

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

DANILO DOS SANTOS CONRADO

**HESITAÇÃO VACINAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO
SUL**

CAMPO GRANDE
2024

DANILO DOS SANTOS CONRADO

HESITAÇÃO VACINAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação do Prof. Dr. Everton Falcão de Oliveira e coorientação da Profa. Dra. Cláudia Du Bocage Santos Pinto.

CAMPO GRANDE-MS
2024

DANILO DOS SANTOS CONRADO

**HESITAÇÃO VACINAL ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO
SUL**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob orientação do Prof. Dr. Everton Falcão de Oliveira e coorientação da Profa. Dra. Cláudia Du Bocage Santos Pinto.

Campo Grande, MS, ____ de _____ de 2024

COMISSÃO EXAMINADORA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por estar sempre presente em minha vida e ser um socorro bem presente nos momentos de tribulações, incertezas e inseguranças.

Ao meu professor orientador Everton Falcão de Oliveira e professora co-orientadora Cláudia Du Bocage Santos Pinto por todos os ensinamentos ao longo destes anos de pós-graduação, pela contribuição em me tornar um aluno e profissional melhor e também pelo suporte em momentos de incertezas e medos ao longo desta trajetória de pesquisa.

Aos amigos e colegas da pós-graduação por todo o aprendizado compartilhado e em especial às amigas do grupo de pesquisa Danielli, Ana Isabel, Lisany, Paula e Simony que em muitos momentos dividiram comigo as dificuldades na realização da pesquisa, tornando-se pessoas importantes para além dos trabalhos acadêmicos.

Agradeço também à minha família e amigos que foram grandes suportes emocionais, colo, alento e pessoas extremamente pacientes em momentos que eu precisei muito de compreensão e escuta e me apoiaram nos melhores e piores momentos neste caminho, comemorando as conquistas e me incentivando nos desafios.

E, por fim, aos profissionais que participaram da pesquisa e me cederam um tempo em seu momento de trabalho para responder os questionários, pelas histórias e trajetórias compartilhadas que foram para além das contribuições nos resultados da pesquisa, mas também para meu amadurecimento como pessoa e profissional.

RESUMO

A vacinação é ainda a melhor medida para o controle das doenças imunopreveníveis. Contudo, tem-se observado, nos últimos anos, queda nas coberturas vacinais, culminando em surtos de doenças que há anos estavam controladas. Neste cenário, a hesitação vacinal, definida como o atraso, receio ou recusa em se vacinar, apesar da disponibilidade das vacinas nos serviços de saúde, tem tomado força, potencializada pela disseminação de falsas informações sobre vacinas. A hesitação vacinal é um fenômeno complexo e precisa ser melhor compreendido de forma a contribuir no planejamento das ações para aumentar a cobertura vacinal a níveis recomendados. Esta pode estar presente também em profissionais de saúde, que são potenciais influenciadores para a vacinação da população em geral, especialmente para aqueles que atuam em unidades de atenção primária à saúde (APS) que estabelecem vínculos com os pacientes atendidos. Este trabalho tem por objetivo avaliar a hesitação vacinal entre profissionais de saúde da atenção primária de Campo Grande-MS, compreendendo os fatores que a determinam. Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado no período de novembro de 2022 a agosto de 2023, através da aplicação de um questionário estruturado com base na avaliação de hesitação vacinal da Organização Mundial da Saúde (OMS). Participaram da pesquisa todos os profissionais que trabalham nas unidades de APS das áreas urbana e rural, selecionados por amostragem por conveniência. A análise dos dados se deu por estatística descritiva e inferencial (análise univariada e multivariada) para verificar a associação da hesitação vacinal com as variáveis do estudo. Foram entrevistados 349 profissionais de 73 unidades de saúde. A hesitação vacinal foi de 26,9%, com predominância após o início da pandemia de COVID-19 e em relação à vacinação contra o vírus pandêmico. A média de idade dos hesitantes foi de 40 anos, com predominância do sexo feminino, de cor/raça não branca, com ensino superior completo e renda média e tempo de atuação profissional maior que dos não hesitantes; porém estas variáveis não foram significativas para hesitação. Profissionais que prestam atenção direta aos pacientes como médicos e enfermeiros foram menos hesitantes. Os principais motivos para hesitação foram medo de eventos adversos, experiências ruins prévias com vacinas e ouvir informações negativas sobre vacinas. Ser influenciado por informações negativas sobre vacinas, conhecer profissionais que hesitam em se vacinar e em recomendar vacinas e ter outras pressões em suas vidas que os impeçam de se vacinar foram estatisticamente significativos para hesitação. Este estudo identificou a presença de hesitação vacinal entre os profissionais de saúde da atenção primária, mesmo para vacinas já estabelecidas há anos e aponta a complexidade deste fenômeno na população estuda, destacando a necessidade de melhor esclarecimento dos fatores que caracterizam esta hesitação bem como a educação destes profissionais para melhor aceitação da vacinação, culminando em aceitação vacinal coletiva na população em geral.

Palavras-chave: hesitação vacinal; cobertura vacinal; profissional de saúde; atenção primária à saúde; disseminação de informações.

