditam na ideia de sobrecarga imunológica provocada pela vacinação simultânea e a consideram como uma estratégia facilitadora para manter a caderneta de vacinação atualizada diante da rotina agitada; • Recorrem à vacinação privada quando percebem o risco aumentado de adoecimento por doenças imunopreveníveis graves que não são contempladas por vacina dentro do PNI; • Acreditam que submeter a criança à vacinação estando ela fragilizada, seja por motivo de adoecimento, ou viagem, acarreta maiores reações adversas; • Creem que as crianças não vacinadas são um risco para a sociedade por propagar doenças graves por onde transitam; • As mães buscam informações em fontes confiáveis e as repassam aos seus companheiros a fim de tomarem a decisão de como vacinar os filhos, conjuntamente; • Questionam informações duvidosas, que vão de encontro ao que acreditam, vindas de profissionais de saúde ou da internet, confirmando-as em fontes confiáveis; • Esclarecem dúvidas com os pediatras antes da vacinação, ou com a equipe assistente durante o procedimento; • Não apresentam grandes questionamentos em razão de suas fortes crenças pessoais favoráveis à prática ou por serem profissionais de saúde; • Preocupam-se com a dor e o desconforto sentido pelo filho no processo de vacinação, utilizando artifícios para minimizar essas sensações (“<i>pikluk</i>”) e realizando cuidados pós-vacinação, em caso de reação adversa; • Experienciam sentimentos conflitantes durante o processo, como sofrimento x compaixão, medo x alívio/segurança/tranquilidade; • Sentem amor e felicidade em proporcionar saúde e qualidade de vidas aos filhos; • Acolhem o medo da criança durante o procedimento e se veem no papel de protetores, neste momento; • Relatam receber suporte informacional pelos pediatras; • Acreditam que os pais devem receber informações práticas sobre o tema desde o pré-natal de forma clara e repetida em todos os níveis de atenção à saúde; • Referem aspectos estruturais e organizacionais como pontos positivos do serviço de vacinação que frequentam; • Confiam e se orgulham do PNI, contudo acreditam que o calendário nacional possa ser completado com vacinas disponíveis apenas na rede privada; • Referem o adoecimento da criança como o principal motivo para o atraso vacinal.
FALTOSOS	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentam cultura familiar intergeracional a favor da vacinação; • Acreditam que a vacinação simultânea estressa e traumatiza a criança; • Informam-se por meio da mídia televisiva e rede de convivência, não buscando maiores informações em outras fontes por falta de tempo, desinteresse sobre a temática ou falta de vínculo com o profissional de saúde; • Preferem a aplicação das vacinas em dias alternados a simultaneamente para maior conforto do filho; • Referem o sentimento de pavor relacionado à agulha, evitando participar ativamente do momento da aplicação das vacinas; • Sentem-se seguros em levar o filho para se vacinar, sem a companhia do pai ou outro familiar; • Não consideram o atraso vacinal como um grande problema; • Citam problemas estruturais e organizacionais dos estabelecimentos de saúde como fatores desfavoráveis; • Referem a rotina atarefada como o principal motivo para o atraso vacinal.

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Foi identificado, também, que os pais de ambos os grupos compartilham de algumas crenças, sentimentos e atitudes na mesma frequência, a saber:

- Acreditam que a vacinação infantil é um dever parental;
- A figura paterna é vista pela mãe como sinônimo de apoio emocional e instrumental durante e após o procedimento;
- O casal considera a ida ao serviço de vacinação com um compromisso mútuo e se organizam para que ambos estejam presentes;
- A vacinação simultânea é percebida como uma estratégia geradora de dor e sofrimento na criança, comparada à aplicação de uma única vacina;
- Possuem conhecimento sobre as reações adversas mais esperadas;
- Apresentam dúvidas sobre as vacinas, o processo de vacinação e as doenças imunopreveníveis;
- Administram analgésicos antes da vacinação, para aliviar a dor da criança;
- Sugerem, como estratégias para mitigar os atrasos vacinais, a implantação de um sistema de lembrete governamental e o acompanhamento mais próximo das ESF aos pais faltosos;
- Sentem angústia, medo, remorso, irresponsabilidade diante do atraso vacinal do filho.

6.3.1 Categoria temática 1: crenças parentais relacionadas à vacinação infantil

A análise temática das narrativas dos pais revelou a forte influência de crenças no processo de vacinação infantil, podendo ser tanto constrangedoras quanto facilitadoras da adesão. Estas crenças concentram-se em: crenças sobre as vacinas e sobre o processo de vacinação infantil, e crenças sobre as funções e deveres parentais.

Os pais acreditam que a vacinação é uma importante tecnologia de proteção contra doenças individuais ou coletivas e para a prevenção de sequelas e mortes. Acreditam, ainda, que o processo de vacinação pode evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde ao proteger a criança e prevenir adoecimentos.

M1: [...] “Eu acho que eu protegendo ela também ajuda a proteger outras crianças” [...].

P4: [...] “Poder vacinar e deixar o nosso organismo mais preparado pra lidar com doenças que até anos atrás poderiam matar, né?” [...].

P2: [...] “você previne muitas doenças que, caso a criança não seja vacinada, vai acarretar, né, de todo problema, do transtorno, são doenças graves, né? Você causa,

então, uma sobrecarga, depois, no próprio sistema de saúde, no tratamento dessas doenças” [...].

Ainda reforçam a crença de que a vacinação é importante, principalmente na primeira infância, pois contribui para um crescimento infantil saudável e proporciona qualidade de vida.

M1: [...] “Todo tipo de vacina eu pretendo dar, eu sou totalmente a favor de vacinação. De todas as idades [...], mas a infantil principalmente” [...].

P3: [...] “Eu penso realmente que podemos evitar o máximo, né? Talvez não 100%, né? Mas o máximo que a gente consegue evitar doenças que já são conhecidas, né? E aí dessa forma, proporcionar um crescimento dentro de um padrão, vamos dizer assim, de normalidade e saudável, né?” [...].

P4: [...] “Construindo conhecimento pra melhorar, pra ter maior qualidade de vida e mais longevidade, né? Então, eu acho que a vacina é um símbolo disso, sabe?” [...].

Para os pais, a vacinação fortalece o sistema imunológico da criança, não sendo necessário que ela passe pelo adoecimento para adquirir imunidade. Ainda acrescentam que o efeito de proteção é cumulativo a cada dose aplicada, constituindo-se em uma prática segura por ser produzida após anos de pesquisas, apresentando mínimos eventos adversos graves e erradicando várias doenças.

P1: [...] “As crianças não têm a imunidade formada, né? Isso vai com o tempo e essas vacinas já dão um pouco dessa imunidade pra elas, né?” [...].

P1: [...] “A gente não precisa necessariamente ficar doente pra começar a criar uma imunidade” [...].

P4: [...] “Cada vacina que a gente dá mais, é mais forte que ele sai, né? Mais preparado pro mundo, né?” [...].

M6: [...] “Toda vez que eu levo ele para vacinar, que ele toma vacina, eu fico mais tranquila. Tipo assim, poder ir num lugar, num mercado ou na casa de alguém. Porque eu sinto que cada vez que ele toma a vacina ele fica mais protegido, né?” [...].

M5: [...] “Eu confio muito na ciência e a gente sabe o quanto o número no passado era grande de crianças, que né, apresentavam as doenças. E aí, sem muito estudo, sem saber o que era. Então eu acho que se está disponível, é importante, tem embasamento científico. Eu considero super importante para os meus filhos” [...].

P4: [...] “Efeitos colaterais, até pela evolução da ciência que a gente tem hoje, né? É cada vez menor, né? E o percentual é mínimo de efeitos colaterais que são permanentes e coisas tipo, né? [...].

M8: [...] “Então, assim a gente vê que realmente as vacinas são importantes, tanto é que foi erradicado a poliomielite e mais quatro doenças, se não me engano, que foram erradicadas no Brasil... uma coisa assim. Confio na vacina” [...].

Os pais acreditam que os benefícios da vacinação, assim como um medicamento, superam os incômodos causados pelas reações adversas, sendo estas normais, passageiras, leves

e individuais, independentemente se são vacinas públicas ou privadas, não sendo influenciados por percepções/crenças contrárias apresentadas por amigos.

M7: [...] “Tudo, tudo, até um remédio que você toma tem os efeitos colaterais negativos. Se você ficar batendo muito naquilo, você não vai tomar, né?” [...].

P4: [...] “Essa questão de consequência, efeito colateral, vamos dizer assim, faz parte, né?” [...].

M5: [...] “Mas eu acho que é muito da percepção individual. Isso acabou globalizando. Então muita gente generalizou. As crianças que tomam no posto têm mais reações. Eu acho que acaba que não” [...].

M7: [...] “Eu pensei: eu vou lá vaciná-los para que eles estejam protegidos. O pensamento bem básico que eu tenho mesmo é isso. Eu vejo as vacinas como algo assim, né. É isso. Tem pessoas que já veem como algo bem.... Nossa, eu tenho amigos que, meu Deus! Eu nem converso muito com eles sobre isso, porque a gente acaba de repente” [...].

Os genitores acreditam fortemente que a vacinação infantil é um dever parental, devendo ser realizada, seja no ambiente público ou privado, sendo as vacinas de rotina consideradas mais importantes e confiáveis do que as vacinas de campanha, em razão de terem presenciado casos de eventos adversos graves relacionados à vacina contra o COVID, atuando como profissionais de saúde, e sentirem medo das consequências pós-vacinação na criança, ou por não acreditarem que seus filhos corriam sérios riscos de contaminação, agravamento do estado de saúde e morte pelas doenças (Influenza e COVID).

M3: [...] “A gente tá fazendo a nossa parte, né? Se eles, lá pra frente, (...) depois dos 18, que eles não querem tomar vacina, aí a opção vai ser deles. Mas, por hora, quem determina é a gente” [...].

M11: [...] “Acho que não tem uma outra opção. Tem que dar a vacina” [...].

M4: [...] “Pra mim é um compromisso, principalmente no começo, que é muito frequente ali. Às vezes uma vez por mês ou a cada dois meses, né? Dependendo ali da fase tem a vacinação” [...].

M4: [...] “Porque eu acho que todas são importantes. Acho que a menos importante, talvez, é que eu... Acho que, assim, que eu não ligaria muito é, por exemplo, da gripe” [...].

M6: [...] “Dei mais importância para as de rotina do que para as de campanha, (...) não corri atrás para vacinar para Influenza e para o COVID” [...].

M8: [...] “Vacinas (de rotina, ao contrário das vacinas contra COVID) que nós sabemos que são importantes, são vacinas de qualidade, que fazem efeito e que trazem um benefício para a sociedade” [...].

Segundo os pais, a vacinação simultânea não sobrecarrega o organismo da criança, sendo uma forma de auxiliá-los a manter a caderneta de vacinação atualizada diante da rotina repleta de afazeres. Por outro lado, alguns acreditam que múltiplas injeções na mesma ocasião

(vacinação simultânea) estressam e traumatizam a criança, dificultando a aplicação de outras vacinas futuramente pela associação negativa criada por ela.

M1: [...] “Tipo assim, eu achar que vai sobrecarregar o corpo, daquilo, nunca, jamais, pensei sobre isso” [...].

P3: [...] “A gente entende até como um benefício, vamos dizer assim, uma facilidade que seja feita de uma única vez” [...].

P1: [...] “Então, assim, acho que a questão de várias agulhadas no mesmo dia, acho que não deveria ter. Podia ser assim, dias diferentes, para desestressar a criança” [...].

P1: [...] “O estresse, assim, porque ela fica tensa, ela fica com medo. Ela sabe que vai doer. Meu filho, por exemplo, até com gotinha, às vezes ele fica um pouco estressado, porque ele sabe que vai tomar agulhada, vai doer” [...].

Os pais percebem a vacinação simultânea como uma prática que gera mais dor e sofrimento em seus filhos pelo excesso de injeções, sentindo-se confusos em optar por aplicar todas as vacinas na mesma ocasião, como o recomendado, e acabando com o sofrimento da criança em um único dia ou por vacinar em dias consecutivos para aliviar sua dor. Entretanto, a maioria dos pais não apresenta essa mesma percepção no pós-vacinação, já que considera o manejo das reações adversas tranquilo, sendo os sintomas esperados e passageiros, apesar de se sentirem apreensivos antes do procedimento, tanto pela dor sentida pelo filho, quanto por preocupar-se em não saber identificar qual imunizante pudesse provocar possíveis reações. Somente um casal relatou que o filho sofreu com reações adversas por um longo período.

M2: [...] “Eu, assim, o que às vezes eu reclamo é da quantidade de vacinas. Igual, por exemplo, ser três picadinhas num dia. Mas aí é igual. Às vezes ele (o pai) fala: o pessoal lá estudou, sabe que tem que ser assim. O que eu me questiono mais é só isso. Se bem que eu acho que é melhor três de uma vez do que uma semana, uma. Aí eu também nem sei o que é pior” [...].

M9: [...] “Eu fico morrendo de dó do bichinho, mas acho que vai ter que tomar do mesmo jeito se tomar distribuído. Mas acho que dói mais (tomar várias vacinas no mesmo dia)” [...].

M5: [...] “Ah, é tranquilo, porque eu acho que como eles realmente não tiveram reação. Eu não tenho problema nenhum. Naquela hora você fica ali, mais com a pena da dor, né, que você fica pensando: meu Deus, quatro vacinas. Mas, tranquilo” [...].

M14: “Acho que eu fico um pouco insegura, tipo assim como são várias as vezes, se ele tiver alguma reação, a gente não sabe do que que foi exatamente, de não saber exatamente do que foi, porque como são várias ao mesmo tempo, mas como também nunca teve nada” [...].

Alguns pais consideram que a percepção da dor pela criança varia com a idade, sendo que quanto mais nova ela é, menos dor ela percebe, tornando-se mais fácil a aplicação de várias vacinas no mesmo dia.

M2: [...] “Acho que a de dois meses ela não (sentiu tanta dor) ... Acho que é porque é tão pequenininha que não sabe, mas a de quatro ela já (sentiu mais dor)” [...].

M4: “Ah, é um pouco ruim, né? Principalmente, que nessa última vez que ele tomou três. Porque eu tenho um pouquinho de dó dele, né? Ainda mais agora que ele tá crescendo. Ai, ele vai ficando mais sentido, né?” [...].

Ao decidir vacinar seus filhos, os pais recorrem às vacinas públicas como primeira escolha, recorrendo às privadas quando percebem o risco aumentado de adoecimento do filho por doenças imunopreveníveis graves que não são contempladas pelas vacinas disponíveis no PNI, tornando-se uma ferramenta de proteção ampliada contra diversos sorotipos de agravos, significando maior proteção para a saúde dos filhos, sobretudo quando estes são considerados mais frágeis em razão da prematuridade e/ou comorbidades.

M4: [...] “Porque as que não tem diferença, por exemplo, a penta, que aí, na particular, é a hexa. Só que daí, no público, tem a penta e tem a outra separada. Acho que é da pólio. Ai, a gente optou pela rede pública. Porque engloba as mesmas coisas, né?” [...].

M3: [...] “Foi a Meningo B também que a gente pagou. E eu fiquei na dívida. Falei: a gente não pode pagar todas, então vamos priorizar as mais importantes” [...].

M13: [...] “Fiz a (pneumo) 15 por conta do problema da displasia pulmonar dele. Fiquei com medo. Ai eu queria uma mais forte” [...].

Os pais consideram o Brasil como uma referência mundial em imunização, sendo o PNI uma política pública de sucesso, apresentando um calendário vacinal confiável e amplo em comparação com outros países, oferecendo vacinas especiais às crianças que necessitam por meio do CRIE.

P4: [...] “O Brasil sempre foi um país que, dentro de todos os países, né? Vamos colocar assim, principalmente aqui do Ocidente. Que foi referência, né? No seu plano de imunização, né?” [...].

M8: [...] “O Brasil possui vacinas, inúmeras vacinas que muitos países não têm, né. Inclusive, o próprio Estados Unidos, não confia na vacina, nas vacinas, como a gente confia, né” [...].

M5: [...] “Usei, usamos o CRIE. (Ele tomou) a hexavalente. Foi, foi. E teve uma delas lá que teve aquela acelular, não foi. Tem uma, né? É essa daí?” [...].

Alguns pais entendem que as vacinas especiais são direcionadas a um público-alvo específico, dependendo das suas necessidades de saúde, outros, sugerem que o governo amplie essa disponibilidade para todas as crianças em razão da importância do acesso a vacinas com ampla cobertura.

M3: [...] “Queria poder dar mais ali, vacinas que o CRIE dá, né? Mas graças a Deus, por alguns viés, eles não pegaram, por conta do que eles esperam que tenham outras comorbidades, né? Então, mas já fico feliz só do fato da gente poder protegê-los um pouquinho a mais aí. Poder contar com o CRIE, né?” [...].

M7: [...] “Só que eu gostaria assim, em relação à vacina, que é no posto de saúde, né? Na saúde pública. Eu acho lamentável essa questão da proteção. Como é que fala... a cobertura de proteção das vacinas. Eu fico assim, poxa, seria tão bom, né? Se o governo pudesse oferecer as vacinas com uma cobertura total assim, né? Igual no particular, igual no privado” [...].

De acordo com a visão dos pais, vacinar estando o filho fragilizado, seja por motivo de doença, mesmo que esta não provoque febre, ou outros, como após uma viagem, acarreta maiores reações adversas, não sendo possível identificar a causa de sua indisposição. Nestes casos, alguns pais consideram preferível esperar pela completa recuperação da criança, o que gera maiores atrasos vacinais, já que é comum a recorrência de viroses nesta faixa etária.

M13: [...] “Acho que é uma virose que deu diarreia na semana passada e a gente resolveu esperar porque senão ia ser mais uma coisa para o bichinho lidar” [...].

M4: [...] “Na vacina de quatro meses que ele sentiu mais, que teve uma febrinha ali. Eu acho que ele já estava um pouco debilitado, porque a gente tinha viajado e juntou tudo” [...].

M3: [...] “E a gente fica naquela expectativa de: ai meu Deus, espero que ele pare logo esses sintomas pra poder tomar logo” [...].

Ao analisar as narrativas, percebemos que a cultura familiar intergeracional a favor da vacinação é responsável por consolidar as crenças parentais favoráveis à prática, já que os próprios pais receberam esse cuidado enquanto crianças e almejam realizar a vacinação corretamente para oferecer aos filhos o que há de melhor a fim de que se desenvolvam de forma saudável.

M12: [...] “(As vacinas previnem contra) paralisia. Previne de hepatite, caxumba, essas coisas. O pouco que eu sei é isso que minha mãe sempre comentava isso a gente, desde pequeno” [...].

M7: [...] “Eu tomei. Eu e meus irmãos. Nós tomamos as vacinas, né? Minha mãe levava sempre. Graças a Deus, crescemos bem. Proteção...nunca fomos pessoas doentes” [...].

M14: [...] “A gente é bem tranquilo com relação a vacinação. Normalmente a gente faz tudo certinho” [...].

M1: [...] “Eu lembro desde sempre, desde a escola. Tomava a vacina do Zé Gotinha” [...].

Os pais reforçam que as crianças não vacinadas disseminam doenças graves por onde passam, resultando em sofrimento para a família e sociedade, além de representarem risco para a saúde coletiva ao abrir brechas para o reaparecimento de doenças já erradicadas ou controladas.

M3: [...] “Tanto que a questão do quadro vacinal aqui atualmente no Brasil, isso me preocupa. Porque a gente tem crianças, crianças que vão daqui a pouco pra escola, né? O nosso filho mais velho já vai pra escola. E a gente sabe o que pode acarretar isso. E isso aí me preocupa” [...].

P2: [...] “Você ter um descuido, talvez, de não levar e deixar, né, a criança ter determinado tipo de doença e depois criar, comorbidades, vamos dizer assim, né, para uma vida toda, realmente é muito dolorido você pensar, né, se deixar chegar, assim, uma paralisia infantil, alguma coisa nesse sentido, né?” [...].

P4: [...] “Eu acho que a questão da vacinação, para além do nosso próprio corpo, da gente se proteger, serve também para mostrar que a gente faz parte de uma sociedade” [...].

No processo de vacinação, a mãe enxerga a figura do pai como um ator importante no momento da aplicação das vacinas, segurando a criança e fornecendo segurança a ela e ao filho diante da tensão que envolve o procedimento, bem como após a vacinação, auxiliando nos cuidados com a criança em caso de reação adversa. Quando o pai não está presente, um familiar ou amigo próximo desempenham esse papel, porém a mãe, neste caso, se sente responsável por acalantar o filho no momento das injeções.

M11: [...] “Eu não gosto de ver. Eu sei que é para o bem, né? Mas eu não tenho estrutura” [...].

M12: [...] “É porque, na verdade, eu tenho medo, eu tenho medo de vacina, então assim, eu sou muito mole para essas coisas, né? Então aí ele (o esposo) segurou e eu fiquei com o outro (filho) esperando do ladinho e ele segurou” [...].

M4: [...] “Ah, preciso pensar num dia bom. Porque quando é na rede privada, a gente prefere fazer no sábado. Porque é um dia que às vezes ele fica mais enjoadinho. Então, é um dia que ele (o filho) tá em casa, né? Então, eu penso nisso. E às vezes eu gosto de um dia que ele (o pai) possa estar em casa também. Porque como ele fica mais enjoadinho, é mais difícil, né?” [...].