ABSTRACT

Vaccination is still the best measure for controlling vaccine-preventable diseases. However, in recent years there has been a drop in vaccination coverage, culminating in outbreaks of diseases that had been controlled for years. In this scenario, vaccine hesitancy, defined as the delay, fear or refusal to be vaccinated, despite the availability of vaccines in health services, has gained strength, heightened by the dissemination of false information about vaccines. This may also be present in health professionals, who are potential influencers for the vaccination of the general population, especially for those who work in primary health care units (PHC) that establish links with the patients they serve. Vaccine hesitancy is a complex phenomenon and needs to be better understood in order to contribute to planning actions to increase vaccination coverage to recommended levels. This work aims to evaluate vaccine hesitancy among primary care health professionals in Campo Grande-MS, understanding the factors that determine it. This is a cross-sectional descriptive study carried out from November 2022 to August 2023, through the application of a structured questionnaire based on the World Health Organization (WHO) assessment of vaccine hesitancy. All professionals working in PHC units in urban and rural areas participated in the research, selected by convenience sampling. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics (univariate and multivariate analysis) to verify the association of vaccine hesitancy with the study variables. 349 professionals from 73 health units were interviewed. Vaccine hesitancy was 26.9%, with predominance after the start of the COVID-19 pandemic and in relation to vaccination against the pandemic virus. The average age of those who were hesitant was 40 years old, with a predominance of females, of non-white color/race, with completed higher education and an average income and professional experience longer than those who were not hesitant; however, these variables were not significant for hesitation. Professionals who provide direct care to patients such as doctors and nurses were less hesitant. The main reasons for hesitancy were fear of adverse events, previous bad experiences with vaccines and hearing negative information about vaccines. Being influenced by negative information about vaccines, knowing professionals who are hesitant to get vaccinated and to recommend vaccines, and having other pressures in their lives that prevent them from getting vaccinated were statistically significant for hesitancy. This study identified the presence of vaccine hesitancy among primary care health professionals, even for vaccines that have been established for years and highlights the complexity of this phenomenon in the study population, highlighting the need for better clarification of the factors that characterize this hesitancy as well as education of these professionals for better acceptance of vaccination, culminating in collective vaccination acceptance in the general population.

Keywords: vaccine hesitancy; vaccination coverage; healthcare professional; primary health care; dissemination of information.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Frequência de hesitação segundo vacina alvo da hesitação.	31
Figura 2: Frequência de recusa segundo vacina alvo da recusa.	31
Figura 3: Exemplos de informações negativas sobre vacinas segundo o período de ocorrência.	34
Figura 4: Fonte de informação mais utilizada para saber sobre vacinas.	35
Figura 5: Dificuldades em relação às temáticas para instruir os sujeitos que frequentam a unidade.	37
Figura 6: Dificuldades em relação às barreiras que impedem a instrução dos sujeitos que frequentam a unidade.	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico dos profissionais de saúde (n = 349).....	28
Tabela 2: Perfil socioeconômico e demográfico de profissionais hesitantes e não hesitantes. Campo Grande – MS, 2023.	30
Tabela 3: Razões referidas pelos profissionais para hesitação vacinal.	32
Tabela 4: Fontes de informação mais utilizada segundo ocorrência de hesitação vacinal.....	35
Tabela 5: Análise das variáveis de hesitação vacinal dos profissionais hesitantes e não hesitantes.....	38
Tabela 6: Dados da regressão logística multivariada da hesitação vacinal nos profissionais de saúde de Campo Grande – MS, 2023.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Programa Nacional de Imunizações (PNI).....	11
2.2 Coberturas vacinais e reemergência de doenças infecciosas no Brasil.....	14
2.3 Hesitação vacinal	18
2.4 Atenção primária à saúde	20
2.4.1 O profissional da atenção primária à saúde.....	21
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo geral.....	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
4.1 Tipo de estudo.....	24
4.2 Local e período da pesquisa	24
4.3 População elegível e dados do estudo.....	24
4.4 Análise dos dados.....	26
4.5 Aspectos éticos.....	27
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO.....	41
7 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	57
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOBRE HESITAÇÃO VACINAL (PROFISSIONAIS).....	59

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é uma das principais medidas preventivas contra doenças infecciosas, mostrando-se eficaz na redução de casos e até mesmo erradicação, quando altos percentuais de cobertura são alcançados. Contudo, mesmo com essa efetividade comprovada no controle de epidemias, a adesão à vacinação tem diminuído em todo mundo, culminando no retorno de doenças já controladas e dificuldades no controle de doenças que ainda representam elevados índices de morbidade e mortalidade (WHO, 2013). Deste modo, aspectos relacionados a quedas na cobertura vacinal devem ser identificados e estudados como componente do planejamento das ações em saúde pública para efetivação das medidas preventivas.

Uma das causas para essa queda nos percentuais de cobertura vacinal é a hesitação vacinal, definida como o atraso, receio ou mesmo a recusa em se vacinar, independente da disponibilidade das vacinas nos serviços de saúde. É um fenômeno complexo que envolve a falta de confiança na eficácia e segurança das vacinas, baixa percepções de risco para as doenças imunopreveníveis e dificuldades de acessibilidade e de acesso à informação (MacDonald, et al., 2015).

A hesitação vacinal tem sido potencializada, principalmente nos últimos anos, pela disseminação de falsas notícias, as chamadas “fake News” sobre vacinas, já que o acesso à informação tem sido cada vez mais ampliado e a publicação de conteúdos em mídias digitais está cada vez mais facilitada (Steffens et al., 2021).

Esta hesitação não se limita à população geral, mas atinge também os profissionais de saúde. Estudos indicam baixa adesão vacinal destes profissionais em cenários pré e pós-pandemia de COVID-19, mesmo de vacinas já estabelecidas no Programa Nacional de Imunizações de rotina há anos. Portanto reforça-se a importância da educação e formação continuada destes profissionais e a necessidade de pesquisas que investiguem os motivos que os levam a deixar de se vacinar (Sato, 2018; Del Duca et al., 2021; Berhe et al., 2022).

As ações de promoção e proteção da saúde, incluindo a vacinação, se consolidaram, principalmente, com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) pela criação dos Programas de Saúde da Família, em que estas ações chegam a populações socialmente vulneráveis, sendo o contato preferencial dos usuários com os serviços de saúde. Sendo assim, qualquer ação em massa, pensada e articulada pela esfera nacional, se concretiza nas unidades de APS, em que a vacinação como cuidado preventivo de promoção da saúde é oferecida, preferencialmente, na porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

Considerando o contexto da APS na qual os profissionais estão em contato direto com a população, realizando acompanhamento contínuo, estabelecendo vínculos e tornando-se referência para informações sobre saúde, a hesitação vacinal destes profissionais e os aspectos que a permeiam precisa ser compreendidos. Profissionais hesitantes em se vacinar estão mais propensos a não recomendar a vacinação dos pacientes atendidos, culminando em redução da confiança nas vacinas, percepções errôneas que levam à diminuição da cobertura vacinal geral (McRee et al., 2014; Yakub et al., 2014; Steffens et al., 2021).

Portanto, investigar e compreender a hesitação vacinal em profissionais de saúde atuantes na APS pode gerar informações que subsidiem o planejamento do conjunto de intervenções necessárias para a elevação dos percentuais de cobertura vacinal. Espera-se que os resultados possam contribuir para melhorias no Programa Nacional de Imunização, garantindo melhorias no letramento em saúde da população com participação ativa de profissionais de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Programa Nacional de Imunizações (PNI)

Historicamente, as primeiras campanhas vacinais brasileiras datam de 1804 e tinham por objetivo prevenir doenças infecciosas de grande incidência na época como a febre amarela, poliomielite e varíola. Estas campanhas eram de caráter obrigatório e diante deste método compulsório, a população criou resistência e sentimentos negativistas em relação às vacinas, estabelecendo crenças de que não eram seguras ou produzidas para o controle populacional (Beltrão, 2020).

Já em 1904, durante a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola, ocorreu a Revolta da Vacina. A população, desinformada e temerosa dos efeitos colaterais, reagiu violentamente. O movimento teve epicentro no Rio de Janeiro e foi liderado por diversos setores sociais. Os protestos resultaram em conflitos urbanos e confrontos com as autoridades. A revolta evidenciou a resistência da população à intervenção estatal em saúde pública. Porém, apesar dos embates, a vacinação se manteve e contribuiu significativamente para redução da varíola no país em meio a desafios de aceitação e conscientização social (Lima; Pinto, 2017).

Ao longo da primeira metade do século XX, as iniciativas de vacinação eram muitas vezes fragmentadas e regionais, refletindo a diversidade, contexto e questões socioeconômicas das diferentes regiões brasileiras. A década de 1970 foi marcante em avanços no setor saúde, especialmente no controle de doenças infecciosas imunopreveníveis. O sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola da Organização Mundial da Saúde fortaleceu, no Ministério da Saúde, ideais que defendiam maiores investimentos em imunização e iniciativas para a construção de base política, técnica e institucional. Neste momento, o Ministério da Saúde, com sede no Rio de Janeiro, era responsável pela operacionalização de programas das vacinas de tuberculose, varíola e febre amarela enquanto que vacinas como sarampo, tríplice bacteriana e poliomielite ficavam a cargo dos estados, em que a União intervia apenas em casos de epidemias (Lima; Pinto, 2017).

Então, em 1970, foi criado o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças e no seu interior a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES). O DNEES passa então a elaborar propostas articuladas no controle de doenças imunopreveníveis, com o apoio à produção e controle de qualidade da vacina antivaríola, a introdução dos conceitos de vigilância epidemiológica, implantação do Plano de Controle da

Poliomielite e o estabelecimento de mecanismos de avaliação das estratégias implementadas (Temporão, 2003).

Deste modo, de forma a reorganizar os meios em que a vacinação era implementada, tornando-a mais acessível, assertiva e também para reduzir as desigualdades sociais que dificultam o acesso a esses imunobiológicos, foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973. Com a sua criação, o Brasil torna-se referência mundial na disponibilização de vacinas de modo universal, seja em unidades de saúde, como também em locais de difícil acesso, considerando a diversidade sociocultural da população brasileira (Brasil, 2013; Beltrão, 2020).

Ressalta-se que o PNI não se limita apenas à distribuição das vacinas e demais imunobiológicos, mas está relacionado desde a produção de imunobiológicos, administração das vacinas e o acompanhamento pós-vacinal, com monitoramento dos efeitos esperados e eventos adversos. Sendo assim, para o alcance da cobertura vacinal esperada, garantindo um serviço de excelência em vacinação é necessário o planejamento de ações a nível de gestão governamental nas três esferas de atuação (municipal, estadual e federal), estruturais e na aplicação dos imunobiológicos (Gugel, 2021).