M1: [...] “Ela fala (a avó da criança), se você quiser, eu entro. Eu falei: não, não. Você não tem como dar tetê (amamentar). Aí eu entro, não tem como” [...].

O casal considera o dia da vacinação como um compromisso importante para ambos, assim, organizam sua agenda de afazeres para que tanto o pai quanto a mãe estejam juntos neste

momento, apoiando-se mutuamente durante o procedimento e após a vacinação, nos cuidados com a criança, para que nenhum dos dois se sobrecarregue no desempenho desta função.

M4: [...] “Sim, só que também a gente que cria disponibilidade, né? Porque a gente dá importância pra isso. E a gente quer tá os dois” [...].

P3: [...] “A gente brinca que a gente é um time, né? Uma equipe. E cada um já está fazendo uma parte dele” [...].

M11: [...] “É sempre a primeira folga do meu esposo, porque aí temos mais... temos 72 horas após a vacinação para controlar, né? E estar os dois, e também dividir. [...] A noite é bem cansativa. Para não me sobrecarregar, então, é tudo planejado, até o dia mesmo” [...].

Quando a mãe ou o pai leva o filho para se vacinar sem a companhia do parceiro ou outro familiar, sente-se seguro para realizar a prática, além de possuir maior disponibilidade de tempo ou condições para isto (carro próprio), não exigindo apoio emocional durante o procedimento, além de evitar o atraso na aplicação das vacinas, fato que ocorreria se tivesse que esperar para ser acompanhado.

M7: [...] “No início, né? Na nossa primeira filha íamos nós dois, porque eu, como mãe, ficava assim, tensa, né? Depois nós vimos que era algo tranquilo. Aí eu passei a levar, porque ele tinha uns dias de trabalho e eu falei: não vou deixar de levar, né? Então eu vou. E foi assim, acostumou aí. Mesmo ele não estando trabalhando, ele sabe que eu dou conta, né. Aí fica tranquilo” [...].

M8: [...] “Algumas vezes eu fui sozinha. A maioria das vezes, na verdade, né? Mas é porque, às vezes, choca muitos horários, não dá para ele ir. Mas quando ele vai, ele fica esperando do lado de fora. Só eu que seguro” [...].

P10: “Quem leva mais é eu, mas quem olha mais para a vacina é a mãe dela. Até porque as coisas dela, de saúde, ficam mais com a mãe dela” [...].

P10: [...] “Foi decidido, porque eu tenho o carro, então eu pego a criança e levo” [...].

As crenças e o comportamento parental podem ser influenciados pela relação estabelecida com os serviços de saúde e os profissionais. Os pais valorizam a capacitação e agilidade dos profissionais de enfermagem e quando consideram o atendimento na sala de vacinação acolhedor e tecnicamente seguro, tendem a sentirem-se mais confortáveis e confiantes na vacinação da sua criança. Referem receber orientações rápidas sobre as vacinas recomendadas para a ocasião e seus respectivos retornos, que são anotados a lápis, sobre a validade das vacinas após conferência conjunta, o calendário vacinal da rede privada, as reações adversas esperadas e cuidados pós-vacinação, os termos técnicos, o preparo da criança para receber o imunizante, e as vacinas perdidas em razão do atraso.

Alguns pais que frequentam várias salas de vacinação públicas, relatam que há diferença quanto ao tratamento recebido pela equipe assistente em relação às orientações relacionadas à amamentação durante o atendimento e ao tratamento recebido, sendo rude e desqualificado em alguns estabelecimentos de saúde, contribuindo para que a família procure por atendimento em outro local.

M11: [...] “As meninas são bem cuidadosas, carinhosas, não são agressivas, né? Porque tem gente que vai de uma vez e tal, mas ela sempre tá conversando com o nosso bebê” [...].

P11: [...] “Por exemplo, em hospitais particulares. Eu já passei raiva de pessoas que não sabiam segurar um bebê e tirar um sangue ou fazer alguma coisa desse tipo, né? Então, a gente nunca teve isso no posto de saúde. Sempre souberam exatamente como que se é. Traziam a orientação de como segurar. A coisa mais rápida do mundo, para a criança sentir o mínimo possível. Entendeu? Então isso a gente percebe bastante” [...].

M12: [...] “Então, elas conversaram, brincaram, deram uma luva para eles, cheia, como se fosse um balão. Então, assim ajuda muito, porque a criança descontra e fica. Fica tudo mais confortável para eles, né?” [...].

M6: [...] “É assim... No do meu filho mais velho [...] eles não me orientavam a colocar ele no peito. Tanto é que todas as vacinas dele, nenhuma ele tava no peito. Agora no meu filho mais novo, já me orientou a colocar ele no peito” [...].

M6: [...] “Eu vejo, às vezes, um profissional ali e outro que fala com você de uma forma mais rude, essas coisas. E eu percebo que quando eles percebem que a pessoa não tem tanto conhecimento assim, eles tratam a pessoa com uma certa diferença” [...].

A concepção parental de que a vacinação é um processo doloroso e assustador para a criança, determina comportamentos de proteção e amparo frente às manifestações de sentimentos dela. Nesse sentindo, consideram importante serviços que permitam a eles tempo para acalmar e acalantar a criança. Aspecto nem sempre respeitado nos serviços públicos, por vezes associados à alta demanda assistencial e sobrecarga dos profissionais.

M5: [...] “Assim, a gente sente uma diferença do particular. Isso porque, no particular, você tem um pouquinho mais de tempo e a gente entende que tem uma fila lá fora, que existem outras crianças, mas não se fazem nada com pressa, mas talvez menos com menos... não é nem humanização, acho que essa é uma palavra muito pesada, mas assim... também não seria empatia, porque ali elas fazem com atenção, mas é mais uma coisa, mais técnica, sabe aquela coisa, já chega, já vamos assim” [...].

M4: [...] “Até porque eu penso que, ali na hora, né? Às vezes, tem até fila pra vacinação. Então, você tem que ser um pouco ágil ali, né? Pra não juntar muita gente, né? Esperando” [...].

A proximidade da residência, o pouco tempo de espera e a disponibilidade de todas as vacinas são considerados, na visão dos pais, fatores favoráveis, enquanto a falta de acolhimento

e organização na fila de espera, o desabastecimento de alguns imunizantes, a falta de atendimento durante epidemias e a estrutura física precária, com poucas cadeiras e exposição ao sol durante a espera são fatores desfavoráveis, que influenciam a forma como eles concebem a qualidade estrutural do equipamento de saúde.

M3/P3: [...] “Normalmente, a gente tem locais próximos, né? Aqui, a gente tem ali o posto. A gente vai andando. Então, isso facilita, realmente” [...].

P4: [...] “E pra gente aqui é uma boa, o postinho, né? De boa, não é lotado. Sempre que vamos ali tem, duas, três pessoas na frente, a gente consegue horário pra ir” [...].

M5: [...] “Por exemplo, a questão da gente saber que quando é um bebê RN (recém-nascido) ele vai passar na frente, então, assim, lá na hora, teve um dia que foi a gente que teve que conversar com o pessoal que tava lá. Então, eu acho que é uma coisa que tem que ficar mais esclarecida” [...].

M9: [...] “Nossa, tem três banquinhos de espera, então, tipo assim, sempre tem. Todo mundo é prioridade que vai ali, praticamente. Tem sempre gente com bebê, gente, mulher grávida. Ai, fica aquele tanto de gente fugindo do sol, encostadinho na sombra e três banquinhos, um querendo ceder pro outro. Então, assim, só a estrutura poderia melhorar um pouquinho” [...].

Os pais acreditam que a não aplicação da vacina na data recomendada atrasa o seguimento das demais, porém, consideram que os atrasos foram necessários, seja por motivo de adoecimento da criança (influenciado por orientação de profissional de saúde ou familiar) ou na família, seja antes de um evento, como viagem ou aniversário. O fato de não ter condições financeiras para pagar por uma dose da vacina privada na ocasião, a falta de organização na rotina do casal, a falta do imunizante ou não atendimento no dia, em razão de epidemias, também foram citados como razões para os atrasos.

M5: [...] “Considero (um atraso), porque quando você vê, já está perto de outra e aí fica muito em cima e a gente fica com medo. Ai eu considero” [...].

M7: [...] “Eu cheguei para dar essa vacina que é das meningos, né? Falei aqui agora. E aí chegou no ponto, eu desisti. Falei: Ah não, ainda vou me organizar financeiramente para dar no particular. E aí me organizando financeiramente para poder levá-lo na clínica, pra dar a vacina na particular. Ai, demorou um pouco mais. Ai, essa teve atraso. Ai, ficou com atraso de um mês” [...].

P11: [...] “O atraso do nosso filho, não que seja justificado, mas sempre veio, sempre antecedeu doenças” [...].

P10: [...] “Nessa última vacinação que eu levei ela, eu até levei ela para vacinar, porém, estava no surto da dengue e eles não quiseram vacinar porque falaram que estava superlotado” [...].

Alguns não consideram isso como um grande problema, outros pensam que os atrasos, apesar de necessários, não são justificáveis frente à importância da vacinação na manutenção da saúde do filho e se percebem como negligentes.

M11: [...] “Mas é melhor (atrasar) do que não fazer” [...].

M14: [...] “A gente considera um atraso, mas a gente tenta não carregar isso como um peso tão grande assim, né?” [...].

M12: [...] “Na verdade isso foi uma displicência como mãe mesmo, né?” [...].

M9: [...] “Não tem desculpa, tem que dar um jeito, tem que dar um jeito ... não pode cobrir um santo, descobrir outro” [...].

Os pais têm suas dúvidas acolhidas pelo pediatra e são orientados, principalmente, quanto aos esquemas vacinais do calendário público e privado, as indicações das vacinas privadas, a aguardar a completa recuperação da criança, em caso de doença, para se vacinar, a não realizar a vacinação simultânea a depender do estado de saúde da criança, as reações adversas esperadas e como manejá-las, as vacinas especiais oferecidas pelo CRIE e a imunização efetiva após a vacinação. O acompanhamento médico da saúde da criança, orientando sobre como proceder a cada mês, apoiando a família e direcionando as ações relacionadas ao processo de vacinação em um relacionamento baseado na confiança é considerado extremamente importante pelos pais para uma infância saudável. A decisão de aplicar uma vacina paga é tomada em conjunto, após os pais receberem as informações sobre os prós e contras das vacinas oferecidas pela rede pública e privada diante do risco de adoecimento do filho por determinada doença imunoprevenível.

M5: [...] “Eu sempre faço um calendário com a médica, porque, como, às vezes, eles estão meio doentinho, acaba que a gente, a gente pula alguma vacina. Então a gente sempre faz um esquema, a gente vai lá, ela monta para mim, aí eu vou, levo no postinho e vou eliminando” [...].

M1: [...] “Ele sempre passa... se tiver tal possíveis reações e questões de medicações. Aí ele fala o que tá dentro da normalidade e elenca o que tá dentro do esperado, tudo. Mas ele sempre dá orientações” [...].

M3: “E a gente acaba... lógico, a gente decide em conjunto. Eu e meu esposo. Mas, primeiro eu quero ter as informações dos profissionais, sabe?” [...].

M4: [...] “É, porque, por exemplo, que nem a irmã do meu esposo optou por fazer tudo na privada, né? Aí a gente já preferiu fazer esse meio termo, né? Porque, no fim das contas, né, a gente que acaba escolhendo. Ou a gente poderia fazer todas no público, né? Que poderia ser também, né? Mas, aí, dentro de todas essas informações que são colocadas, né, a gente toma a decisão. No fim, a gente que toma a decisão, né?” [...].

Os pais referem questionamentos sobre alguns assuntos relacionados à temática e que não foram esclarecidos até o momento da entrevista, como as formas de transmissão das doenças imunopreveníveis, as verdadeiras contra-indicações para se vacinar, e as consequências do atraso vacinal para a saúde do filho. Tal fato pode explicar a percepção de que o breve atraso

vacinal é inofensivo para alguns pais, já que o assunto não é abordado durante os atendimentos prestados pelos profissionais de saúde.

M5: [...] “Por exemplo, se você já teve um caso de meningite na sua família, aumenta o risco de que você tenha. Essas coisas assim. Acho que não fica muito claro” [...].

M9: [...] “Eu ainda não sei se realmente não é que não pode ou é melhor esperar ele estar bem para tomar a vacina. Se ele, tomando medicação, interfere (na imunidade). Tipo, não pegar tanta reação, não pegar tanto o efeito da vacina, porque ele tá tomando alguma coisa que expulsa, coisa do corpo, enfim” [...].

P11: [...] “Eu acredito que não é algo que a gente seja até orientado, porque, para a gente, um atraso é só... não, deu uma atrasadinha, mas vai ficar tudo certo, entendeu? É... na nossa cabeça, é mais ou menos isso” [...].

Já em relação aos seus conhecimentos, os pais referem saber sobre as reações adversas esperadas (febre e dor), os riscos do uso abusivo dos analgésicos, as vacinas contraindicadas em crianças alérgicas a ovo (febre amarela), a eficácia não ser absoluta, sendo a proteção dependente de diversos fatores relacionados ao processo de imunização. O fato de conhecerem sobre o assunto, a partir das orientações profissionais, tranquiliza os pais e permite que eles vacinem seus filhos de forma segura.

Os pais que aceitam a vacinação simultânea referem tomar essa decisão baseados na confiança que sentem nas orientações dos profissionais sobre a segurança do procedimento.

M3: [...] “Se o profissional da saúde fala, assim, tudo bem. Igual quando eles (os filhos) acabaram tomando da COVID junto da febre amarela, (o profissional de saúde falou) não, não tem problema nenhum. Então, bora fazer, entendeu? Se vocês me dão essa segurança, tranquilo pra mim” [...].

M4: “Que a gente perguntou: ah, essa aqui pode dar junto, né? Aí orientaram. Falou: não, pode. Eles orientam bem... Bem orientado mesmo, por exemplo” [...].

Infelizmente, tanto pediatras quanto profissionais de enfermagem ainda recomendam parcelar as aplicações em dias alternados, principalmente quando os pais demonstram medo em relação à prática, e indicam atrasar a vacinação enquanto a criança apresentar algum sintoma, mesmo este não sendo febre.

M14: [...] “Porque, como juntou ...Juntou dois, dois períodos. Aí ficou sempre dois períodos. E aí ele... a gente preferiu dividir, a gente acha. Eles lá orientaram também, falando que ia ser melhor e aí a gente também, porque teve vezes dele tomar uma numa perna, outra na outra perna, uma no braço, outra no outro braço, e uma gota. Já teve vez de ele tomar... acho que até duas, duas. Então assim, duas no mesmo braço. Então a gente achou melhor dividir” [...].

M13: [...] “Geralmente, assim, eu pergunto. Quando as meninas do CRIE fala: ah, eu vou e aí. Eu falo: mas ele tá assim, assado. Melhor esperar? Elas falam: é!” [...].

Segundo os pais, a falta de um sistema de lembrete governamental e do acompanhamento mais próximo da Unidade Básica de Saúde, por meio das ESF, contribuem para os atrasos vacinais, já que muitos se esquecem de manter a situação vacinal do filho em dia em razão da rotina repleta de afazeres.

M9: [...] “Um lembrete, porque, hoje em dia, também as coisas. A gente tá ficando um pouco mal acostumado com lembrete, porque tudo que você programa, se você marca um salão, se você marca uma coisa, um dia antes, alguém vai te ligar, um dia antes vai chegar uma mensagem no WhatsApp” [...].

M12: [...] “Não sou só eu, né? O número é muito grande. Então, assim, eu, hoje, eu acho que uma campanha de conscientização menor, né? Em cada cidade satélite... ir em cada cidade satélite... ter uma campanha, um acompanhamento nas casas. O governo disponibilizar realmente para isso” [...].

Duas mães consideraram a falta do correto suporte informacional do profissional de saúde como motivo do atraso da vacinação do filho, seja pela divergência de orientação quanto à data de retorno, seja pela impossibilidade da aplicação de vacinas durante a internação.

M6: [...] “Aí quando eu levei ele com quatro anos, tinha as do esquema de quatro anos, mais as que ele não tinha tomado”.

M13: [...] “E ele perdeu mesmo, porque pessoal lá não quis vacinar ele de jeito nenhum” [...].

Os pais afirmam que as informações repassadas durante a vacinação têm de ser curtas e rápidas tendo em vista a fila de espera e sugerem que o suporte informacional sobre o tema seja realizado também fora do atendimento de vacinação, desde o pré-natal e repetido em todos os níveis de atenção à saúde, pois muitos não conseguem reter as informações diante da exaustão gerada pela maternidade e ao fato de ser um assunto novo para alguns.

P4: [...] “Porque tem essa questão do tempo, da fila também, né? Das pessoas lá. E eu acho que, primeiro, é as pessoas e o atendimento. Se vê que tem um momento ali no front para poder falar sobre, que fale. Seja alguém que não está vacinando. Na fila ou ali um terceiro, sabe? Profissional ali. Porque a gente está precisando disso” [...].

P11: [...] “E aí entra a situação do seguinte também, né, menino com dois meses de idade, nem o pai, nem a mãe estão dormindo direito. Então pode ser até que elas tenham falado e eu não tenha sequer me atentado. Pode ter acontecido também, mas eu não me lembro de elas falarem, não” [...].

M5: [...] “Acho que... eu acredito que uma forma de explicar melhor. Às vezes até, sei lá, alguma coisa. Até na maternidade, porque, por exemplo, eu já fui mãe, já era

o terceiro filho, mas várias são dos primeiros. Por exemplo, essa orientação mesmo, da vacina que a gente tinha que dar saindo do hospital, quem deu pra gente foi uma enfermeira que a gente tava quase pra sair. Ninguém tinha falado pra gente, eu nem fazia ideia” [...].

6.3.2 Categoria temática 2: sentimentos relacionados à vacinação e ao atraso vacinal

Por meio da análise das narrativas, é possível observar que o processo vacinal leva os pais a experienciarem sentimentos paradoxais. O sofrimento e o medo causados pelo procedimento doloroso a que submetem seus filhos é substituído pela felicidade e alívio em saber que estão cumprindo o seu dever de proteger a criança contra doenças que podem levar à morte ou causar sequelas irreversíveis. Tais sentimentos, por sua vez, podem impactar a tomada de decisão dos pais a depender do sistema de crenças que carregam: pais com crenças sólidas e altamente favoráveis à vacinação permitem que o filho seja vacinado, de acordo com o esquema recomendado pelo PNI, mesmo que vivenciem sentimentos ruins neste processo, por basear sua decisão na razão e não na emoção sentida.

Já os sentimentos parentais que afloram frente ao atraso vacinal apresentado pelo filho envolvem desde o medo e a angústia, pois temem que a saúde de seus filhos esteja em risco diante da possibilidade de adoecerem, até o arrependimento e a culpa, porque possuem a crença de que a prática é um dever, contudo falharam em desempenhá-la.

Os pais sofrem diante da dor que o procedimento causa em seus filhos, sendo a vacinação simultânea e as vacinas sabidamente mais reatogênicas do calendário consideradas disparadoras deste sentimento, mas aceitam a sua aplicação, por acreditarem que são protetoras contra doenças graves.

M1: [...] “Eu sofro, às vezes, até mais do que ele” [...].

M7: [...] “Como mãe, assim, a gente fica sempre com o coração na mão, né? Ai, será que vai sofrer muito, tanto na hora quanto depois do efeito” [...].

M9: [...] “Eu fico morrendo de dó do bichinho, mas acho que vai ter que tomar do mesmo jeito se tomar distribuído. Mas acho que dói mais. Então, assim. Dói. Dói nele. Dói na mãe, também, de ver ele tomando. Sai de lá chorando da última vez” [...].

Ao mesmo tempo que referem sofrer, os pais sentem alívio, tranquilidade e segurança por proporcionar à criança proteção por meio da imunização.

M2: [...] “É, primeiro é (vacina sinônimo de) o de proteção e, logo em, seguida é o da dor” [...].

P4: [...] “Mas, nesse aspecto do efeito colateral, que não dá nele muito forte. Mas, assim, um pouquinho dá, né? E, depois, eu acho que é logo em cascata, assim. Porque, isso, eu já penso nisso e já trabalho na cabeça, né? Porque isso vai ser... a partir do momento que ele vacina, ele sai mais forte, né?” [...].

M12: [...] “Sentimento de alívio por ter conseguido chegar até ali, eles estarem vacinados, né?” [...].

Relatam, ainda, sentir amor, cuidado, felicidade, responsabilidade e segurança por acreditarem que estão proporcionando aos seus filhos uma infância saudável por meio dos benefícios da vacinação.

P2: [...] “É uma demonstração de amor, verdadeiramente” [...].

P3: [...] “Acho que, resumindo, em uma palavra...o amor. O sentimento. O amor, é” [...].

M3: [...] “Muita mãe entende: Ai, que dó. Não, eu fico feliz porque meus filhos estão sendo protegidos” [...].

Sentimentos como medo e pavor também são experienciados pelos pais, principalmente quando já vivenciaram situações traumáticas envolvendo ambientes hospitalares, como internação dos filhos, ou à própria vacinação quando criança, sentindo aversão à agulha. Estas sensações, referidas apenas pelas mães entrevistadas, provocam, nelas, insegurança em acompanhar os filhos durante a aplicação das vacinas e, neste momento, elas recorrem ao apoio emocional e instrumental do pai para estar junto da criança.