Em 1977 foi publicado o primeiro calendário nacional de vacinação, através da Portaria Ministerial nº 452/1977, composto por quatro vacinas obrigatórias disponíveis para o primeiro ano de vida (Brasil, 1977). A partir de então iniciou a primeira política pública de universalização da vacinação com abrangência nacional, já que, antes disso, as ações de vacinação se limitavam a programas de controle de doenças específicas como da varíola e febre amarela ou por programas desenvolvidos por estados que detinham recursos para adquirir vacinas como para o controle da poliomielite, sarampo ou difteria, tétano e coqueluche com a vacina tríplice bacteriana (DTP) (Domingues et al., 2020).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década de 1980, ampliou a relevância e atuação do PNI, possibilitando a distribuição milhões de doses de vacinas, de forma universal, conforme um calendário vacinal básico e por meio de campanhas de vacinação estrategicamente definidas (Sato, 2018).

No Brasil, 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. Fatores que contribuíram para esse sucesso foram o aprimoramento do PNI e o avanço da pesquisa, desenvolvimento e produção de imunobiológicos no país; as campanhas nacionais e os chamados “Dia D” de vacinação, que expressam a mobilização pública e favoreceram a adesão vacinal e também a melhora da comunicação e mídia das ações de vacinação,

convocando heróis nacionais e utilizando-se de linguagem simples e que explorasse a diversidade étnica e social da população brasileira. Como consequência direta do sucesso do PNI, houve o controle das doenças imunopreveníveis (Waldman; Sato, 2016).

A partir da década de 1990, houve a redução importante na incidência de doenças imunopreveníveis, que até a década de 1980 eram responsáveis por elevados números de casos como sarampo, coqueluche, poliomielite e difteria, com destaque para a certificação de área livre da circulação do poliovírus selvagem, em 1994 (Domingues et al., 2020).

Ao longo dos anos, foram incorporadas novas vacinas ao programa, contudo, somente em 2004, com a publicação da Portaria GM nº 597/2004, o calendário nacional de vacinação é dividido por ciclo de vida, beneficiando além das crianças, os adolescentes, adultos e idosos.

A efetividade do PNI tem sido avaliada ao longo dos anos, através de estudos de custo-efetividade desde 2006, após a introdução da vacina contra rotavírus, além de estudos epidemiológicos visando avaliar o impacto das vacinas no perfil de morbimortalidade de doenças imunopreveníveis, de forma a medir a adequação das estratégias de vacinação e as necessidades de readequação no calendário vacinal (Valentim, 2009; Sartori et al.; 2012; Domingues et al., 2020).

Considerando o sucesso do PNI, em 2013, com 40 anos do programa, ainda se mantinham altos índices de cobertura vacinal e o país mantinha o controle de doenças imunopreveníveis como sarampo e poliomielite, quatro anos sem casos de rubéola e erradicação da varíola desde 1973 (Brasil, 2013).

Desde a divisão do calendário vacinal por ciclo de vida até o ano de 2016, foram publicadas outras sete portarias, além de Notas Informativas que introduziram novas vacinas ao PNI e regulamentaram e ampliaram a utilização das vacinas já existentes no calendário para outros grupos alvo (Domingues et al., 2020). No entanto, essas coberturas começaram a declinar cerca de 10 a 20 pontos percentuais a partir de 2016 (Brasil, 2018a), juntamente com o aumento da mortalidade infantil e materna observada no mesmo período (Brasil, 2018b; Sato, 2018).

Muitos fatores podem ser apontados como possíveis causas para essa queda, como o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) ou aspectos técnicos como a implantação do novo sistema de informação de imunização, ou mesmo aspectos sociais e culturais como as concepções negativas sobre vacinas, que afetam a aceitação da vacinação (Domingues; Teixeira, 2013; Barbieri et al., 2015; Barbieri et al., 2017; Succi, 2018). Paralelamente a estes fatores, encontram-se os movimentos antivacina que têm ganhado impulso, possivelmente pelo aumento de informações de saúde incorretas compartilhadas nas redes e mídias sociais (Dubé et al., 2015).

Com relação à informatização dos dados vacinais, a partir de 2010, foi criado o SIPNI, na tentativa de diminuir problemas com a qualidade de dados e permitir o acompanhamento individualizado, com identificação da situação vacinal do sujeito bem como o aprazamento das doses. Porém, ainda há problemas relatados por estados e municípios relacionados à transmissão de dados locais para a base nacional o que pode comprometer a contabilização da cobertura vacinal. Diante disso, o Ministério da Saúde tem constantemente reformulado o SIPNI, na tentativa de contar com um repositório único de registros vacinais, com registros em instituições do SUS e de iniciativa privada (Domingues et al., 2020; Brasil, 2019).

2.2 Coberturas vacinais e reemergência de doenças infecciosas no Brasil

Até a década de 1970, foi observada no Brasil uma situação de descontinuidade na disponibilidade das vacinas, com campanhas esporádicas e baixas coberturas vacinais. Surto e epidemias de doenças imunopreveníveis eram frequentes no país, acompanhadas de elevadas taxas de morbimortalidade. O sarampo era a principal causa de morte entre crianças de um a quatro anos em diversas cidades, enquanto a poliomielite deixava grande número de indivíduos com sequelas motoras e impactos negativos na qualidade de vida (Waldman; Sato, 2016).

Com a criação do Programa Nacional de Imunizações em 1973, nos anos seguintes, graças aos elevados índices de cobertura vacinal, foi possível o controle de diversas doenças infecciosas, como a erradicação da varíola em 1973, a certificação da erradicação da transmissão autóctone de poliomielite, a eliminação do sarampo e o declínio do número de casos de coqueluche, difteria, rubéola e tétano acidental. Vale destacar que as doenças infecciosas representavam a principal causa de mortalidade desde o início do século XX (Brasil, 2019).

A vacina contra sarampo, uma das mais estabelecidas no Brasil no momento da criação do PNI, foi introduzida como rotina no calendário vacinal nacional e diversas campanhas foram realizadas para vacinação em massa. Na década de 1990 foram alcançadas coberturas vacinais acima de 90%, com o alcance de 100% de cobertura nos anos 2000 (Prevots et al., 2003). Já em relação à vacina da poliomielite, esta atingiu altos índices de cobertura vacinal a partir da década de 1990. No período de 1997 a 2005, todas as regiões brasileiras atingiram índices de cobertura acima de 97% (Maciel et al., 2023).

No período de 2010 a 2015, foi observada uma estagnação nos percentuais de cobertura vacinal, que entraram em declínio a partir de 2016. Nesta década, novas vacinas foram incorporadas no calendário vacinal e estas alcançaram altos índices inicialmente, porém, ao

longo dos anos, acompanharam o declínio das demais vacinas que já estavam estabelecidas (Leite et al., 2022).

Em 2010 a vacina pneumocócica 10 foi adicionada ao calendário vacinal em três doses administradas no primeiro ano de vida e um reforço aos 12 meses. Um estudo ecológico comparou indicadores epidemiológicos antes e após a introdução desta vacina e concluíram que em 2012, houve redução de 50% na taxa de incidência e 69% na mortalidade por meningite pneumocócica comparado ao ano de 2007 (Grando, et al., 2015).

A vacinação contra o HPV tem apresentado desafios consideráveis para o alcance da cobertura vacinal preconizada que é de 80%. Incluída no calendário vacinal em março de 2014, a cobertura vacinal geral no Brasil, desde sua implantação até o ano de 2022, para a população feminina na primeira dose foi de 75,91% e na segunda dose de 57,44%; já para a população masculina foi de 52,26% para a primeira dose e 36,59% para a segunda dose. A maioria dos municípios atingiu a meta de 80% para a primeira dose na população feminina, porém menos da metade destes atingiram a meta para a segunda dose nesta mesma população e para nenhuma das duas doses na população masculina. Disseminação de falsas notícias em relação a estas vacinas, seja entre os adolescentes e mesmo entre os pais e responsáveis, além de questões de acessibilidade e baixa capacitação para o atendimento de adolescentes são fatores que tem contribuído para estas baixas coberturas. (Brasil, 2023a).

Em 2014 houve a introdução da vacina inativada contra hepatite A no calendário nacional. Verificou-se, então, a redução na taxa de incidência, que caiu de 3,29 para 0,80/100 mil entre 2014 e 2018, sugerindo um efeito de imunidade de rebanho, com destaque para a queda expressiva no número de casos em crianças menores de cinco anos, população-alvo da vacina. Contudo, esta queda se estacionou, devido a oscilações na cobertura vacinal, com alcance da meta preconizada de 95% apenas no ano de 2015 (Brito; Souto, 2020).

No final de 2014 foi implantada a vacina DTPa para gestantes, na intenção de que os anticorpos maternos produzidos no contato com a vacina conferissem proteção ao feto. Estudos mostram que houve redução significativa do número de casos de coqueluche, especialmente em crianças menores de dois meses, nos anos seguintes, comprovando a efetividade desta estratégia (Santana; Luhm; Shimakura, 2021).

Como provável consequência desse histórico de quedas nos percentuais de cobertura vacinal, diversos surtos e epidemias tem ocorrido no Brasil e no mundo desde o início dos anos 2000, com intensificação a partir de 2010 (Conasems, 2023).

A partir de 2011, houve um aumento abrupto dos casos de coqueluche no Brasil, com uma incidência quatro vezes maior do que o ano de 2010. O maior número de casos se

concentrou em crianças menores de um ano, com predomínio em crianças menores de seis meses que ainda não completaram o esquema vacinal de três doses da pentavalente. Apesar da grande maioria das crianças mais velhas que adquiriram a doença terem completado o esquema vacinal, as crianças menores de seis meses, faixa etária em que se concentrou o maior número de casos, estavam suscetíveis pela incompletude do esquema vacinal, como também pelo atraso na administração das doses recomendadas para a idade (Brasil, 2015).

Em 2014, houve a reemergência de febre amarela em áreas metropolitanas da região sudeste do Brasil. Até então, a transmissão urbana da doença tinha sido eliminada em 1942, após ações de controle do vetor e a introdução da vacina em 1937 mantendo apenas o ciclo silvestre em primatas não-humanos e endêmica em regiões não urbanas da Amazônica. A epidemia de 2014 foi caracterizada pelo início de casos da doença na região Centro-Oeste, com aumento progressivo dos casos em 2017 e 2018 e a disseminação para a região sul em 2019. Destaca-se o perfil epidemiológico da população acometida nestas regiões, que em grande parte eram homens adultos, com exposição ocupacional de risco e com baixa cobertura vacinal; além disso, estas regiões não eram consideradas de risco para febre amarela e a vacina não era disponibilizada no calendário de rotina (Brasil, 2019).