M5: [...] “Ah, eu acho que eu fiquei muito mais mole na dela (filha). Eu, com ela, eu fiquei muito pior. Não sei se é porque no final da minha gravidez ele (filho) sofreu um acidente, ele caiu, machucou a boca” [...].

M12: [...] “Mas, eu tenho quase 40 anos e tenho pavor de agulha, pavor de médico, pavor de ir em hospital. Então, assim, eu criei um trauma, mas isso já mais velha, um pouco por conta que os meus meninos quando nasceram... um nasceu prematuro, e eu fiquei muito tempo no hospital e o outro nasceu com um probleminha no pé” [...].

M1: [...] “Eu estava segurando minha filha e veio uma lembrança, na minha cabeça, horrorosa. Eu, criança, a pessoa me segurando” [...].

Alguns pais referem sentir mais medo das doenças do que da vacina quando entram em contato com histórias de casos que tiveram desfechos desfavoráveis, como sequelas ou óbitos, seja em sua rede de amigos/familiares, seja pessoalmente ou por meio de fontes de informações, como televisão ou internet.

P11: [...] “Eu considero importante, não só pelo fato de protegê-lo efetivamente, mas por conhecer e saber de casos de crianças que faleceram com dois anos de idade, por falta de vacinação” [...].

M8: [...] “Eu não quero que meu filho tenha Hepatite A. Até hoje eu sou prejudicada com isso. Meus olhos, minhas escleras são amarelas. Tem dia que eu tô amarela até hoje. Meu fígado é gelatinoso. Eu não sou como uma pessoa normal, porque eu tive hepatite A. Então eu sou preocupada com ele também” [...].

M2: [...] “Eu estava assistindo um programa na Discovery, aí teve um bebê lá de dois meses que pegou meningite. Ele ficou sem as perninhas. Gente, eu fiquei doida com medo daquilo ali, tanto é que eu e ele (esposo), até ela completar, acho que dois meses, a gente não saía muito com ela, porque é triste, né?” [...].

Em relação aos sentimentos resultantes do atraso vacinal apresentado pela criança, os pais citam a angústia, medo, remorso, irresponsabilidade, e lamentam pelo ocorrido, pois as deixaram expostas aos riscos de contrair doenças evitáveis pela vacinação.

M3: [...] “Porque eu tive medo. Sabe quando você fica meio com receio, já era pra ter dado?” [...].

M1: [...] “Não, eu vou porque já deu. Já atrasei demais, já estava com a consciência pesadíssima” [...].

P10: [...] “Olha, irresponsável... está atrasado três meses, três meses?” [...].

O sentimento de arrependimento e culpa por ser responsável pelo sofrimento causado pela vacinação simultânea necessária para atualizar a situação vacinal do filho também são relatados durante as entrevistas, além da frustração por não conseguir mantê-la em dia, em razão da falta de planejamento na rotina.

M9: [...] “Porque eu não me organizei e não deixei o calendário... a vacina dele em dia! Era só tomar uma, tava tudo certo” [...].

M12: [...] “Para mim, na verdade, um sentimento de culpa, né? Que ele podia ter sofrido menos, né? Porque se tivesse feito” [...].

M9: [...] “De frustração de: meu Deus, olha o que que eu tô fazendo com meu filho, atrasando as vacinas dele” [...].

6.3.3 Categoria temática 3: atitudes parentais

Ao analisar as entrevistas, observa-se que o processo de vacinação desperta, nos pais, comportamentos em direção à aquisição de conhecimentos sobre a temática, bem como atitudes visando tornar esse momento o mais tranquilo e acolhedor possível para a criança ao colocar em prática as informações adquiridas, seja de forma proativa ou por meio do suporte informacional obtido durante o contato com os profissionais de saúde (pediatras e profissionais de enfermagem). Tais comportamentos influenciam diretamente o processo decisório dos pais

frente à vacinação de seu filho, na medida em que auxiliam a solidificação de crenças (des) favoráveis à prática, a partir do conhecimento com o qual entraram em contato.

Os comportamentos dos pais envolvem a busca por informações sobre vacinação infantil, os cuidados parentais para minimizar a dor e desconforto da criança, e o suporte à criança para o enfrentamento do medo.

Alguns pais buscam por informações em sites confiáveis/oficiais antes de ter acesso ao profissional de saúde ou após, quando não recebem o suporte informacional desejado durante atendimento. Os principais assuntos pesquisados concentram-se no público-alvo de vacinas privadas, as diferenças de composição e reatogenicidade entre as vacinas públicas e privadas e seus respectivos calendários, a eficácia e durabilidade da imunização, e os cuidados pós-vacinação.

M1: [...] “É onde eu mais pesquiso. Eu vejo algumas vezes na Anvisa, mas na OMS é onde eu mais olho. Eu acho mais seguro” [...].

M4: [...] “Ah, antes da gente ir pro pediatra, já dou uma estudada, né? Uma lida. E aí, chego, tiro as dúvidas” [...].

M6: [...] “Aí se eu não fosse pesquisar e correr atrás, eu não saberia dar a de quatro anos. Aí acumulou” [...].

Os pais questionam abordagens duvidosas (do profissional e na internet), que vão de encontro às suas crenças e conhecimentos, confirmando-as em fontes confiáveis, seja na literatura ou com outros profissionais de saúde, buscando apoios que fortaleçam suas convicções no processo e efeito protetor da vacinação.

M4: [...] “Algumas coisas da Anvisa e Organização Mundial da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria, né? Aí quando aparecem esses sites aí, geralmente aparece todos falando a mesma coisa. O que não pode fazer é essa coisa de WhatsApp, né? Quando você não procura” [...].

M1: [...] “Eu não sou uma pessoa de seguir muito à risca do que o povo fala. Eu confio mais no que eu pesquiso, no que eu leio, do que, às vezes, o que a pediatra fala” [...].

M3: [...] “Às vezes eu tiro dúvidas. Qualquer coisa que ela (pediatra) me passa, eu fico na questão. Deixa eu tirar dúvida com outros, sabe? Com os meus (amigos profissionais de saúde) conhecidos. Às vezes acontece isso” [...].

A confiança nas informações repassadas pela companheira também é um comportamento notado. Neste caso, as esposas possuem ensino superior em cursos relacionados à saúde (Biomedicina, Ciências Biológicas) ou trabalharam com profissionais de saúde e possuem comportamento proativo na busca por informações em fontes confiáveis

(sites/literatura científica), informando seus cônjuges sobre os achados e compartilhando a tomada de decisão.

P1: [...] “Mas como ela procura muito e ela conversa muito comigo, então eu confio no que ela me diz” [...].

P3: [...] “Até pelo conhecimento, né? Porque já está acostumada” [...].

P4: [...] “Ela... Talvez, também, que nem eu falei, né? Por ser da área e tal, ela tem mais facilidade de discernimento pra saber como procurar, o que procurar. Então, fica mais fácil pra ela achar a informação correta, né? Então, eu acabo me escorando um pouco nela, na verdade. E aí ela passa pra mim, a gente conversa” [...].

Ao buscar esclarecimentos com profissionais de saúde (pediatra, profissionais da sala de vacina pública e privada) principalmente sobre a indicação de vacinas privadas, o calendário vacinal de vacinas públicas e privadas, as possíveis reações adversas, os cuidados pós-vacinação, as consequências do atraso vacinal para a imunidade do filho e termos técnicos, percebemos dois comportamentos parentais: aqueles que apresentam preocupação antecipada ao evento, sendo proativos na busca por informações sobre vacinação infantil em sites e confirmando-as com o profissional de saúde; e o oposto, esclarecendo as dúvidas diretamente com os profissionais somente durante a consulta médica ou no momento da vacinação.

M4: [...] “Acho que é mais o pediatra (que esclarece as dúvidas) e muito eu busco, né? Eu estudo bastante, né?” [...].

M3: [...] “Ou acontece de eu perguntar, ir pro site e tirar a dúvida com o profissional. Porque nem sempre tem tudo no site do Ministério da Saúde” [...].

M7: [...] “Eu busco, na médica. E a informação vem mesmo da médica e do posto. Às vezes eu chego lá no posto um pouco perdida e fico: ó, quando que eu tenho que dar tal vacina? Então, eu pego essas informações assim. Agora, para te falar que aí eu sento na minha casa e leio a respeito, isso infelizmente eu não faço, mas é importante” [...].

Outros pais apenas seguem o calendário de vacinação e não possuem muitos questionamentos sobre a vacinação infantil em razão de suas fortes crenças pessoais favoráveis à prática ou por estarem seguros quanto ao seu conhecimento na área, sendo profissionais de saúde.

M2: [...] “Vou ser sincera, não (busco). Eu sigo o calendário. Não sou de buscar (informações), não” [...].

M5: [...] “Eu sou o tipo de mãe que eu não fico procurando muita coisa não. Eu sigo muito o que tá ali (caderneta de vacinação), eu confio muito no que tá lá. Então, eu não sou muito dessas de ficar pesquisando não”. [...]

M8: [...] “Não perguntei nada sobre vacina, não. Nunca procurei, porque médico não sabe de vacina. Quem conhece vacina é o enfermeiro.” [...].

Há pais que se informam-se por meio da mídia televisiva, durante a divulgação das campanhas de vacinação infantil, não buscando maiores informações sobre vacinação por falta de tempo, por falta de vínculo com o profissional de saúde ou desinteresse sobre a temática, apesar de considerarem o assunto importante em razão das suas crenças favoráveis a prática.

M9: [...] “Quando tem campanha, eu vejo, vejo na televisão. (Falo): Gente, a vacina do menino tá toda atrasada, meu Deus do céu!” [...].

P10: [...] “Eu trabalho o dia todo” [...].

M9: [...] “Eu morro de vergonha de mandar mensagem pro pediatra” [...].

M12: [...] “Na verdade, eu sou meio leiga nesse assunto, mas é porque minha mãe era que tomava conta de tudo isso” [...].

M5: [...] “Eu acho assim, que é as palavras, as siglas. Às vezes elas confundem mais, mas eu acho assim, de tomar a decisão de não tomar (a vacina) por não conhecimento. Acho que isso aí não. Mas assim, eu acho que, se tivesse uma forma mais simples de se falar o que é para cada doença, o que isso causa, talvez, sei lá, poderia facilitar, mas não, nada que dissesse assim: Não, eu não, eu não fiz porque eu não entendi direito. Aí, não” [...].

Em algumas narrativas, percebemos que os pais se informam com amigos ou familiares sobre alguns assuntos, como as reações adversas que experienciaram, os locais de vacinação próximos a sua residência, as contraindicações para a vacinação e os benefícios da vacinação privada, sendo, muitas vezes, influenciados por eles.

M3: [...] “Eu, às vezes, pergunto também pra conhecidos, né? Porque se a gente for mesmo olhar e dar uma olhada, pode acontecer tantas coisas que é melhor nem ficar sabendo” [...].

M7: [...] “(...) eu fui descobrir do posto aqui. Eu não sei, acho que é um grupo de mãe” [...].

P11: [...] “Meu irmão, que tem uma bebezinha um pouco mais velha do que o nosso, comentou sobre a possibilidade de fazer na rede privada, né? E ter um pouco mais de cobertura do que o que estava sendo entregue na rede pública” [...].

Almejando amenizar o desconforto causado pelas injeções durante a atualização da situação vacinal da criança, os pais buscam algumas alternativas, ao:

Pagar por vacinas combinadas (contém vários antígenos diferentes em uma única apresentação) e menos reatogênicas, recebendo a vacinação em domicílio, proporcionando à família maior tranquilidade durante o procedimento ou parcelando as aplicações das vacinas em dias alternados, oferecendo maior conforto ao filho em detrimento da atualização da situação vacinal.

M1: [...] “A gente tem um costume, eu gosto de algumas vacinas dar em casa. Essas que são mais doloridas, porque eu tenho um pavor absurdo de agulha. Então, quanto menos agulha, melhor. E tem algumas vacinas que em casa é menos (injeções)” [...].
 M14: [...] “A gente pensa que é muita, muita, muita injeção de uma vez só...dele sofrer. Então, a gente pensa que diminuir, torna isso um pouquinho mais leve para ele também” [...].

Administrar analgésicos antes da vacinação por orientação de alguns familiares ou profissionais de saúde da rede pública e privada.

M2: [...] “É, igual as minhas irmãs falam, antes de entrar, dar um tilenolzinho pra não, ela não sentir tanta dor, aí eu sigo esses conselhos, também, de irmã e é isso” [...].
 M13: [...] “Quando falo: vou vacinar. No dia que é certo mesmo... pede (o profissional de enfermagem) para dar antes, às vezes, até” [...].

Consolar o filho durante a vacinação acariciando-o, amamentando-o e utilizando artifícios para minimizar a dor da aplicação (“pikluk”)

M6: [...] “Mas, eu sei que aquilo é importante, então, logo passa quando aplica e chora. E aí, eu sempre tento dar carinho, dar o peito, aí eles acalmam” [...].
 M4: [...] “É, tem o Pikluk que eu comprei, né? Mas, é na hora ali, né? Que é pra amenizar a sensação” [...].
 M5: [...] E eu acho que o colo da mãe, o acalento, dá no mesmo (que a amamentação). Pra mim, não faz diferença, não. Eu fiz uma vez (amamentou), mas, também não, ele não ficou calmo. Ele chorou do mesmo jeito” [...].

Monitorar a temperatura corporal do filho após a vacinação, utilizando artifícios como compressas e analgésicos para aliviar as reações adversas esperadas.

M2: [...] “Quando eu pegava de mal jeito, aí chorava e februi lá. Aí o pessoal fala, aí coloca xô febre, xô febre e tilenolzinho, aí eu já estava dando” [...].
 M6: [...] “O de dois meses eu dei o paracetamol em gotas, né? Porque é para bebê. Eu dei para ele. Aí, a febre passa na hora” [...].
 M13: [...] “Ficou com a perninha inchada. Aí, eu fiz compressa” [...].

Os pais interagem com a criança, por meio de conversas ou a acolhem com carícias no momento e após as injeções. Segundo os pais, a proteção da criança, neste momento, cabe ao pai ou à mãe, mesmo que outro familiar esteja acompanhando, por considerarem importantes o afeto e a proteção parental.

P1: [...] “Acho que assim, a gente consegue, tentando conversar com a criança, para ver se ela consegue superar esse medo, esse trauma também” [...].

M4: [...] “Converso com ele. O pessoal continua fazendo o trabalho, né? Mas, ali, eu consigo, eu me sinto livre pra acolher ele, sabe?” [...].

M2: [...] “Acho que tentar dar abraço, carinho, ficar conversando com ela” [...].

P2: [...] “Acho que a mãe tem mais jeito, né, a criança tem aquele instinto, mas ela se sente mais protegida, né” [...].

7 DISCUSSÃO

Este trabalho evidenciou que as atitudes dos pais em relação à prática da vacinação infantil são moldadas a partir de suas crenças. Em outras palavras, os pais acreditam nos benefícios da vacinação por perceberem a redução do número de óbitos e sequelas ao longo dos anos após a disponibilização de vacinas no Brasil e no mundo, por meio de políticas e programas que integram o SUS. Essa crença é fortalecida pela cultura familiar intergeracional a favor da vacina, e pela confiança na evolução e segurança da ciência na elaboração dos imunobiológicos.

Por outro lado, os pais atrasam a vacinação de seus filhos em razão das crenças que limitam a prática, influenciadas a partir de abordagens profissionais inadequadas sobre as verdadeiras contraindicações, ou por experiências pessoais prévias que relacionam o ato de vacinar a sofrimento e medo.

Almejando tornar o momento da vacinação o mais seguro, acolhedor e respeitoso possível, muitos pais assumem comportamentos em direção à busca de informações que confirmem suas crenças sobre a temática, e realizam a vacinação da forma como acreditam ser benéfica e menos traumática para a criança, ao usar artifícios que diminuem a sensação de dor ou adotar cronogramas alternativos para a aplicação das múltiplas vacinas recomendadas para a faixa etária.

A partir da exploração dos achados e associação com o MCAF, observamos que determinantes estruturais da família, como composição familiar, gênero, situação civil, níveis de escolaridade e socioeconômico atuam como facilitadores ou barreiras frente à vacinação infantil, na medida em que se relacionam com suas crenças. Da mesma forma, determinantes como a rotina familiar e os papéis parentais influenciam as crenças e determinam as atitudes dos pais no processo decisório.

Neste estudo, as famílias de ambos os grupos são formadas apenas por laços consanguíneos e apresentam funcionamento harmônico entre os integrantes. A atribuição de vacinar a criança é atribuída aos pais, mesmo naquelas famílias que possuem grande interação e apoio da família extensa. Nota-se o auxílio dos avós no processo vacinal, principalmente em relação aos cuidados pós vacinação, em famílias onde os pais são separados (M6 e P10). Apenas em um caso (M12), a avó materna das crianças desempenhava essa função em razão da mãe apresentar sentimentos de aversão a ambientes de saúde.

Quanto ao contexto familiar, observamos pais com maior nível educacional na área da saúde tendem a possuir conhecimento científico mais abrangente sobre vacinação, no entanto, mesmo neste grupo é possível identificar um histórico de atrasos, quando considerada a situação vacinal da criança. Essa evidência revela que o nível educacional dos pais predispõe a um conhecimento e atitudes positivas em relação a vacinação infantil, contudo não é o único ou o principal determinante. Esses pais relatam que o grande motivador dos atrasos vacinais foi o estado de saúde da criança no momento da vacinação, assim, acreditam que a aplicação das vacinas nesta situação pioraria o estado geral da criança.

De acordo com o Manual de Normas e Procedimentos para a Vacinação (2024), a vacinação deve ser adiada em três situações específicas: quando o indivíduo é usuário de dose imunossupressora de corticoide, devendo ser vacinado 90 dias após a suspensão ou o término do tratamento; quando o indivíduo necessita receber imunoglobulina, sangue ou hemoderivados, evitando a vacinação com vacinas de agentes vivos atenuados nas quatro semanas que antecedem e até 90 dias após o uso daqueles produtos; ou quando o indivíduo apresenta doença febril grave, não devendo ser vacinado até a resolução do quadro, para que os sinais e sintomas da doença não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos relacionados à vacina (Brasil, 2024c).

A crença parental resultante de um conhecimento equivocado, oriundo de uma falsa contraindicação por parte de profissionais de saúde ou familiares, é capaz de impedir que a vacinação ocorra de forma adequada. A orientação de que a vacinação deve ser adiada caso a criança não apresente completo bem-estar geral é motivo de atraso, principalmente entre os pais “vacinadores”. O relacionamento entre o profissional de saúde e a família, baseado na confiança, em que os pais acatam as recomendações, acrescido da percepção de que submeter seu filho à vacinação, estando ele fragilizado, acarreta maiores reações adversas, molda a conduta parental em relação à forma como o procedimento ocorrerá, em detrimento da atualização vacinal. Um atual estudo analítico transversal realizado na Índia, envolvendo 574 mães, identificou como razão para a hesitação vacinal, problemas de saúde com o filho em 11,67% das participantes, corroborando os achados da presente pesquisa (Goruntla *et al.*, 2023).

Já um estudo realizado na Turquia, em 2021, que buscava determinar as causas da recusa vacinal entre pais que recusavam ou adiavam a vacinação dos seus filhos demonstrou que o motivo da recusa mais comum entre os pais, que eram profissionais de saúde, foi o “medo dos

efeitos secundários de todas as vacinas” (62,5%) (Terzi; Gülen; Dündar, 2021), revelando que ter conhecimento não é o bastante para praticar a vacinação, e que as crenças parentais emergem como determinantes fundamentais dos comportamentos dos pais (Shajani; Snell, 2019).

Conforme o MCAF, a subcategoria da classe social é responsável por moldar os resultados educacionais, a renda e a ocupação. Cada classe, independente da sua classificação, apresenta valores, estilos de vida e comportamentos próprios que influenciam a interação da família e as práticas de cuidado da saúde. A classe social, portanto, é referida como o modelador fundamental dos valores e sistemas de crença (Shajani; Snell, 2019).

O acesso a vacinas pagas, determinado pelo poder aquisitivo dos pais, influencia a forma como as crianças são imunizadas, ao adotar o calendário nacional de imunização, proposto pelo PNI, ou o calendário seguido pelas clínicas privadas, orientado pela Sociedade Brasileira de Imunização (SBIM). Na medida em que os pais recebem a informação, por meio de amigos, sites ou profissionais, que podem ampliar a proteção dos seus filhos contra doenças potencialmente fatais, e contam com condições financeiras para isso, recorrem aos imunizantes particulares, porque acreditam que estarão diminuindo as chances de adoecimento da criança, principalmente quando estes são considerados mais debilitados em razão da prematuridade e/ou comorbidades.

Ainda em relação ao contexto vivenciado, os resultados desta pesquisa não revelaram impacto negativo da pandemia de COVID-19 no sistema de crença parental em relação às vacinas do calendário de “rotina”. Vale lembrar que as vacinas contra o COVID ainda não eram obrigatórias à época em que a pesquisa foi projetada. Os pais relatam que confiam mais nas vacinas de “rotina” do que nas de “campanha”, por perceberem as primeiras como mais seguras e eficazes no controle e erradicação de doenças imunopreveníveis. Contudo, outros estudos apontaram que a pandemia está associada à queda da cobertura vacinal no Brasil e no mundo (Procianoy *et al.*, 2022; Hasanah *et al.*, 2024).

Outra evidência não encontrada em nossa pesquisa foi a interferência negativa da religião dos pais na vacinação de seus filhos, diferentemente de estudos realizados em outros países, principalmente naqueles que professam o islamismo (Balgovind; Mohammadnezhad, 2022; Sapriadi *et al.*, 2022).