Em 2017, um surto de hepatite A entre homens na faixa etária de 20 a 39 anos no estado de São Paulo elevou os índices da doença no país. Estes casos provavelmente se relacionam a práticas sexuais de risco; porém, esse surto despertou a necessidade de ampliar a vacinação para outros grupos além das crianças menores de 5 anos e em 2018 a Secretaria de Saúde de São Paulo disponibilizou a vacina para homens que fazem sexo com homens (HSH) (Brasil, 2018b, Brito; Souto, 2020).

Em 2018, no mês de fevereiro, foram confirmados casos de sarampo em Roraima, em imigrantes venezuelanos. Em seguida, brasileiros também foram afetados, com destaque para os não vacinados. Em março foram identificados os primeiros casos em Manaus-AM, com predominância nas crianças menores de 5 anos de idade. Nos anos de 2018 e 2019 todos os grupos etários foram afetados, com predominância para a população de 15 a 29 anos, em 13 unidades da federação. Com relação à situação vacinal das pessoas que adoeceram de sarampo neste surto, 70% não foram vacinadas, isto é, não comprovaram o recebimento anterior de nenhuma dose de vacina contendo o componente do sarampo. Destes 13 estados que registraram surto de sarampo, apenas 5 alcançaram coberturas vacinais $\geq 95\%$ para dose um (D1) de tríplice viral e nenhum deles alcançou esta meta para a dose dois (D2) dessa vacina. Esta realidade deixa o Brasil em permanente situação de risco, e a possibilidade da manutenção da transmissão do vírus do sarampo (Brasil, 2019).

Em 2020 e 2021 este declínio na cobertura vacinal se acentuou, resultado de muitos fatores como a sobrecarga dos sistemas de saúde pela pandemia de COVID-19, com relatos de interrupção da vacinação de rotina, mas também pela intensificação de movimentos antivacina propagados nas mídias digitais e redes sociais (Conasems, 2023).

Em relação à vacina contra COVID-19, esta foi disponibilizada a partir de janeiro de 2021 para grupos específicos como idosos e profissionais de saúde, se estendendo para a população geral nos meses seguintes. No primeiro ano de sua introdução a cobertura vacinal de esquema completo, considerado com a administração de duas doses, alcançou índices de 85% na população de 20 anos e 98% na população acima de 60 anos de idade. Graças a estes índices, houve redução de 74% dos casos graves e 82% daqueles que receberam a vacina quando comparado aos não vacinados (Santos et al., 2023).

Em julho de 2023, o Ministério da Saúde recebeu e divulgou dados de um surto de coqueluche na Bolívia; até o início de agosto de 2023, foram confirmados 693 casos da doença neste país, sendo que 435 são em menores de 5 anos e 258 nos maiores de 5 anos com a ocorrência de 8 óbitos. Essa situação repercute em países fronteiriços à Bolívia, como o Brasil. No Brasil, entre 2019 e 2023 (até a semana epidemiológica 29), foram confirmados 87 casos da doença e destes, 44 casos são de estados que fazem fronteira com a Bolívia (Acre, Rondônia, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul). Nesse período a cobertura vacinal esteve em queda progressiva, com o percentual de cobertura da vacina pentavalente de 73,44% no Brasil em 2019 para 47,93% em 2023. Nenhum estado brasileiro atingiu a meta de 95% proposta pelo Ministério da Saúde de cobertura vacinal, nesse período, da respectiva vacina (Brasil, 2023b).

Esta queda na cobertura vacinal, que culminou em surtos e epidemias de doenças imunopreveníveis, pode ser explicada por diversos fatores, que vão desde questões estruturais como o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde, desabastecimento de imunobiológicos, implementação do sistema de informação do PNI e número insuficiente de profissionais capacitados para atender à demanda, até questões sociais e culturais, movimentos antivacina e falta de conhecimento sobre vacinas pela população. Contudo, enquanto que até a década de 1980, os baixos índices de cobertura vacinal se concentravam, em sua maioria, em populações menos favorecidas socioeconomicamente, nos últimos anos, essa baixa cobertura se concentra em população mais favorecidas socioeconomicamente e a causa para tal fenômeno é a hesitação vacinal (Conasems, 2023).

Portanto, a queda das coberturas vacinais vai além dos investimentos em medidas preventivas e da disponibilidade dos imunobiológicos de forma gratuita e acessível nos serviços de saúde, o que caracteriza o fenômeno de hesitação vacinal.

2.3 Hesitação vacinal

A hesitação vacinal é um fenômeno comportamental complexo, que varia de acordo com o momento histórico, com o contexto/local em que acontece, seja pela forma de abordar e perceber o problema e pelas características da população, e também com o tipo de vacina. Pode ser definida como o atraso em aceitar ou mesmo a recusa das vacinas recomendadas mesmo que elas estejam disponíveis nos serviços de saúde (WHO, 2014).

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a hesitação vacinal como uma das dez maiores ameaças à saúde pública no mundo. Ainda segundo a OMS, trabalhadores (as) da saúde são os principais influenciadores nas decisões sobre vacinação, especialmente aqueles que trabalham diretamente com a comunidade como os profissionais da APS e estes devem ser apoiados para fornecer informações confiáveis (WHO, 2019).