No que se refere aos papéis, este estudo evidenciou que a mulher, como mãe, apresenta o papel de buscar por informações confiáveis, em sites oficiais ou com profissionais de saúde,

sobre as vacinas e o processo de vacinação da criança, principalmente quando ela já possui algum conhecimento científico na área, realizando a tarefa de forma proativa. Cabe a ela, também, informar o companheiro sobre seus achados para que, juntos, decidam sobre a forma que vacinarão a criança, optando pelo melhor momento para a aplicação e tipo de vacina a ser dada, se pública ou privada. A confiança que o pai tem em sua esposa é reflexo da visão que ele apresenta sobre ela: alguém capacitado para esta função, pois saberia diferenciar as informações verdadeiras das “fake news”.

Já o papel do pai, na estrutura familiar, é visto como essencial no suporte emocional e instrumental da esposa e da criança. A sua presença torna a prática mais tranquila e segura, em especial, para aquelas mães que apresentam sentimentos aversos ao ambiente hospitalar, como medo de agulhas. Muitos pais também compartilham com as mães a função de cuidar da criança após a vacinação, em caso de reações adversas, e se programam para que possam desempenhar a vacinação em conjunto.

Ambos os papéis parentais são desempenhados em comum acordo, sem a presença de sobrecarga ou conflitos familiares. Conforme o MCAF, os papéis se referem aos padrões estabelecidos de comportamentos constantes dos membros da família em uma situação específica, que foram desenvolvidos mediante interações com os outros indivíduos (Shajani; Snell, 2019).

O funcionamento instrumental da família, que diz respeito às atividades rotineiras de vida diária, como trabalhar, levar os filhos a terapias diárias, realizar os afazeres domésticos, é encarado como barreira à vacinação infantil por algumas famílias, principalmente entre os pais “faltosos”, o que leva a atrasos vacinais importantes. Apesar de apresentarem uma atitude positiva em relação à vacinação, ou seja, acreditarem que esta política pública é importante por proporcionar proteção aos seus filhos contra doenças potencialmente perigosas, nem todos reproduzem seu discurso na prática. Isto pode ser confirmado por meio da análise de algumas falas, ao considerarem os atrasos como eventos não graves e sem repercussão para a manutenção da saúde de seus filhos.

De acordo com Green (1991), as atitudes em relação a um objeto podem assumir a forma de sentimentos de apoio e de falta de apoio em relação a ele. A atitude positiva, baseada no sistema de crenças favoráveis dos pais onde os benefícios da vacinação superam as possíveis reações adversas, pode ser um fator predisponente à vacinação infantil, contudo, outros

condicionantes impedem que ela seja posta em prática em tempo oportuno, resultando em calendários vacinais atrasados.

Um recente estudo qualitativo envolvendo 41 pais de crianças entre 24 e 48 meses identificou, assim como a presente pesquisa, que as circunstâncias pessoais parentais também consistiam em uma importante barreira à completude do estado vacinal infantil. De maneira similar, nos grupos focais, muitos participantes relataram ter vidas caóticas e disseram que era difícil lembrar ou se organizar para levar os filhos para serem vacinados (Hsu *et al.*, 2023).

O fato de alguns pais não priorizarem a vacinação dos filhos dentre os diversos compromissos que possuem, aliado à falta de esclarecimento profissional sobre os riscos do atraso vacinal, pode significar uma falsa percepção de que a criança não se encontra em perigo. Desta forma, pode-se dizer que as vacinas se tornaram vítimas de seu próprio sucesso e alcançaram o chamado “paradoxo epidemiológico”, em que o controle das doenças imunopreveníveis cria uma sensação de segurança, já que a doença não representa mais um risco iminente de adoecimento e morte (Matos; Couto, 2023). Os sentimentos narrados por esses pais como medo, remorso e irresponsabilidade diante do atraso vacinal de seu filho estão mais relacionados à crença da vacinação como dever parental, culturalmente disseminado através das gerações nas famílias, do que na forma como eles realmente percebem esses atrasos, do contrário, as sensações sentidas impulsionariam os genitores a manterem o calendário vacinal atualizado.

Com o estabelecimento de uma cultura da imunização nacional, as vacinas passaram a integrar o cotidiano das pessoas e foram naturalizadas como elemento nuclear e “automático” do cuidado parental (Hochman, 2011). Contudo, esta cultura que alicerça a crença da vacinação como um papel dos pais (crença facilitadora), por si só, não é forte o bastante para estimular seu comportamento em evitar o retardo da vacinação. Outros estudos, da mesma forma, demonstraram a presença da “responsabilidade parental” entre aqueles que se definem como fortemente favoráveis à vacinação (Couto; Barbieri, 2015; Mcneil *et al.*, 2019).

Segundo Notoatmodjo (2007), uma atitude não se concretiza automaticamente em uma ação (comportamento), pois para transformar atitude em hábito é preciso um fator de apoio ou uma condição que a torne viável, como facilidades e suporte vindos de outras partes. Neste sentido, as sugestões dos pais para mantê-los constantemente em alerta, por meio de lembretes, do acompanhamento das ESF junto às famílias e da comunicação sobre a temática de forma

repetida e difundida entre os serviços de saúde, ganham notoriedade, representando apoios governamentais factíveis que auxiliariam no fortalecimento da prática.

As crenças parentais identificadas nesta pesquisa, giram em torno da sua definição, incluindo benefícios e consequências; do seu significado diante da dor que provoca na criança/família; do papel dos pais no processo; do relacionamento com os profissionais de saúde e com o uso do serviço de vacinação.

Ao relacionarmos a matriz de determinantes da hesitação vacinal (Macdonald, 2015), que descreve três domínios de influência sobre a decisão parental (contextuais, individuais e específicos da vacina), percebemos que as crenças se destacam como pilar fundamental ao delinear o comportamento dos pais em relação à vacinação infantil, facilitando a prática ou limitando-a, seja de forma direta ou indireta, ao ser impactada por questões estruturais, como fatores socioeconômicos e de gênero, à semelhança do MCAF.

O profissional de saúde, no papel de influenciador comportamental dos pais, a depender de sua conduta, pode reafirmar crenças parentais constrangedoras ou facilitadoras, e ainda propor novas crenças e ideias. A atitude profissional em apoiar pais que são temerosos em aceitar a vacinação simultânea, reforçando a percepção de que esta estratégia é geradora de extremo sofrimento para a criança e família (crenças constrangedoras), podendo ser evitada, coloca o esquema vacinal proposto pelo PNI em cheque, na medida em que é criado um calendário próprio a ser seguido pela criança, dificultando ainda mais a sua completa imunização em tempo oportuno. Desta forma, a concepção de cuidado e proteção direciona a decisão de todos os pais e mães, contudo, o que a diferencia é o seu significado: para alguns, cuidar e proteger é vacinar (crença favorável), apesar do sofrimento sentido pelo filho/família; já para outros, cuidar e proteger é individualizar o calendário vacinal da criança de acordo com suas necessidades, proporcionando o mínimo de desconforto possível (Couto; Barbieri, 2015).

Nesse sentido, as evidências vão ao encontro da importância do profissional de saúde como agente transformador dos comportamentos parentais. A partir de abordagens baseadas em evidências, abertas a questionamentos, acolhedoras e que transmitam segurança e confiança, este ator pode influenciar a família a adquirir novos costumes, não só direcionados à doença, mas também à promoção e prevenção à saúde, como é o caso da vacinação infantil.

O Modelo Calgary de Intervenção Familiar (MCIF), que realiza a intersecção dos domínios de funcionamento com as intervenções familiares, pode auxiliar na atuação do enfermeiro junto à família no contexto da hesitação vacinal (Shajani; Snell, 2019).

Com o foco na promoção, na melhora e na sustentação de um funcionamento familiar eficaz, o modelo envolve três domínios: o cognitivo (em que o enfermeiro pode dar informações, opiniões e novas ideias), o afetivo (em que o enfermeiro atua visando diminuir ou aumentar emoções intensas que podem estar impedindo as tentativas da família de solucionar problemas) e o comportamental (em que o enfermeiro ajuda os membros a interagir entre si, buscando alterar o seu comportamento e as suas relações).

De acordo com os autores, a alteração em um domínio específico pode afetar os demais, além de acreditarem que as mudanças mais notáveis em uma família são aquelas que envolvem seu sistema de crenças (domínio cognitivo) (Shajani; Snell, 2019).

O método, portanto, propõe que o enfermeiro, por meio de encontros terapêuticos na atenção primária, possa elaborar, em conjunto com a família, os melhores “ajustes” no domínio de funcionamento familiar que, predominantemente, necessita de mudança, não se constituindo, assim, em uma lista de intervenções de enfermagem. O termo “ajuste” é empregado, neste caso, diante da possibilidade de uma intervenção efetuar, ou não, uma mudança no problema apresentado.

Este trabalho identificou a fragilidade da atenção primária no alcance a populações de diferentes camadas socioeconômicas. Ao demonstrar que apenas o serviço de vacinação é frequentado pela maioria dos participantes, esta pesquisa traz à tona a problemática que envolve a cobertura deficitária das ESF na região estudada, onde aqueles que possuem acesso à saúde privada não encontram espaços de interação com os profissionais do SUS, responsáveis por atuar como educadores em saúde coletiva.

O estudo tem como principal limitação a abordagem, em sua maioria, de pais de nível superior e de classe socioeconômica média. Portanto, recomenda-se estudos que abordem concepções e atitudes de pais com menor escolaridade e renda, que dependam e utilizem exclusivamente o SUS para obter-se um panorama mais amplo e inferências sobre o quanto esses determinantes podem, de fato, influenciar crenças, decisões e proteção/promoção da saúde infantil.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstrou a influência do sistema de crenças nos sentimentos e nas atitudes dos pais sobre vacinar ou não seus filhos e a forma como a prática será realizada, a partir dos comportamentos que são moldados diretamente por ele.

A partir do uso do MCAF, foi possível relacionar os determinantes estruturais internos, como a composição familiar; externos, como a família extensa; e o contexto, como a classe social, ao processo decisório dos pais. Os determinantes funcionais expressivos da família, que são aqueles que estão relacionados às crenças, por sua vez, foram mais explorados.

Em relação às crenças, foi percebido que podem ser tanto constrangedoras quanto facilitadoras no processo de vacinação. No primeiro caso, elas são influenciadas pela falta ou inadequação de orientações profissionais sobre as verdadeiras contraindicações; ou por experiências pessoais prévias envoltas em sentimentos desagradáveis que relacionam o ato de vacinar a sofrimento e medo. No segundo caso, os pais acreditam no papel protetor da vacinação por observarem o seu sucesso na eliminação e controle de doenças imunopreveníveis ao longo dos anos e por terem segurança na evolução científica nesta área.

Destaca-se a importância do enfermeiro como propulsor de novas ideias, pensamentos e crenças, junto à família, em direção a mudanças comportamentais que levem a vacinação a ser realizada nos moldes das recomendações no PNI.

O MCIF pode auxiliar o profissional na elaboração dessas condutas. O método indica, como uma das intervenções mais efetiva, apesar de simples, o uso de perguntas de intervenção. A partir delas, o enfermeiro busca por explicações dos problemas, revelando a compreensão da família sobre eles, ao mesmo tempo que promove novas conexões cognitivas em direção a comportamentos familiares diferentes.

Além das perguntas, o método sugere também outras formas de intervenção, como elogiar as forças da família e de seus membros, e oferecer informações e opiniões como intervenções no domínio cognitivo, com o objetivo de alterar a maneira na qual uma família encara os problemas de saúde, de forma que os seus integrantes possam construir novas respostas para esses entraves.

Sugere-se o estudo de estratégias que visem a ampliação da cobertura das ESF para além das populações rotineiramente assistidas, englobando aqueles que usam o sistema privado de

saúde para que a sensibilização e a educação em saúde possam acontecer com vistas à diminuição da hesitação vacinal entre os pais e, conseqüentemente, aumento das coberturas vacinais.

REFERÊNCIAS

BALGOVIND, P.; MOHAMMADNEZHAD, M. Factors affecting childhood immunization: thematic analysis of parents and healthcare workers's perceptions. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, London, v. 18, n. 6, p. 1-15, nov. 2022.

BETSCH, C.; SCHMID, P.; HEINEMEIER, D.; KORN, L.; HOLTSMANN, C.; BÖHM, R. Beyond confidence: development of a measure assessing the 5c psychological antecedents of vaccination. **Plos One**, Bethesda, v. 13, n. 12, dez. 2018.

BRASIL. **Lei nº 6259, de 30 de outubro de 1975**. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1975.

BRASIL. **Decreto nº 78237, de 12 de agosto de 1976**. Regulamenta a lei 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1976.

BRASIL. **Manual de Procedimentos para Vacinação**. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Nota Técnica nº 118/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-118-2023-cgici-dpni-svsa-ms/view>. Acesso em: 25 maio 2024.

BRASIL. **Calendário de Vacinação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>. Acesso em: 24 ago. 2024.

BRASIL. **Instrução normativa do calendário nacional de vacinação 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b.

BRASIL. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024c.

BRASIL. **Decreto nº 12.064, de 17 de junho de 2024**. Regulamenta o Programa Bolsa Família, instituído pela Lei nº 14.601, de 19 de junho de 2023, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2024d.

BRASIL. **Coberturas Vacinais: Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde 2024e. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/content/Default/Cobertura%20Vacinal%202022-2023_240423_200652.pdf. Acesso em: 12 mar. 2024.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 20, n. 1, p. 105-114, jan. 2015.

DESANTANA, J. M.; PERISSINOTTI, D. M.; OLIVEIRA JUNIOR, J. O.; CORREIRA, L. M.; OLIVEIRA, C. M.; FONSECA, P. Definition of pain revised after four decades. **Brazilian Journal Of Pain**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 197-198, 2020.

DISTRITO FEDERAL. **Indicadores de Imunização 2023**. Brasília, DF: Governo do Distrito Federal, 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Informe+final+imuniza%C3%A7%C3%A3o+2023+SES-DF.pdf/eff5a433-dae-ad42-fc50-8169cd58317a?t=1720466010819>. Acesso em: 1 fev. 2024.

DISTRITO FEDERAL. **Busca Saúde UBS**. Brasília, DF: Secretaria da Saúde do Distrito Federal, 2024a. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/busca-saude-ubs/>. Acesso em: 14 ago. 2024.

DISTRITO FEDERAL. **Imunização (vacinação)**. Brasília, DF: Secretaria da Saúde do Distrito Federal, 2024b. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/imunizacao-vacinacao>. Acesso em: 10 set. 2024.

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

DUBÉ, E.; GAGNON, D; NICKELS, E.; JERAM, S.; SCHUSTER, M. Mapping vaccine hesitancy—Country-specific characteristics of a global phenomenon. **Vaccine**, Bethesda, v. 32, n. 49, p. 6649-6654, nov. 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, fev. 2011.

FONTES, V. S. *et al.* Pain relief strategies during immunization. **Brazilian Journal Of Pain**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 270-273, 2018.

GARCIA, E. M.; SOUZA, E. L.; MATOZINHOS, F. P.; SILVA, T. M. R.; WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Associated factors with vaccine hesitancy in mothers of children up to two years old in a Brazilian city. **Plos Global Public Health**, San Francisco, v. 3, n. 6, p. 1-26, jun. 2023.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. *In*: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

GORUNTLA, N.; AKANKSHA, K.; LALITHAASUDHAA, K.; PINNU, V.; JINKA, D.; BHUPALAM, P.; DONIPARTHI, J. Prevalence and predictors of vaccine hesitancy among mothers of under-five children: a hospital-based cross-sectional study. **Journal Of Education And Health Promotion**, California, v. 12, n. 1, p. 1-12, jan. 2023.

GOWDA, C.; DEMPSEY, A. F. The rise (and fall?) of parental vaccine hesitancy. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, London, v. 9, n. 8, p. 1755-1762, ago. 2013.

GREEN, L. **Planejando a promoção da saúde e uma abordagem educacional e ambiental**. Nova York: Mayfield Publishing Company, 1991.

GUST, D. A.; DARLING, N.; KENNEDY, A.; SHWARTZ, B. Parents With Doubts About Vaccines: which vaccines and reasons why. **Pediatrics**, Bethesda, v. 122, n. 4, p. 718-725, out. 2008. HASANAH, A.; REMI, S.; KHARISMA, B.; ADAM, A. M.; SETIAWAN, M. Delayed Immunization and Health of Children below 5yo during COVID-19 Pandemic. **Universal Journal Of Public Health**, San Jose, v. 12, n. 1, p. 72-82, fev. 2024.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 16, n. 2, p. 375-386, fev. 2011.

HSU, C.; EVERS, S.; IBRAHIM, A.; PATRICIA, M.; THRONE, P.; MELTON, M.; MARCUSE, E. K.; ALI, A.; DUNN, J.; HOFSTETTER, A. M. Sometimes Your Heart Says 'I Don't Know': insights from parents of undervaccinated children. **Academic Pediatrics**, Bethesda, v. 23, n. 1, p. 57-67, jan. 2023.

LARSON, H. J.; JARRETT, C.; ECKERSBERGER, E.; SMITH, D. M. D.; PATERSON, P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. **Vaccine**, Bethesda, v. 32, n. 19, p. 2150-2159, abr. 2014.

LIMA, M. M. O.; SILVEIRA, A. O.; AURELIANO, A. P. S. C.; ROCHA, H. C. C.; MOURA, L. M.; SANTOS, S. R. Parents' or legal guardians' beliefs and attitudes about childhood vaccination: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 77, n. 4, p. 1-9, jan. 2024.

MAAYAN-METZGER, A.; KEDEM-FRIEDRICH, P.; KUINT, J. To vaccinate or not to vaccinate—that is the question: why are some mothers opposed to giving their infants hepatitis b vaccine? **Vaccine**, Bethesda, v. 23, n. 16, p. 1941-1948, mar. 2005.

MACDONALD, N. E. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**, Bethesda, v. 33, n. 34, p. 4161-4164, ago. 2015.

MAIA, M. L. S.; OLIVEIRA, P. M. N.; BRUM, R. C.; LIGNANI, L. K.; FIGUEIRA, J. T. O. Pesquisa clínica para o Programa Nacional de Imunizações. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 1-9, 2020.

MATOS, C. C. S. A.; COUTO, M. T. Hesitação vacinal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 3128, abr. 2023.

MCNEIL, D. A.; MUELLER, M.; MACDONALD, S.; SAINI, V.; KELLNER, J. D.; TOUGH, S. Maternal perceptions of childhood vaccination: explanations of reasons for and against vaccination. **Bmc Public Health**, Berlim, v. 19, n. 1, jan. 2019.

MINAKAWA, M. M.; FRAZÃO, P. The Trajectory of Brazilian Immunization Program between 1980 and 2018: from the virtuous cycle to the vaccine coverage decline. **Vaccine**, Bethesda, v. 11, n. 7, p. 1189, jul. 2023.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

NASCIMENTO, L. M. D.; ARAÚJO, A. C. M.; SOUZA, P. C. A.; MATOZINHOS, F. P.; SILVA, T. P. R.; FERNANDES, E. G. Estratégia do Ministério da Saúde do Brasil para aumento das coberturas vacinais nas fronteiras. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 48, p. 1, 29 abr. 2024.

NOTOATMODJO, S. **Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku**. Jakarta: PT Rineka Cipta, 2007.

OPEL, D. J.; TAYLOR, J. A.; MANGIONE-SMITH; SOLOMON, C.; ZHAO, C.; CATZ, S.; MARTIN, D. Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parentes. **Vaccine**, Bethesda, v. 29, n. 38, p. 6598-6605, 2011.

PÉRCIO, J.; FERNANDES, E. G.; MACIEL, E. L.; LIMA, N. V. T. 50 anos do Programa Nacional de Imunizações e a Agenda de Imunização 2030. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 1-13 2023.

PINELLI, N. Maioria dos municípios brasileiros não atingiu a meta de cobertura para vacinas do calendário infantil em 2023. **Butantan**. São Paulo, 23 fev. 2023. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/maioria-dos-municipios-brasileiros-nao-atingiu-a-meta-de-cobertura-para-vacinas-do-calendario-infantil-em-2023>. Acesso em: 30 ago. 2024.

PROCIANOY, G. S.; ROSSINI JUNIOR, F.; LIED, A. F.; JUNG, L. F. P. P.; SOUZA, M. C. S. C. *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 27, n. 3, p. 969-978, mar. 2022.

ROSA, I. T.; ROSSATO, L. M.; GUEDES, D. M. B.; FOGAÇA, V. D.; DOMINGUES, F.; SILVA, L. Crenças, conhecimento, ações de técnicas de enfermagem na amamentação no manejo da dor na imunização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 6, p. 1-9, jan. 2022.

SATO, A. P. S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, p. 1-9, nov. 2018.

SAPRIADI, S.; KASNAWI, T.; SYUKUR, M.; KAMARUDDIN, S. A. Factors Related to the Parental Decision in Conducting Measles-Rubella Vaccination to the Children in South Sulawesi, Indonesia. **Universal Journal Of Public Health**, San Jose, v. 10, n. 5, p. 448-454, out. 2022.

SATO, A. P. S. Pandemia e coberturas vacinais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, p. 1-8, 15 dez. 2020.

SHAJANI, Z.; SNELL, D. **Wright & Leahey's Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 7. ed. Filadélfia: FA Davis, 2019.

SILVEIRA, A. S. A.; SILVA, B. M. F.; PERES, E. C.; MENEGHIN, P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 299-305, jun. 2007.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 44, p. 1-8, jan. 2020.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 601-617, 2003.

TERZI, Ö.; GÜLEN, E. N.; DÜNDAR, C. The causes of parental vaccine refusal: results of a survey from giresun, turkey. **The Turkish Journal Of Pediatrics**, Sıhhiye, v. 63, n. 4, p. 618-625, ago. 2021.

UNICEF. Brasil avança na imunização infantil e sai da lista dos países com mais crianças não vacinadas no mundo, revelam UNICEF e OMS. **UNICEF**. Brasília, 15 jul. 2024. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/brasil-avanca-na-imunizacao-infantil-e-sai-da-lista-dos-paises-com-mais>. Acesso em: 26 ago. 2024.

WRIGHT, L. M.; WATSON, W. L.; BELL, J. M. **Beliefs: the heart of healing in families and illness**. Nova York: Basic Books, 1996.

**APÊNDICE A – PERGUNTAS NORTEADORAS UTILIZADAS NAS ENTREVISTAS
COM OS PAIS**

1. Conte-me o que o (a) senhor (a) pensa sobre a vacinação do seu (sua) filho (a) menor de 5 anos?
2. O que você pensa ou sabe sobre as consequências da vacinação ou da não vacinação?
3. Onde o senhor (a) busca informações sobre vacinas ou vacinação de crianças?
4. O senhor (a) já buscou profissionais de saúde para esclarecer dúvidas ou solicitar informações sobre a vacinação do (s) seu (s) filhos (as)? Qual profissional buscou? Qual o tipo de informação estava procurando? E como essas necessidades foram acolhidas pelo profissional?
5. Descreva-me como tem sido sua interação com os profissionais que atuam na sala de vacina? (Fazem alguma orientação? Sobre o que conversam? Como é desde a recepção? Como o profissional prepara a família/criança para o momento?)
6. Quem na família tem a atribuição de levar a criança para vacinar? Como isso foi decidido e definido por vocês?
7. Você deixou de vacinar seu filho (a) alguma vez ou deixou de aplicar alguma vacina? Conte-me como foi isso e o motivo? Você considera que isso gerou um atraso na vacinação?
8. Há algo que você queira acrescentar antes de terminarmos a entrevista?

**ANEXO B – 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: As percepções de familiares sobre a vacinação infantil e suas implicações

Pesquisador: MARIANA MESQUITA DE OLIVEIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66520523.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.979.035

Apresentação do Projeto:

Conforme documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2068477.pdf", postado em 27/02/2023:

"Desenho:

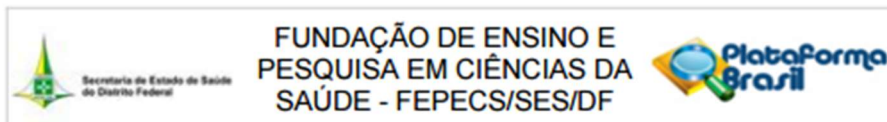
Pesquisa de desenho transversal, descritiva e de abordagem qualitativa."

"Resumo:

Introdução: A vacinação infantil é vista como uma das maiores realizações à saúde pública no Brasil. Apesar de ser um procedimento rotineiro dentro das milhares de salas de vacinas espalhadas pelo país, torna-se complexo quando analisado pela perspectiva dos familiares e/ou principais cuidadores das crianças. Os efeitos adversos reais ou potenciais causados pela aplicação das vacinas nas crianças, principalmente nos primeiros anos de vida, somados às crenças e conhecimentos parentais, são vistos como entraves para o êxito do Programa Nacional de Imunização (PNI). **Objetivo:** Descrever as crenças, os conhecimentos, percepções e sentimentos de familiares sobre a vacinação infantil e identificar as influências na tomada de decisão e na situação vacinal e de saúde da criança. **Material e Métodos:** Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, realizado por meio de entrevistas abertas semiestruturadas, submetidas à Análise de Conteúdo, direcionadas aos familiares de crianças menores de cinco anos. **Resultados esperados:** Espera-se

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 C – PARECER CONSUBSTANCIADO - COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP) DA FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE – FEPECS**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As percepções de familiares sobre a vacinação infantil e suas implicações

Pesquisador: MARIANA MESQUITA DE OLIVEIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66520523.0.3001.5553

Instituição Proponente: DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.100.328

Apresentação do Projeto:

1. Tipo de Projeto: TCC de pós-graduação do Mestrado/Doutorado de outra instituição

2. Instituição Proponente: Universidade de Brasília

3. Trata-se de um Estudo Multicêntrico?

() Sim (x) Não

4. Se Multicêntrico, qual a origem? não se aplica

() Nacional () Internacional

5. Se Internacional, qual o país de origem da Pesquisa? não se aplica

6. A pesquisa é patrocinada ou de financiamento próprio?

() Patrocinada (x) Financiamento Próprio

7. Se for pesquisa patrocinada, citar o(s) patrocinador (es): não se aplica

8. Qual o tamanho da amostra a ser estudada na SES-DF?

Endereço: SMHN 03, Conjunto A, Bloco 1, Edifício FEPECS, Térreo, Sala CEP
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-907
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)2017-1145 E-mail: cep@fepecs.edu.br

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto “As percepções de familiares sobre a vacinação infantil e suas implicações”, sob a responsabilidade do pesquisador(a) Mariana Mesquita de Oliveira Lima, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Enfermagem Da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UnB.

O nosso objetivo é conhecer os sentimentos e as percepções dos familiares e/ou principais cuidadores de crianças menores de cinco anos de idade, quanto ao processo de vacinação; investigar e compreender o significado e a importância da imunização para eles, além de relacionar as implicações dessas percepções identificadas com a queda da cobertura vacinal infantil vivenciada nos últimos anos.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de entrevista aberta semiestruturada, em local privativo da Sala de Vacinação de Águas Claras, antes ou depois de a criança ser vacinada, com tempo médio estimado de vinte minutos para sua realização. Para fins de autenticidade das falas na análise, as entrevistas serão gravadas em áudio após autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Cessão de Uso de Imagem e/ou Voz para fins Científicos e Acadêmicos.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são o surgimento de sentimentos negativos relacionados a memórias sobre as experiências pregressas de vacinação infantil, caso isso ocorra e identificada a necessidade de suporte, será encaminhado ao serviço de referência (Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família - NASF) da unidade. **Outros riscos**

potenciais oriundos da pesquisa com seres humanos são os associados à perda do sigilo e ao anonimato dos participantes de pesquisa. Contudo, o pesquisador identificará as entrevistas com numerações de acordo com a sequência dos entrevistados (ex.: E1, E2, E3, etc.) com o intuito de assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da identidade, da imagem e a não-estigmatização dos participantes da pesquisa.

Se você aceitar participar, contribuirá para a melhor compreensão dos fatores que influenciam a hesitação vacinal infantil, das lacunas e das necessidades de intervenções educativas com potencial de contribuição para a melhoria dos indicadores de vacinação e saúde da criança.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). O seu tratamento seguirá de acordo com o previsto em protocolos da instituição, de forma gratuita, pelo tempo que for necessário, caso não concorde ou desista de participar da pesquisa.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

O(A) Senhor(a) pode pensar o tempo que for necessário se deseja ou não participar desta pesquisa, inclusive pode levar este documento para sua casa, para poder decidir.

As despesas relacionadas com a participação (ressarcimento) serão absorvidas integralmente pelo orçamento da pesquisa. Ressaltamos que, quando o tempo de espera para a vacinação e o tempo de entrevista for superior a três horas, será oferecida água e lanche para a criança e seu responsável no local, custeadas pelo pesquisador responsável.

O(A) Senhor(a) tem direito a buscar indenização em caso de danos provocados pela pesquisa, ainda que sejam danos não previstos na mesma, porém a ela relacionados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, localizada no campus Darcy Ribeiro, região administrativa da Asa Norte, Brasília-DF podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: a pesquisadora Mariana Mesquita de Oliveira Lima e/ou Aline Oliveira Silveira, orientadora da pesquisa, na Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde, e-mail: mmos.df@gmail.com ou alinesilveira@unb.br e no telefone (61) 99901-4858 ou (61) 3256-9609 no horário de 8h às 18h, disponível inclusive para ligação a cobrar.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF (CEP/FEPECS). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser encaminhadas ao CEP/FEPECS por e-mail: cep@fepecs.edu.br ou por contato telefônico: (61) 2017 1145 ramal 6878.

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante/responsável legal

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Mariana Mesquita de Oliveira Lima e a outra com o Senhor(a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de ____ de ____

**ANEXO E – TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ PARA FINS
CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS**



Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

(PPGEnf)

**TERMO DE CESSÃO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ
PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS**

Protocolo de Pesquisa, CAAE (66520523.0.0000.0030), CEP/FS-UnB, aprovado em (03 de abril de 2023).

Por _____ meio _____ deste _____ termo,
(cpf _____),

participante do estudo “ As percepções de familiares sobre a vacinação infantil e suas implicações”, de forma livre e esclarecida, cede o direito de uso das fotografias, vídeos e/ou voz adquiridos durante a realização do tratamento clínico a que foi submetido ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior, e autoriza o(s) pesquisador(es), Mariana Mesquita de Oliveira Lima, cpf 035778111-29, matrícula 222113641, vinculada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, responsável(is) pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular as fotografias, vídeos e/ou voz obtidas durante seu tratamento clínico ou durante sua participação em estudo/pesquisa anterior na(o) *dissertação de mestrado* para fim de obtenção de grau acadêmico (e/ou divulgação científica), sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo, garantida a ocultação de identidade (mantendo-se a confidencialidade e a privacidade das informações), inclusive, mas não restrito a ocultação da face e/ou dos olhos, quando possível;

(b) veicular as fotografias, vídeos e/ou voz acima referidas na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página web da biblioteca (repositório) da Universidade de Brasília – UnB, ou seja, na internet, assim tornando-as públicas;

(c) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar as fotografias, vídeos e/ou voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

(e) no caso de imagens, executar livremente a montagem das fotografias, realizando cortes e correções de brilho e/ou contraste necessários, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida;

PARTICIPANTE DO ESTUDO**CPF:**

(f) no caso da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, assim como de gravações, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

O participante declara que está ciente que não haverá pagamento financeiro de qualquer natureza neste ou em qualquer momento pela cessão das fotografias, dos vídeos e/ou da voz, e que está ciente que pode retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma, salvo os materiais científicos já publicados.

É vedado ao(s) pesquisador(es) utilizar as fotografias, os vídeos e/ou a voz para fins comerciais ou com objetivos diversos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira. O(s) pesquisador(es) declaram que o presente estudo/pesquisa será norteado pelos normativos éticos vigentes no Brasil.

Concordando com o termo, o participante de pesquisa e o(s) pesquisador(es) assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse do pesquisador responsável e outra com o participante.

Local e data

PESQUISADOR RESPONSÁVEL**CPF:**

PESQUISADOR**CPF:**

PARTICIPANTE DO ESTUDO**CPF:**

ANEXO F – ARTIGO “CRENÇAS E ATITUDES DE PAIS OU RESPONSÁVEIS LEGAIS SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL: REVISÃO DE ESCOPO”



REVISÃO

Crenças e atitudes de pais ou responsáveis legais sobre a vacinação infantil: revisão de escopo

Parents' or legal guardians' beliefs and attitudes about childhood vaccination: a scoping review
Creencias y actitudes de padres o tutores legales sobre la vacunación infantil: revisión del alcance

Mariana Mesquita de Oliveira Lima¹
 ORCID: 0000-0002-0670-7782

Aline Oliveira Silveira²
 ORCID: 0000-0003-4470-7529

Ana Paula Sarmiento Charão Aureliano¹
 ORCID: 0000-0001-9358-2174

Hellen Cristina Costa Rocha¹
 ORCID: 0009-0002-5867-7826

Luciana Melo de Moura¹
 ORCID: 0000-0002-4514-2171

Sammya Rodrigues dos Santos¹
 ORCID: 0009-0004-4981-4475

¹Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil.
²Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil.

Como citar este artigo:
 Lima MMO, Silveira AO, Aureliano APSC, Rocha HCC, Moura LM, Santos SR. Parents' or legal guardians' beliefs and attitudes about childhood vaccination: a scoping review. Rev Bras Enferm. 2024;77(4):e20240126. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0126pt>

Autor Correspondente:
 Mariana Mesquita de Oliveira Lima
 E-mail: mmos.df@gmail.com



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
 EDITOR ASSOCIADO: Priscilla Broca

Submissão: 24-02-2024 **Aprovação:** 24-05-2024

RESUMO

Objetivo: mapear as evidências científicas acerca das percepções, crenças, conhecimentos e atitudes de pais ou responsáveis legais de crianças menores de 5 anos quanto à vacinação infantil de rotina. **Métodos:** revisão de escopo, conduzida de acordo com o referencial do JBI. As buscas foram realizadas nas bases PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus e LILACS. Retornaram 5.535 estudos e foram selecionados 77, que atenderam aos critérios de inclusão. **Resultados:** percepções relacionadas à interação com os profissionais e serviços de saúde, com a organização e estrutura familiar, com a interação social e políticas públicas, crenças culturais, religiosas e pessoais, conhecimentos sobre o calendário vacinal, o processo de vacinação e imunização e fontes de informação são os principais fatores mapeados e que podem influenciar positiva ou negativamente a atitudes dos pais ou responsáveis legais em vacinar crianças. **Conclusões:** os achados permitem identificar fatores relacionados à percepção e crenças dos pais sobre vacinação infantil. **Descritores:** Vacinação; Programas de Imunização; Tutores Legais; Pais; Pré-Escolar.

ABSTRACT

Objective: to map scientific evidence about perceptions, beliefs, knowledge and attitudes of parents or legal guardians of children under 5 years of age regarding routine childhood vaccination. **Methods:** a scoping review, conducted in accordance with the JBI framework. The searches were carried out in the PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus and LILACS databases. A total of 5,535 studies were returned and 77 were selected, which met the inclusion criteria. **Results:** perceptions related to interaction with healthcare professionals and services, with family organization and structure, with social interaction and public policies, cultural, religious and personal beliefs, knowledge about vaccination schedule, vaccination and immunization process and sources of information are the main factors mapped and which can positively or negatively influence parents' or legal guardians' attitudes towards vaccinating children. **Conclusions:** the findings allow us to identify factors related to parents' perception and beliefs about childhood vaccination. **Descriptors:** Vaccination; Immunization Programs; Legal Guardians; Parents; Child, Preschool.

RESUMEN

Objetivo: mapear la evidencia científica sobre las percepciones, creencias, conocimientos y actitudes de padres o tutores legales de niños menores de 5 años respecto de la vacunación infantil rutinaria. **Métodos:** revisión del alcance, realizada de acuerdo con el marco del JBI. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Web of Science, Scopus y LILACS. Se devolvieron 5.535 estudios y se seleccionaron 77, que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** percepciones relacionadas con la interacción con los profesionales y servicios de salud, con la organización y estructura familiar, con la interacción social y las políticas públicas, creencias culturales, religiosas y personales, el conocimiento sobre el calendario de vacunación, el proceso de vacunación e inmunización y las fuentes de información son los principales factores mapeados y que pueden influir positiva o negativamente en las actitudes de los padres o tutores legales hacia la vacunación de los niños. **Conclusiones:** los hallazgos permiten identificar factores relacionados con la percepción y creencias de los padres sobre la vacunación infantil. **Descritores:** Vacunación; Programas de Inmunización; Tutores Legales; Padres; Preescolar.

INTRODUÇÃO

A vacinação é consagrada como uma das tecnologias essenciais que contribui para proteger a saúde e aumentar a esperança de vida ao nascer. Reconhece-se que, com exceção da água potável, nenhuma outra medida teve um impacto semelhante na redução da morbimortalidade da população quanto às vacinas⁽¹⁾. No entanto, o atraso, a recusa, ou a aplicação de doses parciais da vacina por parte dos pais são um problema significativo de saúde pública que ameaça a imunidade alargada e causa elevada morbidade e mortalidade⁽²⁾. Apesar dos reconhecidos benefícios, o alcance de altas e homogêneas coberturas vacinais nos territórios são aspectos desafiadores e envolvem o enfrentamento dos determinantes da hesitação vacinal⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 2019, a hesitação vacinal como um dos principais fatores de ameaça à saúde global⁽⁴⁾. Esse fenômeno pode ser descrito como a relutância ou a recusa em vacinar-se, apesar da disponibilidade das vacinas⁽⁵⁾. O indivíduo que hesita pode apresentar rejeição total, aceitação tardia ou acompanhada de dúvidas sobre o processo⁽⁶⁾. Essa problemática pode ser influenciada e aumentada por fatores como diminuição da confiança no processo de vacinação, subestimação dos riscos associados a doenças evitáveis por vacinação, além da acessibilidade e qualidade limitadas dos serviços⁽³⁾.

As crenças dos pais ou responsáveis legais são um fator interveniente importante no processo de tomada de decisão relacionada à vacinação infantil. Elas são individuais e cada pessoa tem seu próprio sistema internalizado, baseado em sua história genética e social, nas interações com outras pessoas e com o meio ambiente. Nas interações, ocorrem o surgimento, o refinamento, a solidificação, a confirmação e o desafio das crenças. Elas são moldadas e substancialmente alteradas por meio das interações com os outros e consigo mesmo, de acordo com o contexto em que se vive⁽⁶⁾. Nesse sentido, as crenças distinguem e unem as pessoas, pois, mediante a convivência, influenciam uns aos outros e, quando partilhadas, conferem identidade às famílias e comunidades⁽⁷⁾.

As crianças são mais vulneráveis e dependentes da atitude e da ação dos pais ou responsáveis legais para terem acesso à vacinação. Contudo, esses, a depender das crenças internalizadas, podem hesitar e colocar em risco suas vidas, desenvolvimento e saúde a curto, médio e longo prazo, expondo-as a diferentes doenças e agravos para os quais as vacinas são indicadas⁽⁸⁾.

Os dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) destacam que uma em cada cinco crianças em todo o mundo está com dose zero ou subvacinada, o que demonstra que a manutenção de altas taxas de cobertura vacinal no público infantil é um grande e complexo desafio mundial⁽⁹⁾. A Agenda de Imunização 2030 (IA, 2030), definida pela OMS, estabelece uma visão e estratégia globais ambiciosas e abrangentes para vacinas e imunização para a década 2021–2030. Os objetivos da IA 2030 foram concebidos para inspirar ações de implementação e apoiar esforços para melhorar a segurança sanitária, a cobertura universal de saúde, o acesso e a equidade na imunização e na inovação⁽¹⁰⁾. Essa estratégia desempenha um papel fundamental na concepção dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), especialmente o ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Devido à essencialidade da vacinação para a saúde e desenvolvimento, a IA 2030 articula-se e contribui indiretamente para o alcance dos outros 16 objetivos⁽¹¹⁾.

No contexto das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) demonstra grande preocupação com a redução na adesão às vacinas, uma vez que os dados mostram que a região é a segunda pior no mundo em relação à cobertura vacinal. Dois países se destacam - Brasil e México -, pois respondem por mais de 50% das crianças que nunca receberam uma dose de vacina⁽¹²⁾.

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) apontou no relatório, que demonstra as Dez Grandes Conquistas da Saúde Pública⁽¹³⁾, que os programas de vacinação contribuíram para o declínio da mortalidade e morbidade de várias doenças infecciosas, porém não se pode deixar de afirmar que, para a obtenção do sucesso na redução da prevalência e incidência de doenças evitáveis por vacina, os programas de vacinação dependem de um alto nível de absorção e adesão por parte da população.

Tendo em vista que o alcance das metas vacinais estipuladas pelos programas de imunização de cada país sofre ameaças de diversos fatores, sejam de ordem social, política, econômica, demográfica, entre outros, mapear e compreender os determinantes nas percepções dos pais sobre a vacinação infantil e como eles influenciam o processo decisório é de extrema importância para o desenvolvimento de estratégias em saúde voltadas para a melhoria assistencial com vistas à eliminação e controle de doenças imunopreveníveis, além de proteção e promoção da saúde infantil e coletiva.

OBJETIVO

Mapear as evidências científicas acerca das percepções, crenças, conhecimentos e atitudes de pais ou responsáveis legais de crianças menores de 5 anos quanto à vacinação infantil de rotina.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente trabalho trata-se de revisão de escopo e, por esse motivo, não necessita de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Desenho, período e local do estudo

Revisão de escopo, desenvolvida de acordo com a metodologia do JBI. É um tipo de revisão que visa identificar e mapear sistematicamente a amplitude das evidências disponíveis sobre um determinado tópico, campo, conceito ou questão, geralmente independentemente da fonte (ou seja, pesquisa primária, revisões, evidências não empíricas). As revisões de escopo, portanto, podem esclarecer os principais conceitos/definições, assim como identificar as principais lacunas e características ou fatores relacionados a um conceito, incluindo aqueles relacionados à pesquisa metodológica⁽¹⁴⁾.

O *Preferred Reporting Items for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)⁽¹⁵⁾ foi seguido para o desenvolvimento do protocolo de pesquisa. Uma busca preliminar por revisões prévias foi realizada no *Open Science Framework* e no PROSPERO em março de 2023, e não

foram encontrados estudos norteados pela pergunta de pesquisa desta revisão. O registro foi realizado no *Open Science Framework* em 19 de abril de 2023 (<https://osf.io/by2mx>).