Há fatores que interrelacionam-se e determinam este fenômeno, conhecido como modelo dos “3Cs” proposto pela OMS em 2011, sendo eles: confiança, complacência e conveniência. A confiança envolve acreditar na segurança e efetividade das vacinas, mas também nos gestores que as recomendam e profissionais vacinadores e no sistema de saúde que as fornece; a complacência se caracteriza pela baixa percepção do risco de contrair uma doença imunoprevenível e o sujeito hesitante, portanto, não considera a vacina necessária; já a conveniência considera aspectos relacionados à acessibilidade geográfica, a disponibilidade para dirigir-se a uma unidade de saúde e também a capacidade de compreensão das informações sobre saúde (MacDonald, 2015).

Diante disso, diversos fatores podem contribuir para o fenômeno da hesitação vacinal, o que leva a quedas acentuadas nas coberturas vacinais, sendo eles: a dúvida com relação à eficácia das vacinas, medo de possíveis eventos adversos que evoluam para quadros clínicos graves, disseminação de informações equivocadas na mídia e questões filosóficas e religiosas, culminando em perda da confiança nas vacinas e nos programas de imunização, promovendo situações de dúvidas na população como um todo, mas também em profissionais de saúde. (Camargo, 2020; Larson, 2014).

É importante destacar que opiniões de pessoas da comunidade e profissionais de saúde contrários à vacinação, associado a crenças religiosas e nível educacional, têm impactado na hesitação vacinal (Cerdeira; Garcia, 2021). No cenário de aumento do fluxo e disseminação rápida de informações, com o avanço dos recursos tecnológicos digitais e da universalização do acesso a eles, identificar a veracidade dos conteúdos recebidos, principalmente em redes sociais, tem

sido um grande desafio e esta questão deve ser tratada com muita responsabilidade. Esta ampla propagação de informações tem grande impacto na tomada de decisão das pessoas (Sanches; Cavalcanti, 2018)

Sendo assim, a disseminação de informações falsas sobre vacinas, engajada pelos movimentos contrários à vacinação, impactou na redução da cobertura vacinal em diversas regiões do país, o que levou ao ressurgimento de doenças imunopreveníveis que estavam sob controle, como por exemplo o Sarampo em 2018 (Sato, 2018). Já no contexto da pandemia de COVID-19, a disseminação de informações falsas sobre vacinas, a partir de 2020, aumentou significativamente e movimentos negacionistas e contra órgãos da saúde e científicos têm ganhado espaço nas redes sociais e encontrado adeptos por todo o mundo (Beltrão et al., 2020).

A OMS traz então o conceito de “infodemia”, definido como a quantidade excessiva de informações inseguras sobre determinado problema em saúde, que estão associadas a momentos históricos em que as pessoas vivem sob grande medo e cria tumulto e desconfiança em indivíduos leigos, o que dificulta o planejamento de soluções. E no contexto da pandemia de COVID-19, as mudanças constantes na compreensão científica geram medo, incertezas e desconfiança na população (Zarocostas, 2020).

Perfis de pessoas que hesitam em se vacinar têm sido traçados por diversos estudos. Estas podem ser classificadas em pessoas narcisistas - colocam-se como detentoras de um conhecimento privilegiado e inédito - ingênuas - têm acesso limitado a fontes confiáveis e verdadeiras e baixa capacidade de senso crítico para analisar as informações recebidas - e possuem dificuldade na compreensão de aspectos epidemiológicos e imunológicos que os impedem de compreender o sucesso das medidas profiláticas como a vacina (Oliveira, 2021).

A avaliação da hesitação vacinal tem sido um grande desafio. Por tratar-se de um conceito atual, a validação de instrumentos e questionários ainda é limitada, sendo que a maioria deles são elaborados em contextos sociais de alta rentabilidade e nível socioeconômico e educacional elevado e que podem não abordar todos os determinantes da Matriz de Hesitação Vacinal. Contudo, a Organização Mundial da Saúde tem proposto questionários com perguntas abertas e fechadas e a Escala de Likert de cinco pontos sobre hesitação vacinal como forma de compreender o fenômeno de hesitação vacinal (Larson et al., 2015).

Profissionais de saúde também apresentam comportamentos de hesitação vacinal. Estes profissionais podem ser categorizados em dois grupos: os radicais, que são contrários a todas as vacinas e que se utilizam de argumentos filosóficos, religiosos e/ou mesmo científicos para tal e os seletivos, contrários apenas a algumas vacinas ou ao esquema vacinal em vigor (número de doses, intervalo), baseados em motivações científicas. Nesse sentido, os discursos e

afirmações ditas por eles como científicas para justificar esta hesitação se baseiam na crença da superioridade da imunidade natural e adquirida produzida pela própria infecção, sobrecarga antigênica pelo número de doses das vacinas e autoimunidade provocada por vacinas (Levi, 2013).