Para definição da questão do estudo, foi utilizada a estrutura mnemônica População, Contexto e Conceito (PCC), conforme proposto pelo JBI⁽¹⁴⁾. Desse modo, foram definidos os seguintes determinantes de interesse do estudo: População (P): pais ou responsáveis legais de crianças menores de 5 anos de idade; Conceito (C): percepções, crenças, conhecimento e atitudes vacinais dos pais ou responsáveis legais; Contexto (C): vacinação infantil de rotina. Assim, a questão norteadora desta revisão foi: quais as evidências científicas acerca das percepções, crenças, conhecimentos e atitudes dos pais ou responsáveis legais de crianças menores de 5 anos em relação à vacinação infantil de rotina?

Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos que tinham como participantes pais ou responsáveis legais de crianças menores de 5 anos, que abordassem suas crenças, percepções, atitudes e conhecimentos sobre a vacinação infantil de rotina nesta faixa etária, no âmbito do sistema público de saúde, além de artigos científicos originais, com abordagem tanto qualitativa quanto quantitativa, e artigos de revisão.

Foram excluídos estudos que incluíssem como participantes mães grávidas e que não tivessem outros filhos, cuidadores formais (como babás), estudos com crianças portadoras de comorbidades ou internadas em estabelecimentos de saúde, que envolvessem exclusivamente populações que vivessem em desvantagem, como migrantes e tribais, que tivessem como população, exclusivamente, grupos específicos, como adeptos a religiões ou filosofias de vida, em que a população fosse composta por indivíduos que já sofreram com doenças imunopreveníveis, além de estudos com população exclusivamente rural e exclusivamente com profissionais de saúde. Em relação ao conceito, foram excluídos estudos que só relatassem a cobertura vacinal sem mencionar as percepções e crenças dos pais ou responsáveis legais e que abordassem o impacto de intervenções pró-vacinais. Acerca do contexto, não foram considerados estudos com recorte comparativo entre o período da pandemia de COVID-19 ou surtos de doenças imunopreveníveis e outros períodos e estudos com foco em movimentos pró- e anti-vacina. Quanto ao tipo de estudo, excluíram-se estudos de validação de instrumentos de pesquisa e literatura cinzenta, devido às características do conceito e sua ampla exploração na literatura científica.

Busca de seleção dos estudos

As estratégias de busca foram construídas, a partir da questão de revisão, pelo revisor principal com o auxílio de um bibliotecário que possui experiência em bases de dados voltadas para a área da saúde. A estratégia de busca inicial foi composta pelos MeSH terms, a saber: *immunization programs; vaccination; parents; legal guardians; family; child, preschool; child; infant; newborn; perception; attitudes*. O teste piloto foi realizado na base de dados PubMed/MEDLINE. A partir do resultado inicial, com o objetivo de refinamento e ampliação da captação de estudos relevantes, foi

elaborada uma segunda estratégia de busca com expressões não controladas (*childhood vaccination; health behaviours; vaccination decisions*). A combinação se deu utilizando descritores booleanos como "OR" e "AND". As buscas foram realizadas em março de 2023 nas bases PubMed/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scopus e *Web of Science*, estabelecendo-se como limites os idiomas inglês ou português, devido às limitações dos revisores quanto às outras línguas. Não foram adotados limites temporais e, como campo de busca, foi estabelecido "título e resumo". A estratégia de busca final foi apresentada nos dados da pesquisa.

As referências encontradas foram exportadas para o *software Rayyan*^{*} (<https://www.rayyan.ai/>), disponível em versão *online* gratuita, que auxiliou na identificação e exclusão das duplicatas e no processo de triagem dos artigos. Os títulos e resumos foram triados por dois revisores de forma independente e às cegas (duplo cego). As referências que estavam alinhadas aos critérios de inclusão da pesquisa foram então classificadas como "incluídas", e as divergentes, como "excluídas" ou "incertas". A resolução das divergências entre os pares foi feita por meio de discussão entre os revisores ou por decisão de um terceiro revisor (*expert*) após avaliação do artigo destacado. Posteriormente, os estudos escolhidos foram lidos integralmente por dois revisores independentes, e as discordâncias foram apontadas e discutidas em equipe até se alcançar o consenso, procedendo ao registro dos motivos de exclusão. Esse processo foi representado no fluxograma PRISMA⁽¹⁶⁾ (Figura 1).

A avaliação de qualidade metodológica dos estudos foi realizada utilizando o instrumento proposto por Hawker *et al.*⁽¹⁷⁾, que consiste em nove itens: 1 = resumo e título; 2 = introdução e objetivos; 3 = método e dados; 4 = amostragem; 5 = análise de dados; 6 = ética e preconceito; 7 = resultados; 8 = transferibilidade ou generalização; e 9 = implicações e utilidade. Cada item é avaliado com escala de quatro graus (1 = muito ruim; 2 = ruim; 3 = regular; 4 = bom). Os escores totais variaram entre 9 e 36, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a qualidade. Nesta revisão, a avaliação de qualidade metodológica teve como objetivo demonstrar forças e limitações dos estudos, e os escores não foram considerados como critério de exclusão. Esse processo foi realizado por dois revisores e conferido por um terceiro.

Extração dos dados, integração e síntese das evidências

O instrumento de extração de dados do JBI⁽¹⁴⁾ foi utilizado neste momento e, para a organização das referências de forma sistemática, elaborou-se um fichamento no *software Excel* contendo os itens: identificação do estudo; título do artigo; autores; referência completa; local de realização do estudo (instituição, cidade, estado e/ou país); ano de publicação; contexto da pesquisa; base de dados; objetivo; tipo de estudo e metodologia; características dos participantes (sexo, idade, escolaridade, renda, religião, ocupação, tamanho da amostra); principais resultados; vacinas destacadas; delineamento do estudo; implicações/recomendações; e qualidade metodológica.

A extração dos dados foi realizada pelo revisor principal e verificada, posteriormente, por outro revisor da equipe. A ficha de extração de dados foi identificada com um número sequencial das fontes de evidências.

Os resultados dos estudos foram sintetizados em dois núcleos: informações descritivas que favoreciam a vacinação infantil ou a limitavam com a finalidade de organizá-las para a síntese das evidências. As evidências foram organizadas em categorias temáticas representativas das percepções, crenças, conhecimentos e atitudes dos pais ou responsáveis legais em relação à vacinação infantil. Esses são determinantes dos significados atribuídos à vacinação infantil e do processo de tomada de decisão quanto à vacinação da criança menor de 5 anos.

RESULTADOS

O processo de busca resultou em 5.535 estudos. Após a primeira etapa de triagem, foram considerados elegíveis para leitura na íntegra 113 estudos. Desses, 36 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão, resultando em 77 artigos que compuseram a amostra final desta revisão, conforme ilustrado no diagrama PRISMA⁽¹⁶⁾ (Figura 1).

Os 77 estudos foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica, alcançando pontuação máxima de 36 pontos (n=4) e mínima de 24 pontos (n=2). A transferibilidade, a amostragem e a ética foram consideradas as maiores limitações dos estudos, de acordo com a Tabela 1, em Dados da Pesquisa.

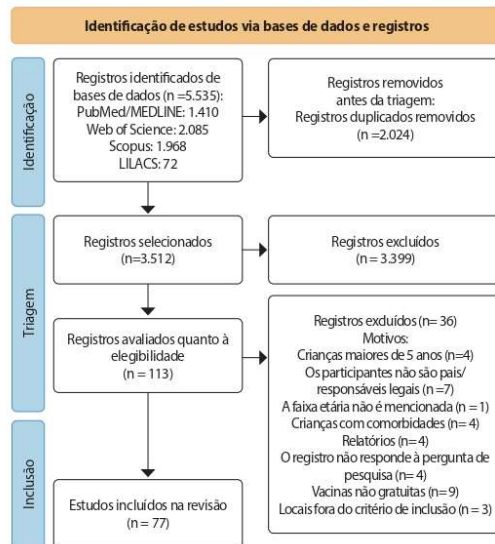


Figura 1- Fluxograma do processo de seleção e triagem dos artigos de revisão sistemática segundo método PRISMA⁽¹⁶⁾, 2024

Características das fontes de evidências

Entre os 77 estudos incluídos nesta revisão (E1¹⁸ a E77⁹⁴), seis^(21, 36, 39-40, 73, 83) são revisões de literatura, e o restante, estudos primários, sendo a maioria classificada como estudos quantitativos (n=46), seguida por estudos qualitativos (n=23) e dois mistos (Quadro 1 – Dados da Pesquisa).

No que se refere à tendência temporal de publicação sobre a temática, os estudos foram publicados entre os anos 1987 e 2023, apresentando maior concentração em 2021 (n=10), 2019 (n=9) e 2018 (n=7). Em relação aos seus objetivos, observa-se que os artigos possuem em comum a investigação do processo decisório dos pais em relação à imunização infantil, associando-o à baixa cobertura vacinal local e apontando os determinantes da hesitação vacinal nesse público. Alguns estudos tiveram como foco de investigação imunobiológicos específicos, como a vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR) (n=6), contra hepatite tipo B em recém-nascidos (n=3) e contra o rotavírus (n=2), em virtude das controvérsias que surgiram à época da publicação envolvendo essas vacinas. A partir de 2009, verificou-se a intensificação do interesse em estudar a tríade “conhecimento, atitude e prática (CAP)” dos pais para a compreensão de possíveis barreiras à aceitação da vacinação em crianças menores de 5 anos. Ao mapear o foco dos objetivos dos estudos, destacam-se alguns eixos principais, como o conhecimento, as atitudes, as práticas e as crenças dos pais (n=26), a associação entre fatores sociodemográficos com a hesitação vacinal (n=7), fatores emocionais dos responsáveis (n=2) e a segurança do imunobiológico (n=2). Os demais artigos têm o propósito de estudar a incompletude vacinal das crianças de forma mais ampla, buscando determinar e compreender os diversos fatores por trás desse fenômeno ou identificar características que diferenciam os pais vacinadores dos não vacinadores (Quadro 1 - Dados da Pesquisa).

Quanto ao país de publicação, a revisão abrange em nível mundial, com estudos produzidos em 31 localidades diferentes, com maior produção nos Estados Unidos da América (n=8), Itália (n=6) e Reino Unido (n=5), conforme ilustrado no mapa mundo abaixo (Figura 2). Para analisar a produção dos demais países, ver tabela de caracterização dos estudos (Quadro 1 - Dados da Pesquisa).

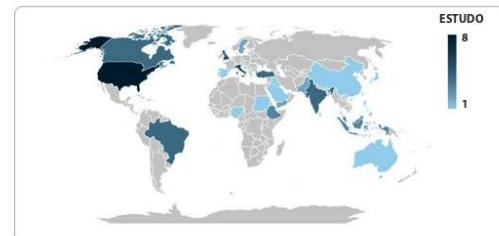


Figura 2- Distribuição da produção de artigos mundialmente, 2024

Em relação à estrutura familiar, todos os estudos apresentam predominantemente pais casados. Quanto ao sexo dos responsáveis, 28 artigos trouxeram os dados exclusivamente maternos e 41 envolviam o pai e a mãe da criança, sendo que, desses, seis abordaram a participação de outros responsáveis, como avós. Não foi possível a extração desse dado em oito publicações, pois tratavam-se de revisões de literatura (n=6) ou não expuseram essa informação (n=2). Nota-se que a participação das mães é majoritária, mesmo nos estudos que relataram a participação de ambos os pais (Quadro 1 – dados da pesquisa). O tamanho da amostra variou entre dez⁽⁵⁹⁾ e 1.1206⁽⁷⁵⁾ participantes, com faixa etária de 15 a 49 anos de idade.

Do ponto de vista socioeconômico, os estudos incluíram desde populações economicamente desfavorecidas até participantes que apresentavam alta renda financeira. Esse dado possui variações em decorrência da realidade econômica, renda *per capita* e estratificação financeira de cada país. Quanto à escolaridade, as publicações também abordaram diferentes níveis, ou seja, incluíram desde analfabetos (n=6) a pais/responsáveis com ensino médio/superior (n= 37). Alguns estudos citaram a ocupação da população com maioria empregada^(25,33,44,45,52,58,65,81), donas de casa^(19,23,26-27,35,54), desempregada^(24,31,33), autônoma ou informal^(22,29) e profissão específica^(28,48). O local de moradia urbano foi predominante em relação ao rural entre as pesquisas, sendo que em apenas quatro^(18,26,63,66) a população camponesa foi superior à população das cidades. Algumas religiões foram mencionadas pelos artigos, como hinduísmo^(18,34), muçulmanos/ islamismo^(25,33,50,63), cristãos^(26,28,66) e judaísmo^(38,61,63).

Síntese das evidências

Os fatores relacionados às percepções, crenças, conhecimentos e atitudes dos pais ou responsáveis legais em relação à vacinação de crianças menores de 5 anos foram agrupados em categorias temáticas (Quadro 2), e as crenças (culturais, religiosas, pessoais) e experiências individuais foram subdivididas em inibidoras e promotoras do processo de vacinação infantil (Quadro 3).

As evidências sintetizadas no Quadro 2 permitem a identificação dos fatores mais citados pelos 77 estudos elegíveis como motivadores para a prática da vacinação infantil, sendo eles o conhecimento adequado sobre a vacinação infantil e a interação positiva com os profissionais de saúde. Esses determinantes

possuem relação estreita entre si, já que as informações que os pais possuem sobre o imunizante e o processo de vacinação, a partir de atendimentos acolhedores, ricos em evidências científicas e abertos para esclarecimento de dúvidas com os profissionais de saúde, promovem a confiança familiar na imunização infantil que é traduzida em crenças promotoras que favorecem a atividade, conforme evidências do Quadro 3.

Alguns estudos não identificaram associação positiva entre o nível de conhecimento e a completude vacinal^(38,47), ou seja, os pais alegaram não ter conhecimento sobre a temática apesar de apresentarem atitude favorável em relação à imunização infantil. Estudo caso-controlado⁽⁶⁴⁾ não encontrou diferenças significativas entre os pais dos dois grupos (vacinação completa e vacinação incompleta) em termos de conhecimento sobre vacinas, destacando que as variáveis mediadoras principais que aumentam a probabilidade de os pais completarem a vacinação de seus filhos são ausência de formação acadêmica, baixo nível de literacia comunicativa em saúde (capacidade de compreender o significado da informação médica, de modo a interagir com o ambiente médico), atitudes positivas elevadas em relação à vacinação, atitudes negativas fracas em relação à vacinação, atitudes negativas fracas em relação à vacinação obrigatória, considerando informações não oficiais de fontes que se opõem à vacinação como confiáveis. Outro artigo⁽⁴³⁾ apresentou, como resultado da análise multivariada, que os determinantes da intenção dos pais tinham maior relação com a forma como os pais se sentiam sobre o seu conhecimento (ou seja, sentimento de estar suficientemente informado sobre a vacinação, conhecimento da importância de vacinar aos 2 meses) do que sobre o que eles objetivamente sabiam (conhecimento das doenças imunopreveníveis e das vacinas administradas aos 2, 4 e 6 meses de vida).

Quadro 2 - Fatores relacionados às percepções, conhecimentos e atitudes dos pais em relação à vacinação, 2024

Interação com os profissionais de saúde	Profissionais acolhedores ^(26,32,61,74,82) e que promovem segurança relacional ^(64,82) são considerados importantes pelos pais para sentirem-se confiantes na vacinação da criança ^(53,78) . Profissionais que conversam abertamente e promovem informações claras, completas e acessíveis sobre a vacina (imunológico) e a vacinação infantil e a recomendação promovem a compreensão e influenciam positivamente a decisão dos pais, sendo considerados fontes de informação primária pela maioria ^(18-20,23,26,32-33,37-38,41,43,45,49,52,57,59,62,65-66,68-70,72-73,76,78,85-86,88,91) , mesmo antes da criança nascer ⁽⁸¹⁾ . Profissionais que exigem a vacinação infantil, porém não promovem a compreensão dos pais sobre os benefícios da imunização, alcançam a completude vacinal, mas não favorecem relações saudáveis com os pacientes ^(20,41-42) . Profissionais que não dedicam tempo o bastante para conversar com os pais sobre a vacinação infantil e o calendário vacinal de forma clara ^(20-21,27,39,44,47,52-53,73,77,79,83-84,91,94) , pouco acessíveis e sensíveis às demandas dos pais ^(21,23,32,36,39,44-45,47,49,54,56,60,71,73-75,82-83,85,88,90,92) , que apresentam comportamento hostil ^(47,68,73) , que possuem barreira linguística ^(21,61) , que pressionam os pais para vacinarem seus filhos ^(42,56,90) ou não indicam a vacinação ^(31,44-45,52,73,91) , que demonstram conhecimento limitado e discordante sobre o assunto ^(32,35,44,52,54,61,85,94) , promovem atrasos e rejeição à imunização das crianças.
Conhecimentos sobre vacinação infantil	Pais que têm conhecimento sobre o calendário de vacinação infantil ^(26,28,32,41,43,47-48,57,70,74,78,87,91) e a doença imunoprevenível ^(45-46,65,82) , sabem onde podem ter acesso à vacinação ^(43,49) e consideram que os benefícios da vacinação superam os riscos das reações adversas ^(19,21-22,26,28,30,42-44,47-51,56-57,63,66,69-70,76,81,87,92,93) são mais favoráveis a terem uma atitude positiva ^(22,26-28,32-33,43,45,46,63,65,72-73) em relação à vacinação. Pais que têm como fontes confiáveis de informação a internet ^(25,31-33,43,50,52,56,68,72,84,85,88) , literatura médica controversa ^(20,84,88) , mídia ^(21,31,44,46,71,75,88,90) , grupos pré-parto ⁽⁸⁸⁾ e naturopatas/homeopatas ^(43,75,84-85) não seguem as recomendações propostas pelo programa de imunização do país. Pais que possuem conhecimento limitado sobre o calendário de vacinação infantil ^(21,27,35-36,45-46,48,53,57,77,83,85) , sobre a doença imunoprevenível ^(62,65,80,87,94) , sobre o imunobiológico ^(22-31,36,38,45,57,62,66) /processo de imunização ^(06-27,31,70,94) , sobre onde e quando se vacinar ⁽⁵³⁾ ou sobre os benefícios da imunização ^(28,49) apresentam limitações para vacinar completamente seus filhos.
Acesso aos serviços de saúde de forma universal e gratuita	Vacinação infantil gratuita ^(42,61,71,78,80) e ofertada próxima ao domicílio ^(26,32) , sem necessidade de esperar por longos períodos ⁽²⁶⁾ , são considerados fatores que impulsionam a imunização dos menores. Serviços de vacinação inacessíveis ^(24,73) , com pouca segurança ⁽⁴⁹⁾ , de baixa qualidade ^(21,36) , que encontram-se fechados na maioria do tempo ⁽⁴⁸⁻⁴⁹⁾ , onde a vacina está indisponível ^(21,23,27,36,39,49,66,73,77) , localizados longe das residências dos pais ^(18,21,26-27,36,39,48-49,73-74,77) , com longas filas de espera ^(21,25,27,40,49-50,73,81,91) e com horários que não atendem às necessidades dos pais ^(21,39,73,91) , são considerados empecilhos para a vacinação infantil.

Continua

Continuação do Quadro 2

Dinâmica e padrões de organização familiar	Pais que se programam dentro da rotina familiar para levarem seus filhos para se vacinarem apresentam cadernetas de vacinação mais completas ⁽³²⁾ . Pais que possuem vários afazeres e esquecem ^(21,27,32,39,94) ou não têm tempo para levar os filhos para se vacinarem ^(20,23,25,32-33,40,42,50,55-56,61,73-74,77,83,94) e não se envolvem ^(21,23,27,29,42) para desempenhar a atividade apresentam dificuldades em manter a caderneta de vacinação em dia. Famílias que mudam de estado ^(40,53,66,94) ou de consultório médico ⁽²⁰⁾ encaram dificuldades em vacinar seus filhos.
Estrutura familiar	Famílias com pais casados, onde existe apoio social familiar ampliado e comunitário ou estrutura familiar conjunta ^(18,36,50,53,55) e que o número de filhos é menor ⁽³⁰⁾ , favorecem a diminuição da hesitação vacinal/recusa vacinal. Mães que passaram por depressão pós-parto ⁽²⁰⁾ e/ou não contam com o apoio familiar ⁽⁵³⁾ , dentro do sistema patriarcal ^(21,25,31,39) ou são mães solteiras ^(33,39,53) e possuem mais filhos ^(21,24,39,52-53,91) enfrentam dificuldades em vacinar seus filhos.
Interações sociais	Tradição familiar ^(20,68) , influência de amigos e parentes ^(22,26,42-43,45,58,62,70,94) e celebridades ⁽²⁰⁾ a favor da vacinação são considerados fatores motivadores para vacinar crianças menores de 5 anos. A influência negativa de amigos, familiares ^(20-21,25,31,37-38,42,46,49,52,56,66,71,79,83) e líderes religiosos ^(25,55) ou políticos ^(44,55) em relação à vacinação infantil dificulta a aceitação da prática pelos pais.
Políticas públicas sociais e de saúde - direitos sociais da criança - direito à vida e a saúde - e estrutura/funcionamento dos programas de vacinação	Pais que concordam e confiam na política de imunização do Ministério da Saúde do país estão mais dispostos a vacinar seus filhos com as vacinas do calendário local ^(19,23,38,42-44,48-49,57,63,70) . A obrigatoriedade da vacinação infantil no país ^(32,41,44,46,61) ou para o ingresso da criança na vida escolar auxilia na elevação das taxas de vacinação ^(19,20,37,81) . Pais que apoiam governos ⁽⁴⁹⁾ e líderes que são a favor da vacinação infantil ⁽¹⁸⁾ consideram a vacinação como importante para a saúde da criança. Pais que consideram o programa nacional de imunização local como completo ⁽⁷¹⁾ não concordam em vacinar seus filhos com vacinas novas, enquanto que pais que percebem o calendário vacinal como rígido ^(47,61,67) apresentam resistência em segui-lo. Pais que são contrários à lei da obrigatoriedade vacinal no país ^(32,44,47,68,71) possuem descrença no governo, nas agências reguladoras ^(32,50) e no programa de imunização local ^(99,47,52,60,63,67,79,82,90) , não sendo adeptos à prática de vacinação infantil.

Quadro 3 - Crenças dos pais sobre a vacinação infantil, 2024

Crenças que inibem a vacinação infantil	Vacinação como uma ação que causa dor e sofrimento ^(53,61,74,80) , trauma ^(38,88) , sobrecarga imunológica ^(20,26,27,32,34,40,42,44,46,49,52,67,71,75,82,84,89-90) , riscos à saúde da criança ^(19,27,29,31-34,37,39-43,45-54,56-57,59,61-62,65-68,70,75,79,82,93) . Descrença na efetividade da vacina ^(23,31,35,38,40,44,46,51,59,62,65,71,75,85,88,90-92) e na medicina ocidental ^(23,25,38,40,51-52,60,82,85,92) . Insegurança, medo e incerteza em relação aos imunológicos (indústria farmacêutica, testes) ^(18,20,23-24,31-33,35,38,40-44,51-52,56,59,61-62,67,71,75,79,83-84) e ao processo de vacinação infantil ^(37,53,70,82,85,89) . Crenças em falsas contraindicações para se vacinar ^(18,20,21,29,33,48-50,53,57,61,71,75,82,84,94) . Crenças na imunidade adquirida naturalmente ser melhor do que a vacinação ^(24,39-40,42,46,50,59,62,67,71,79,84,90) . Experiências ruins de vacinação com filhos mais velhos ^(20-21,29,35,37,44,46,54-56,61,66,68,71,83) . Crenças de que seu filho é muito novo para ser vacinado, baseando-se em crenças culturais ^(20,32,38-39,42,47,52,59,67,71,88) que a mãe foi imunizada na gestação ⁽⁸⁸⁾ e não necessita vacinar seu filho, que não está suscetível a contrair a doença imunoprevenível ^(20,32,35,62,67,71,79,82-83,85-86,93) , que as doenças imunopreveníveis não são comuns ou graves ^(19,23-24,33-34,43,59,61-62,65,67-68,71,79,82-85,88,90,92) , que podem controlar o curso delas confiando na qualidade do sistema de saúde local, e que crianças não imunizadas não representam perigo para a comunidade ⁽³¹⁾ . Sentimento de vergonha e crítica relacionado à pobreza pelas mães ^(39,49) . Crenças em métodos alternativos para proteger as crianças contra as doenças imunopreveníveis ^(79,88) , como amor ⁽⁶⁷⁾ , amamentação ^(20,31,38,42,47,67,71) , alimentação ^(25,35,67,71,82) , homeopatia ⁽⁶⁷⁾ , produtos fitoterápicos ^(31,35,38,50,52) e práticas espirituais ⁽⁸¹⁾ . Crenças religiosas que afirmam que a vacinação causa malefícios para a saúde das crianças, considerando um pecado ^(20,22,25,29,35-36,39,48,50,55,61,63-64,85) .
Crenças que promovem a vacinação infantil	Vacinar a criança é um dever ^(42-43,67,69,74,81) e um cuidado parental para poupar seus filhos da dor, do sofrimento e dos impactos de longo prazo na saúde em decorrência das doenças imunopreveníveis ^(20-21,26,37,42,53,56,69,89) . Vacinar protege tanto a criança do adoecimento grave e mortalidade ^(18-19,24,26,28,32,34,37,42-43,45-46,48,51,53,57-59,65,69-70,80-81,85-86,88,90) quanto a comunidade ^(19-20,46-47,52,56,79) , e é uma decisão tomada sem estresse, onde os comportamentos da criança indicativos de sofrimento são encarados com naturalidade ^(51,69,74) e as injeções múltiplas como necessárias e não prejudiciais ^(27,46,51,57,83,91) . Crença religiosa de que a vacinação não é proibida pela religião ^(65,57) e é apoiada por líderes religiosos ⁽¹⁸⁾ motiva os pais a vacinarem seus filhos. Experiências bem-sucedidas na vacinação de filhos mais velhos ^(36,46,55,70,81,85,88) e a crença na vacinação como "norma cultural" ^(42,85) influenciam positivamente a vacinação dos filhos mais novos. Crença pessoal em considerar a vacinação como necessária por parte de pais que costumam viajar constantemente ⁽⁴²⁾ .

Entre os condicionantes que inibem a vacinação das crianças, nota-se prevalência dos fatores relacionados à interação limitada ou ineficiente com o profissional de saúde e as crenças, sejam elas religiosas, culturais, pessoais ou fundamentadas em experiências individuais que limitam a imunização da criança. Na medida em que os pais/responsáveis legais não são acolhidos pelos profissionais de saúde em seus questionamentos ou não recebem o suporte informacional necessário para a tomada de decisão a favor da vacinação, eles tendem a agir de acordo com suas crenças, especialmente centradas no risco do imunobiológico,

e, com isso, podem adotar comportamentos que os afastam da prática da vacinação.

Os estudos evidenciam que, nessas situações, o comportamento de proteção parental está presente, mas praticado de forma equivocada: proteger da vacina e não pela vacina. Esse fenômeno perpassa, inclusive, pais que possuem altos níveis de escolaridade e conhecimento sobre a vacinação, porém com atitudes negativas em relação à imunização das crianças, demonstrando o poder que a crença exerce sobre o processo decisório da família^(47,67).

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados presentes nesta revisão, a qualidade da interação entre pais ou responsáveis legais e profissionais de saúde é o principal fator mediador no processo de tomada de decisão em relação à vacinação infantil, segundo a percepção dos participantes.

Esse achado encontra-se em conformidade com outro estudo, no qual constatou-se que muitos pais atribuem a não vacinação de suas crianças (recusa ou atraso) à forma como são tratados pelos profissionais que atuam nos consultórios e nos serviços de vacinação⁽⁹⁵⁾. Conforme revisão de literatura (*overview*), a interação entre pacientes e prestadores de serviços é a pedra angular para manter a confiança na vacinação. O conhecimento e as atitudes desses profissionais sobre as vacinas já demonstraram ser cruciais na sua própria adesão à vacina, na sua intenção de recomendá-la e na adesão à vacina dos seus pacientes⁽⁹⁶⁾.

Por esse motivo, encontrar um profissional cético pode mudar fortemente a opinião das pessoas ou reforçar a ideia de que a vacinação não é segura, especialmente entre aqueles que já a recusam. A necessidade de fortalecer a confiança nas vacinas acompanha a necessidade de melhorar as habilidades de comunicação com os demandantes de cuidado (crianças, pais, famílias e comunidades)⁽⁹⁵⁾.

Como os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na proteção e promoção da saúde da criança e têm o dever de informar as pessoas sobre as vacinas e os riscos decorrentes de uma cobertura vacinal que não atinge as metas preconizadas, é essencial o investimento em educação permanente, comunicação e literacia em saúde para esses profissionais⁽⁹⁵⁾.

O fortalecimento da Atenção Primária está, entre outros fatores, no reconhecimento de que a produção de saúde se faz entre pessoas e de que é preciso aprimorar o modo de relação estabelecido entre os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), como a vacinação, com os seus usuários. É essencial que os serviços sejam facilmente acessíveis à população, que o usuário esteja no centro da atenção e que a orientação às necessidades em saúde das comunidades seja a base da organização dos serviços⁽⁹⁷⁾. Dessa forma, o enfermeiro, ao identificar os diversos nós críticos que envolvem o processo e ao planejar ações efetivas e direcionadas, para a superação do problema das baixas coberturas vacinais, destaca a importância da imunização como medida básica para o controle de doenças imunopreveníveis, promovendo o sucesso dessa estratégia na saúde da comunidade como ator principal no território.

A confiança nas vacinas e a percepção do risco da vacina estão diretamente relacionadas à hesitação vacinal. Estudo com o objetivo de avaliar a hesitação vacinal materna e seus fatores associados identificou que variáveis como renda familiar elevada, bom relacionamento com os profissionais de saúde, disposição para aguardar a vacinação e campanhas foram associadas a uma maior confiança e menor percepção do risco das vacinas. Por outro lado, o atraso deliberado ou a decisão de não vacinar a criança e a experiência anterior com reações adversas à vacina foram associadas a menor confiança e maior percepção do risco das vacinas. Este estudo também destaca que os prestadores de cuidados de saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham um papel relevante para abordar a hesitação vacinal, orientando a vacinação através de um relacionamento confiável⁽⁹⁸⁾.

Apesar da notória presença da enfermagem atuando na coordenação e implementação do serviço de vacinação na APS, nesta revisão, observou-se o limitado reconhecimento desse profissional como fonte de informação em saúde, havendo o direcionamento à categoria médica (pediatras) quando menciona-se a classe de profissionais de saúde.

O sistema de crenças (culturais, religiosas, pessoais), assim como as experiências individuais dos pais ou responsáveis legais, destacam-se nesta revisão como um significativo determinante na atitude de vacinar, adiar ou recusar a vacinação.

O Modelo de Crenças em Saúde (HBM, sigla em inglês) pode auxiliar na compreensão dos motivos que levam os pais e/ou responsáveis pelas crianças a aceitarem ou não o imunobiológico à medida que a ação relacionada à saúde depende da ocorrência simultânea de três fatores: motivação suficiente para tomar as questões de saúde salientes ou relevantes; crença na susceptibilidade a um problema de saúde sério ou suas sequelas, conhecida como ameaça percebida; e a crença de que seguir uma recomendação de saúde específica seria benéfico na redução da ameaça percebida a um custo subjetivamente aceitável. O custo refere-se às barreiras percebidas que devem ser superadas para seguir a recomendação de saúde⁽⁹⁷⁾.

A interpretação popular do risco nem sempre se fundamenta em uma abordagem racional, mas sim em uma abordagem de "incertezas e ambiguidades", em que as incertezas permanecem mesmo diante da evidência científica⁽⁹⁹⁾.

Assim, a adesão à vacinação está sujeita ao imaginário social, que influencia sobremaneira a propensão de um determinado grupo de se vacinar ou não. Há vários fatores que afetam tal decisão, como a confiança na importância, segurança e eficácia das vacinas, bem como a compatibilidade com os valores religiosos do indivíduo. Tais dados foram constatados nos países com maiores percentuais de concordância nos quesitos que as vacinas são seguras, importantes e eficazes, uma vez que apresentaram maior percentual de relatos de terem vacinado seus filhos⁽¹⁰⁰⁾. Somam-se a isso a confiança da população nas vacinas e a sua adesão, fruto da convivência recente com doenças imunopreveníveis como ocorrido na África, América Latina e Índia⁽¹⁰¹⁾.

Outro aspecto que tem íntima relação com as crenças é a hesitação vacinal, definida como o atraso na aceitação ou recusa das vacinas, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação⁽⁵⁾. Uma atitude hesitante em relação à vacinação infantil significa que alguns pais têm dúvidas sobre os benefícios das vacinas, preocupando-se com sua segurança e questionando a necessidade delas⁽¹⁰²⁾. Por conseguinte, os elevados índices de hesitação vacinal acarretam a baixa demanda de vacinas e a cobertura vacinal⁽⁵⁾.

Em consonância com os achados desta revisão, estudo que analisou, nas produções científicas, os motivos que levam pais e familiares de crianças à hesitação vacinal no contexto do controle das doenças imunopreveníveis, encontrou que esses estavam relacionados ao des(conhecimento) sobre as vacinas (*fake news*, medo de eventos adversos, subestimação da letalidade das doenças imunopreveníveis) e à in(decisão) e ao estilo de vida (hábitos saudáveis, medicina alternativa e religião⁽¹⁰³⁾).

Esta revisão mapeou como crenças inibidoras, entre outras, a sobrecarga imunológica, os riscos à saúde da criança, a descrença na efetividade da vacina, a insegurança, o medo e a incerteza em

relação aos imunológicos (indústria farmacêutica e testes). Essas evidências são corroboradas por um Inquérito vacinal realizado em 28 países da Europa em 2019, onde se evidenciou que aproximadamente um décimo da população europeia considerava que as vacinas não são rigorosamente testadas antes da autorização. Um terço acreditava que as vacinas podem sobrecarregar ou enfraquecer o sistema imunológico e que podem causar a doença contra os quais protegem, e quase metade acreditava que as vacinas podem causar efeitos secundários graves. Além disso, identificaram-se três configurações de crenças em relação à eficácia, segurança e utilidade da vacina: o tipo hesitante (11%) é definido pela percepção de que as vacinas são ineficazes; o tipo confiante (59%) é definido por crenças de que as vacinas são eficazes, seguras, bem testadas e úteis; e o tipo *tradeoff* (conflito de escolha) (29%) combina crenças de que as vacinas são eficazes, bem testadas e úteis, com percepções de provável dano ou risco. Os tipos que confiam na vacina e os do tipo *tradeoff* têm históricos de vacinação semelhantes, indicando o papel significativo de outros fatores além das crenças na indução do comportamento⁽¹⁰⁴⁾.

Estudo que teve como objetivo analisar as representações sociais de brasileiros hesitantes sobre vacinação contra COVID-19 concluiu que as representações apreendidas demonstram a dificuldade deles em discernir sobre a confiabilidade das informações e um imaginário social de dúvidas e incertezas. Assim, as representações sociais sobre um determinado objeto ou fenômeno são visões de mundo impregnadas de valores socioculturais e crenças que se constroem ao longo de uma trajetória de vida e são capazes de impactar as práticas sociais de saúde⁽⁹⁹⁾.

Na vacinação infantil, as representações são também determinantes, devido à diversidade e multiplicidade de doses dos imunobiológicos recomendados no primeiro ano de vida e à representação dessa prática para os pais como de sobrecarga e de maiores riscos a efeitos adversos. Nesse cenário, o viés de omissão dos pais, definido como ser mais avesso aos riscos associados a uma ação — tomar uma vacina “insegura” — do que aos riscos associados à inação — correr o risco de contrair uma doença imunoprevenível, tem papel relevante nas atitudes de rejeição ou adiamento da vacinação dos indivíduos⁽⁹⁶⁾.

Os achados da revisão se relacionam com o modelo dos 3Cs⁽¹⁰⁵⁾ proposto pela OMS, especialmente no que se refere ao componente das crenças parentais (Quadro 3), pois a complacência (não perceber as doenças como de alto risco e a vacinação como necessária) e a confiança (falta de confiança na segurança e eficácia das vacinas) são os domínios mais influenciados por elas, resultando em comportamentos hesitantes por parte dos pais. Nesse âmbito, portanto, a educação em saúde pode atuar de forma eficaz visando desmitificá-las, promovendo conhecimentos claros e baseados em evidências científicas⁽⁹⁵⁾.

Limitações do estudo

A presente revisão de escopo apresenta como limitações a não inclusão da literatura cinzenta, a restrição de idiomas (inglês e português) na busca das fontes de evidências e a não inclusão de estudos sobre vacinação de campanha. Destaca-se a importância

de estudos com populações rurais e com crianças portadoras de comorbidades, considerando que não foram as populações consideradas como foco desta revisão.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Esta revisão aponta como recomendações práticas a capacitação dos profissionais de saúde quanto ao conhecimento científico sobre imunização e as competências comunicacionais com a família no contexto da vacinação infantil, com o objetivo de diminuir receios da população e aumentar a confiança, ao exercerem a educação em saúde baseada em evidências. O aconselhamento oportuno dos pais, a ênfase na vacinação na idade recomendada e a investigação do estado de vacinação podem ser realizados pelos prestadores de cuidados de saúde em qualquer ambiente localizado em um estabelecimento de saúde, e a sensibilização dos pais sobre o assunto deve ser feita, idealmente, no início da gestação. Quanto aos calendários de vacinação alternativos, os prestadores de cuidados de saúde precisam ser cautelosos e discutir os riscos associados ao atraso da vacinação ao negociar com os pais sobre quando e como as vacinas infantis podem ser completadas.

Destaca-se a importância da inserção e do aprofundamento da temática da imunização no sistema educativo, vislumbrando um potencial impacto na saúde individual e comunitária, posicionando os indivíduos para estarem mais bem preparados para gerir a informação sobre a sua própria saúde ao longo da vida.

Os achados sugerem recomendações relacionadas a novas pesquisas envolvendo a figura do(a) enfermeiro(a) no processo de vacinação infantil, sobre mídia e campanhas educacionais personalizadas e bem elaboradas, bem como trabalhos científicos em áreas remotas e de difícil acesso. Recomenda-se também o desenvolvimento de estudos com vistas ao mapeamento das percepções e crenças dos pais em relação à vacinação infantil na estratégia de campanha, para que se possa estabelecer uma comparação entre as duas formas de proteção da saúde coletiva quanto aos seus determinantes no processo decisório dos responsáveis e significados da prática para essa população.

Devido à vasta gama de determinantes individuais e sociais que impulsionam ou dificultam a aceitação das vacinas no público pediátrico, recomenda-se a realização de pesquisas locais para a identificação dos principais fatores que afetam o êxito do programa de imunização em articulação com as características e particularidades regionais, já que a revisão tem o objetivo de sintetizar essas evidências de forma global.

CONCLUSÕES

Esta revisão de escopo mapeou um conjunto de evidências sobre as percepções, crenças, conhecimentos e atitudes dos pais ou responsáveis legais sobre a vacinação infantil de rotina, bem como seus fatores relacionados. Na percepção dos pais, os principais determinantes para a tomada de decisão em relação à vacinação da criança são: a interação com os profissionais de saúde; as crenças (culturais, religiosas, pessoais) e experiências

individuais; os conhecimentos sobre vacinação infantil; o acesso aos serviços de saúde de forma universal e gratuita; a dinâmica e padrões de organização familiar; a estrutura familiar; as interações sociais; e as políticas públicas sociais e de saúde que envolvem os programas de vacinação. Esses determinantes influenciam o significado e o comportamento parental.

As evidências representativas da percepção dos pais permitiram a identificação das crenças tanto inibidoras, geradoras de sofrimento e medo, quanto promotoras, pautadas no dever e cuidado parental, determinantes para a adesão à vacinação infantil. Esse conhecimento é suporte para a prática da enfermagem centrada nas crenças e necessidades subjetivas e singulares dos pais ou responsáveis legais de crianças menores de 5 anos na abordagem da hesitação vacinal.

DISPONIBILIDADE DE DADOS E MATERIAL

<https://doi.org/10.48331/scielodata.VL93JN>

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao bibliotecário Francisco Rafael Amorim dos Santos (Universidade de Brasília), por ter contribuído grandemente na elaboração da estratégia de busca e seleção das bases de dados, à Prof^a. Dr^a. Elaine Barros Ferreira (Universidade de Brasília), por auxiliar no manuseio das bases de dados e organização das referências extraídas, e à Universidade de Brasília, por possibilitar o acesso às bases de dados utilizadas.

CONTRIBUIÇÕES

Lima MMO e Silveira AO contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Lima MMO, Silveira AO, Aureliano APSC, Rocha HCC, Moura LM e Santos SR contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Lima MMO, Silveira AO, Aureliano APSC e Moura LM contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Maia MLS, Oliveira PMN, Brum RC, Lignani LK, Figueira JTO. Pesquisa clínica para o Programa Nacional de Imunizações. *Cad Saúde Pública*. 2020;36:e00182719. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182719>
2. Ustuner TF, Çevik C, Güneş NB. The relation between digital literacy, cyberchondria, and parents' attitudes to childhood vaccines. *J Pediatr Nurs*. 2023;70:12–9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.01.006>
3. Chen R, Guay M, Gilbert NL, Dubé É, Wittman HO, Hakim H. Determinants of parental vaccine hesitancy in Canada: results from the 2017 Childhood National Immunization Coverage Survey. *BMC Public Health*. 2023;23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17079-4>
4. World Health Organisation (WHO). Ten threats to global health in 2019 [Internet]. World Health Organization. 2019[cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
5. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;(34):4161–4. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
6. Wright LM, Watson WL, Bell JM. Beliefs: the heart of healing in families and illness. *Basic Books*: 1996.
7. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Quart*. 1988;15(2):175–83. <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>
8. Santos DF, Oliveira JO, Vieira AC, Santos RC, Silva AM, Costa CR. Fatores associados à permissão da vacinação infantil no contexto da pandemia da COVID-19. *Rev Gaucha Enferm*. 2023;44. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220362.pt>
9. United Nations Children's Fund (Unicef). The State of the World's Children: 2023[Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 18]. Available from: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2023>
10. World Health Organization (WHO). Immunization Agenda 2030: a Global Strategy To Leave No One Behind[Internet]. 2023[cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
11. United Nations (UN). Sustainable development goals [Internet]. United Nations Sustainable Development. United Nations; 2023 [cited 2024 May 20]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
12. Pan American Health Organization (PAHO). Risk of vaccine-preventable disease outbreaks at 30-year high, PAHO Director says[Internet]. 2023[cited 2024 Jan 20]. Available from: <https://www.paho.org/en/news/20-4-2023-risk-vaccine-preventable-disease-outbreaks-30-year-high-paho-director-says>
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ten Great Public Health Achievements: United States, 1900-1999. *JAMA* [Internet]. 1999[cited 2024 May 20];281(16):1481. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/189663>
14. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping Reviews. In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
15. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med*;169(7):467. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Brit Med J* [Internet]. 2021[cited 2024 May 20];372(71). Available from: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n7112>

17. Hawker S, Payne S, Kerr C, Hardey M, Powell J. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research*. 2002;12(9):1284–99. <https://doi.org/10.1177/1049732302238251>
18. Goruntla N, Akanksha K, Lalithasudhaa K, Pinnu V, Jinka D, Bhupalam P, et al. Prevalence and predictors of vaccine hesitancy among mothers of under-five children: a hospital-based cross-sectional study. *J Educ Health Promot*. 2023;12(1):34–4. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_687_22
19. Sahoo SS, Parida SP, Singh AK, Palepu S, Sahoo DP, Bhatia V. Decision-making in childhood vaccination: vaccine hesitancy among caregivers of under-5 children from a tertiary care institution in Eastern India. *Ther Adv Vac Immunother*. 2023;11. <https://doi.org/10.1177/25151355231152650>
20. Hsu C, Evers S, Ibrahim A, Patricia M, Throne P, Melton M, et al. Sometimes Your Heart Says “I Don’t Know”: insights from parents of undervaccinated children. 2023;23(1):57–67. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2022.10.002>
21. Balgovind P, Mohammadnezhad M. Factors affecting childhood immunization: thematic analysis of parents and healthcare workers’ perceptions. *Human Vac Immunother*. 2022;18(6). <https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2137338>
22. Sapriadi S, Kasnawi T, Syukur M, Kamaruddin SA. Factors Related to the Parental Decision in Conducting Measles-Rubella Vaccination to the Children in South Sulawesi, Indonesia. *Univ J Public Health*. 2022;10(5):448–54. <https://doi.org/10.13189/ujph.2022.100502>
23. Sabahelzain MM, Moukhyer M, Bosma H, van den Borne B. Determinants of Measles Vaccine Hesitancy among Sudanese Parents in Khartoum State, Sudan: a cross-sectional study. *Vaccines*. 2021;10(1):6. <https://doi.org/10.3390/vaccines10010006>
24. Akman N, Yıldız A. Evaluation of mothers opinions on routine childhood vaccinations. *J Pediatr Infect*. 2022;16(4):253–9. <https://doi.org/10.5578/ced.20229605>
25. Mohd Z, Norrafizah J, Mohamad M, Manimaran K. Alternative Practices of Vaccination among Parents in Selangor, Malaysia. *Int J Multidiscip Res*. 2023;5(6). <https://doi.org/10.36948/ijfmr.2023.v05i06.8772>
26. Gebreyesus FA, Tarekegn TT, Amlak BT, Shiferaw BZ, Emeria MS, Geleta OT, et al. Knowledge, attitude, and practices of parents about immunization of infants and its associated factors in Wadla Woreda, North East Ethiopia, 2019. *Pediatr Health, Med Ther*. 2021;12:223–38. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S295378>
27. Saeed R, Hashmi I. Pakistan ranks third globally with the most unvaccinated children: is the impact of parental perception and attitude on immunization an essential contributing factor to an unsuccessful vaccination coverage? *Cureus*. 2021;13(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.19751>
28. Oli AN, Ogwaluonye UC, Onubogu CU, Ozumba AF, Agbaenyi OH, Okeke KN, et al. Public Knowledge and Opinion on Childhood Routine Immunizations in Two Major Cities of Anambra State, Nigeria. *J Multidiscip Healthcare*. 2021;14:247–57. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S279397>
29. Terzi Ö, Gülen EN, Dündar C. The causes of parental vaccine refusal: results of a survey from Giresun, Turkey. *Turkish J Pediatr*. 2021;63(4):618. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2021.04.009>
30. Voo JYH, Lean QY, Ming LC, Md. Hanafiah NH, Al-Worafi YM, Ibrahim B. Vaccine knowledge, awareness and hesitancy: a cross sectional survey among parents residing at Sandakan District, Sabah. *Vaccines*. 2021;9(11):1348. <https://doi.org/10.3390/vaccines9111348>
31. Atasever BN, Sayar S, Sabancı M, Gür AB, Karakoç H. Vaccine rejection for parents with babies of 0–24 months: solution recommendations for causes and reduction. *J Pediatr Infect*. 2021;15(2):e97–102. <https://doi.org/10.5578/ced.202119817>
32. Musa S, Kulo A, Habersaat KB, Skrijelj V, Smjecanin M, Jackson C. A qualitative interview study with parents to identify barriers and drivers to childhood vaccination and inform public health interventions. *Hum Vac Immunother*. 2021;1–11. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1923346>
33. Mayerová D, Abbas K. Childhood immunisation timeliness and vaccine confidence by health information source, maternal, socioeconomic, and geographic characteristics in Albania. *BMC Public Health*. 2021;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11724-6>
34. Wagner AL, Shotwell AR, Boulton ML, Carlson BF, Mathew JL. Demographics of vaccine hesitancy in Chandigarh, India. *Front Med*. 2021;7. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.585579>
35. Çelik K, Turan S, Üner S. I’m a mother, therefore I question”: parents’ legitimation sources of and hesitancy towards early childhood vaccination. *Soc Sci Med*. 2021;282:114132. <https://doi.org/2021.114132>
36. Galadima AN, Zulkefli NAM, Said SM, Ahmad N. Factors influencing childhood immunisation uptake in Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2021;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11466-5>
37. Mossey S, Hosman S, Montgomery P, McCauley K. Parents’ experiences and nurses’ perceptions of decision-making about childhood immunization. *Can J Nurs Res*. 2020;52(4):255–67. <https://doi.org/10.1177/0844562119847343>
38. Fridman E, Peretz-Aizenman L, Azab AN. The Barriers to Neonatal Hepatitis B Vaccination in Israel: a prospective study. *PubMed [Internet]*. 2020[cited 2024 May 20];22(3):148–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32147978/>
39. Bangura JB, Xiao S, Qiu D, Ouyang F, Chen L. Barriers to childhood immunization in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09169-4>
40. Haroune V, King L. Factors contributing to parental “vaccine hesitancy” for childhood immunisations. *Nurs Child Young People*. 2020;32(4):20–5. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2020.e1269>

41. Restivo V, Palmeri S, Bono S, Caracci F, Fiorino GR, Foresta A, et al. Knowledge and attitudes of parents after the implementation of mandatory vaccination in kindergartens of Palermo, Italy. 2020;91:41–7. <https://doi.org/10.23750/abm.v9i13-S.9415>
42. McNeil DA, Mueller M, MacDonald S, McDonald S, Saini V, Kellner JD, et al. Maternal perceptions of childhood vaccination: explanations of reasons for and against vaccination. *BMC Public Health*. 2019;19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6338-0>
43. Dubé É, Farrands A, Lemaitre T, Boulianne N, Sauvageau C, Boucher FD, et al. Overview of knowledge, attitudes, beliefs, vaccine hesitancy and vaccine acceptance among mothers of infants in Quebec, Canada. *Hum Vaccin Immunother*. 2018;15(1):113–20. <https://doi.org/10.1080/021645515.2018.1509647>
44. Bianco A, Mascaro V, Zucco R, Pavia M. Parent perspectives on childhood vaccination: how to deal with vaccine hesitancy and refusal? *Vaccine*. 2019;37(7):984–90. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.12.062>
45. Napolitano F, Adou A, Vastola A, Angelillo IF. Rotavirus infection and vaccination: knowledge, beliefs, and behaviors among parents in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(10):1807. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101807>
46. Cintulová LL. The impact of the emotions that frame mothers' decision-making about the vaccination of toddlers. *Kontakt*. 2019;21(2):189–96. <https://doi.org/10.32725/kont.2019.020>
47. Romijnnders KAGJ, van Seventer SL, Scheltema M, van Osch L, Vries H, Mollema L. A deliberate choice? exploring factors related to informed decision-making about childhood vaccination among acceptors, refusers, and partial acceptors. *Vaccine*. 2019;37(37):5637–44. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.07.060>
48. Singh HKB, Badgujar VB, Yahaya RS, Abd Rahman S, Sami FM, Badgujar S, et al. Assessment of knowledge and attitude among postnatal mothers towards childhood vaccination in Malaysia. *Hum Vaccin Immunother*. 2019;15(11):2544–51. <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1612666>
49. Ricad GS. Barriers to adherence to expanded program on immunization among parents in Lanao del Norte, Philippines. *Belitung Nurs J*. 2019;5(1):16–22. <https://doi.org/10.33546/bnj.695>
50. Syiroj ATR, Pardosi JF, Heywood AE. Exploring parents' reasons for incomplete childhood immunisation in Indonesia. *Vaccine*. 2019;37(43):6486–93. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.08.081>
51. Šeškutė M, Tamulevičienė E, Levinienė G. Knowledge and attitudes of postpartum mothers towards immunization of their children in a Lithuanian Tertiary Teaching Hospital. *Medicina*. 2018;54(1):2. <https://doi.org/10.3390/medicina54010002>
52. Giambi C, Fabiani M, D'Ancona F, Ferrara L, Fiacchini D, Gallo T, et al. Parental vaccine hesitancy in Italy: results from a national survey. *Vaccine*. 2018;36(6):779–87. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.12.074>
53. Bhattacharjee S, Dasgupta P, Mukherjee A, Dasgupta S. Vaccine hesitancy for childhood vaccinations in slum areas of Siliguri, India. *Indian J Public Health*. 2018;62(4):253. https://doi.org/10.4103/ijph.IJPH_397_17
54. Carrion ML. An ounce of prevention: identifying cues to (in)action for maternal vaccine refusal. *Qual Health Res*. 2018;28(14):2183–94. <https://doi.org/10.1177/1049732318792505>
55. Yunitasari E, Nastiti AA, Hasan WD, Yusuf A, Nugroho HSW. Factors associated to infant vaccination in Madurese, Indonesia. *Indian J Public Health Res Develop*. 2018;9(10):364. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2018.01370.0>
56. Hatoková M, Masaryk R, Tünyiová M. How Slovak mothers view child vaccination: focus group analysis. *Czechoslovak Psychol[Internet]*. 2018 [cited 2024 May 20];62(2):101–18. Available from: https://www.researchgate.net/publication/325286630_How_slovak_mothers_view_child_vaccination_Focus_group_analysis
57. Bamatraf FF, Jawass MA. Knowledge and attitude towards childhood immunization among parents in Al-Mukalla, Yemen. *World Fam Med J*. 2018;16(2):24–31. <https://doi.org/10.5742/MEWFM.2018.93239>
58. Alshammari TM, Subaiea GM, Hussain T, Moin A, Yusuff KB. Parental perceptions, attitudes and acceptance of childhood immunization in Saudi Arabia: A cross sectional study. *Vaccine*. 2018;36(1):23–8. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.11.050>
59. Sjögren E, Ask LS, Örtqvist Å, Asp M. Parental conceptions of the rotavirus vaccine during implementation in Stockholm: a phenomenographic study. *J Child Health Care*. 2017;21(4):476–87. <https://doi.org/10.1177/1367493517734390>
60. Attwell K, Leask J, Meyer SB, Rokkas P, Ward P. Vaccine rejecting parents' engagement with expert systems that inform vaccination programs. *J Bioethic Inquiry*. 2016;14(1):65–76. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9756-7>
61. Kurup L, He HG, Wang X, Wang W, Shorey S. A descriptive qualitative study of perceptions of parents on their child's vaccination. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4857–67. <https://doi.org/10.1111/jocn.13958>
62. Schollin AL, Hjern A, Lindstrand A, Olen O, Sjögren E, Blennow M, et al. Receiving early information and trusting Swedish child health centre nurses increased parents' willingness to vaccinate against rotavirus infections. *Acta Paediatr*. 2017;106(8):1309–16. <https://doi.org/10.1111/apa.13872>
63. Ababu Y, Braka F, Tekla A, Getachew K, Tadesse T, Michael Y, et al. Behavioral determinants of immunization service utilization in Ethiopia: a cross-sectional community-based survey. *Pan African Med J*. 2017;27. <https://doi.org/10.11604/pamj.supp.2017.27.2.10635>
64. Aharon A, Nehama H, Rishpon S, Baron-Epel O. Parents with high levels of communicative and critical health literacy are less likely to vaccinate their children. *Patient Educ Counsel*. 2017;100(4):768–75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.11.016>
65. Weiss C, Schröpfer D, Merten S. Parental attitudes towards measles vaccination in the canton of Aargau, Switzerland: a latent class analysis. *BMC Infect Dis*. 2016;16(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1747-0>

66. Negussie A, Kassahun W, Assegid S, Hagan AK. Factors associated with incomplete childhood immunization in Arbegona district, southern Ethiopia: a case – control study. *BMC Public Health*. 2015;16(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2678-1>
67. Couto MT, Barbieri CLA. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(1):105–14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21952013>
68. Barbieri CLA, Couto MT. Decision-making on childhood vaccination by highly educated parents. *Rev Saúde Pública*. 2015;49. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005149>
69. Harvey H, Good J, Mason J, Reissland N. A Q-methodology study of parental understandings of infant immunisation: implications for health-care advice. *J Health Psychol*. 2013;20(11):1451–62. <https://doi.org/10.1177/1359105313513622>
70. Qutaiba BAO, Bahari MB, Al-Qazaz HK, Salih MR, Jamshed SQ, Elkalmi RM. Are parents' knowledge and practice regarding immunization related to pediatric's immunization compliance? a mixed method study. *BMC Pediatr*. 2014;14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-20>
71. Harmsen IA, Mollema L, Ruiters RA, Paulussen TG, Melker HE, Kok G. Why parents refuse childhood vaccination: a qualitative study using online focus groups. *BMC Public Health*. 2013;13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1183>
72. McCauley MM, Kennedy A, Basket M, Sheedy K. Exploring the choice to refuse or delay vaccines: a national survey of parents of 6- through 23-month-olds. *Acad Pediatr*. 2012;12(5):375–83. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.06.007>
73. Favin M, Steinglass R, Fields R, Banerjee K, Sawhney M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature. *Int Health*. 2012;4(4):229–38. <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2012.07.004>
74. Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Lima RAG, Mello DF. Experiences of families in the immunization of Brazilian children under two years old. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(3):598–605. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000300020>
75. Smith PJ, Humiston SG, Marcuse EK, Zhao Z, Dorell CG, Howes C, et al. Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the health belief model. *Public Health Reports*. 2011;126:135–46. <https://doi.org/10.1177/003335491112605215>
76. Coniglio MA, Platania M, Privitera D, Giammanco G, Pignato S. Parents' attitudes and behaviours towards recommended vaccinations in Sicily, Italy. *BMC Public Health*. 2011;11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458/11/305>
77. Ba'amer AA. Coverage of and barriers to routine child vaccination in Mukalla district, Hadramout governorate, Yemen. *East Mediter Health J [Internet]*. 2010 [cited 2024 May 20];16(02):223–7. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/117847>
78. Nisar N, Mirza M, Majid Hafeez Qadri. Knowledge, attitude and practices of mothers regarding immunization of one year old child at Mawatch Goth, Kemari town, Karachi. *Pakistan J Med Sci [Internet]*. 2010 [cited 2024 May 20];26(1):183–6. Available from: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20103088942>
79. Borrás E, Domínguez Á, Fuentes M, Batalla J, Cardenaosa N, Plasencia A. Parental knowledge of paediatric vaccination. *BMC Public Health*. 2009;9(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-154>
80. Logullo P, Carvalho HB, Saconi R, Massad E. Factors affecting compliance with the measles vaccination schedule in a Brazilian city. *Sao Paulo Med J*. 2008;126(3):166–71. <https://doi.org/10.1590/S1516-31802008000300006>
81. Tarrant M, Thomson N. Secrets to success: a qualitative study of perceptions of childhood immunisations in a highly immunised population. *J Paediatr Child Health*. 2008;44(10):541–7. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2008.01334.x>
82. Casiday RE. Children's health and the social theory of risk: insights from the British measles, mumps and rubella (MMR) controversy. *Soc Sci Med*. 2007;65(5):1059–70. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.04.023>
83. Tickner S, Leman PJ, Woodcock A. Factors underlying suboptimal childhood immunisation. *Vaccine*. 2006;24(49-50):7030–6. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2006.06.060>
84. Cassell JA, Leach M, Poltorak MS, Mercer CH, Iversen A, Fairhead JR. Is the cultural context of MMR rejection a key to an effective public health discourse? *Public Health*. 2006;120(9):783–94. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2006.03.011>
85. Benin AL, Wisler-Scher DJ, Colson E, Shapiro ED, Holmboe ES. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatr*. 2006;117(5):1532–41. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1728>
86. Bigham M, Remple VP, Pielak K, McIntyre C, White R, Wu W. Uptake and behavioural and attitudinal determinants of immunization in an expanded routine infant Hepatitis B Vaccination Program in British Columbia. *Can J Public Health*. 2006;97(2):90–5. <https://doi.org/10.1007/BF03405322>
87. Matsumura T, Nakayama T, Okamoto S, Ito H. Measles vaccine coverage and factors related to uncompleted vaccination among 18-month-old and 36-month-old children in Kyoto, Japan. *BMC Public Health*. 2005;5(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-59>
88. Maayan-Metzger A, Kedem-Friedrich P, Kuint J. To vaccinate or not to vaccinate—that is the question: why are some mothers opposed to giving their infants hepatitis B vaccine? *Vaccine*. 2005;23(16):1941–8. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2004.10.015>
89. Bardenheier B, Yusuf H, Schwartz B, Gust D, Barker L, Rodewald L. Are parental vaccine safety concerns associated with receipt of Measles-Mumps-Rubella, Diphtheria and Tetanus Toxoids With Acellular Pertussis, or Hepatitis B Vaccines by Children? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(6):569–75. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.6.569>
90. Evans M, Stoddart H, Condon L, Freeman E, Grizzell M, Mullen R. Parents' perspectives on the MMR immunisation: a focus group study. *British J Gen Pract [Internet]*. 2001 [cited 2024 May 20];51(472):904–10. Available from: <https://bjgp.org/content/51/472/904.short>

91. Angellillo IF, Ricciardi G, Rossi P, Pantisano P, Langiano E, Pavia M. Mothers and vaccination: knowledge, attitudes, and behaviour in Italy. *Bull World Health Organ* [Internet]. 1999[cited 2024 May 20];77(3):224–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2557613/>
92. Meszaros JR, Asch DA, Baron J, Hershey JC, Kunreuther H, Schwartz-Buzaglo J. Cognitive processes and the decisions of some parents to forego pertussis vaccination for their children. *J Clin Epidemiol*. 1996;49(6):697–703. [https://doi.org/10.1016/0895-4356\(96\)00007-8](https://doi.org/10.1016/0895-4356(96)00007-8)
93. Asch DA, Baron J, Hershey JC, Kunreuther H, Meszaros J, Ritov I, et al. Omission bias and pertussis vaccination. *Med Decis Making*. 1994;14(2):118–23. <https://doi.org/10.1177/0272989X9401400204>
94. Lakhani AD, Morris RW, Morgan M, Dale C, Vaile MS. Measles immunisation: feasibility of a 90% target uptake. *Arch Dis Childhood*. 1987;62(12):1209–14. <https://doi.org/10.1136/ad.c.62.12.1209>
95. Nobre R, Guerra LDD, Camut L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. *Saúde Debate*. 2022;46:303–21. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
96. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9(8):1763–73. <https://doi.org/10.4161/hv.24657>
97. Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:1. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2020.4>
98. Garcia EM, Souza EL, Matozinhos FR, Silva TMR, Waldman EA, Sato APS. Associated factors with vaccine hesitancy in mothers of children up to two years old in a Brazilian city. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3(6):e0002026. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002026>
99. Santos KCOD, Junqueira-Marinheiro MDF, Reis AT, Camacho KG, Nehab MF, Abramov DM, et al. Social Representations of Hesitant Brazilians about Vaccination against COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:6204. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136204>
100. Figueiredo A, Simas C, Karafillakis E, Paterson P, Larson HJ. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. *Lancet*. 2020;396(10225):898–908. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31558-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31558-0)
101. Galhardi CP, Freire NP, Fagundes MCM, Minayo MCDS, Cunha ICKO. Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27:1849–58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.24092021>
102. Pivetti M, Melotti G, Mancini C. Vaccines and autism: a preliminary qualitative study on the beliefs of concerned mothers in Italy. *Int J Qualit Stud Health Well-being*. 2020;15(1):1754086. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1754086>
103. Viana IS, Cursino EG, Miranda PS, Silva LF, Machado MED. Hesitação vacinal de pais e familiares de crianças e o controle das doenças imunopreveníveis. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e84290. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84290>
104. Vulpe SN, Rughiniş C. Social amplification of risk and “probable vaccine damage”: a typology of vaccination beliefs in 28 European countries. *Vaccine*. 2021;39(10):1508–15. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.063>
105. Gonçalves BA, Matos CC, Ferreira JV, Itagyba RF, Moço VR, Couto MT. Hesitação vacinal contra a COVID-19 na América Latina e África: uma revisão de escopo. *Cad Saude Publica*. 2023;39(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt041423>