A ocorrência de hesitação vacinal entre estes profissionais é variável e depende de diversos fatores, como baixa percepção de risco para doenças imunopreveníveis, medo de efeitos adversos, dúvidas sobre eficácia e utilidade da vacina e falta de conhecimento sobre vacinas, com predominância do uso de fontes de informações não oficiais para saber sobre vacinas (Verger et al., 2015; Rabaan et al., 2020; Del Duca et al; 2021). Questões ocupacionais também são importantes fatores que contribuem para a hesitação vacinal. Profissionais insatisfeitos com o trabalho ou que foram pressionados a se vacinar são mais hesitantes (Bell et al., 2022). No contexto da atenção primária, os profissionais são fontes de informação sobre vacinas, já que atuam nas unidades em que as vacinas são disponibilizadas e possuem papel fundamental para a manutenção da confiança nas vacinas. O conhecimento destes profissionais pode variar de acordo com seu âmbito de atuação, qual seja assistencial ou administração, e o acesso à informação sobre vacinas contribui para a hesitação destes profissionais, bem como dos sujeitos atendidos por eles (Souza et al., 2022).

2.4 Atenção primária à saúde

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 - a APS envolve o conjunto de ações individuais e coletivas de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e vigilância em saúde, realizada por uma equipe multiprofissional e em um território definido, ofertada de forma integral e gratuita e articulada a uma rede de atenção à Saúde (RAS) com outros serviços, sendo a porta de entrada prioritária ao Sistema de Saúde. Considera a complexidade biopsicossocial do território no qual se insere e é regida por princípios e diretrizes como: universalidade, integralidade, equidade, territorialização, regionalização, coordenação do cuidado e cuidado centrado no indivíduo e participação da comunidade. A estratégia prioritária da ABS é a Saúde da Família.

A APS busca reorganizar o Sistema de Saúde local, através da análise de características comuns a determinadas populações, mas, também, características particulares de populações específicas, considerando aspectos econômicos, culturais e de saúde. Sendo assim, a APS tem

por finalidade melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição dos recursos em saúde (Brasil, 2011).

Em se tratando de vacinação, a APS é o local vinculado intrinsecamente a essa atividade, como um cuidado preventivo e de promoção da saúde. Nesta equipe de saúde o vacinador é peça-chave do processo de imunização, porém, sua atividade não se desvincula dos demais profissionais da equipe de saúde, que trabalham em conjunto para a orientação da população quanto à importância de se vacinar de forma a alcançar a proteção individual e coletiva (Brasil, 2013).

Dentre as ações de imunização realizadas pelos profissionais da APS estão: verificações frequentes dos cartões de vacina de determinados públicos-alvo, acompanhamento dos registros das vacinas em cartão espelho, visitas domiciliares no território de abrangência, vacinação extramuros em instituições como escolas, utilização de variados meios de comunicação para sensibilização e orientação quanto à importância da vacinação, busca ativa de sujeitos com doses vacinais em atraso, vacinação de bloqueio e ações de educação em saúde (Souza, 2020).

2.4.1 O profissional da Atenção Primária à Saúde

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica são diversas as atribuições dos profissionais da APS, dentre elas: a participação na territorialização e mapeamento da área da atuação da equipe de saúde da família; manter atualizado o cadastramento das famílias do território; identificar e acompanhar indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; realizar acompanhamento em saúde de uma população adstrita, seja na unidade de saúde como também no domicílio e em espaços comunitários; atender os indivíduos de forma integral, contemplando as ações de saúde da APS (promoção, proteção, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e vigilância); acolher usuários com escuta qualificada; atender demanda espontânea; realizar busca ativa; notificar doenças e agravos no território e realizar trabalhar interdisciplinar em equipe (Brasil, 2017).

Considerando a dinâmica da territorialização realizada pela APS, grandes desafios se apresentam pelos profissionais que ali atuam. Estes se deparam com realidades socioeconômicas das mais diversas formas, em grande parte com populações vulneráveis e que carecem de recursos até mesmo para subsistência e com maiores necessidades e demandas em saúde, já que a saúde é produzida nos espaços onde as pessoas estabelecem relações em diferentes contextos políticos, econômicos e sociais. Ou seja, intervir nas condições de saúde

nem sempre são suficientes para a promoção desta, o que pode gerar frustrações para estes profissionais (Souza et al., 2021).

Por outro lado, os profissionais da APS têm um papel essencial para o desenvolvimento de habilidades pessoais para a proteção da saúde da população. Para tanto os profissionais articulam recursos disponíveis na comunidade e identificam as necessidades em saúde, estabelecendo vínculos e promovendo diálogo com os usuários da área adstrita em que atuam (Sicoli; Nascimento, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a hesitação vacinal em profissionais de saúde da atenção primária de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

3.2 Objetivos específicos

Com base no objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram elencados:

- a) Descrever a frequência de hesitação vacinal entre profissionais de saúde segundo categoria profissional;
- b) Apresentar o perfil sociodemográfico da população estudada;
- c) Compreender os motivos relacionados com a hesitação vacinal na perspectiva dos profissionais de saúde;
- d) Identificar as informações negativas sobre vacinas recebidas pelos profissionais, bem como as fontes de informação utilizadas para saber sobre vacinas;
- e) Relatar as dificuldades dos profissionais quanto à orientação sobre vacinação; e
- f) Verificar a associação entre a ocorrência de hesitação vacinal e características individuais da população estudada.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal que foi fundamentado em dados primários. O desfecho avaliado foi a ocorrência de hesitação vacinal entre os profissionais de saúde da atenção primária.

4.2 Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada em Campo Grande, a capital do Estado de Mato Grosso do Sul, que possui área de 8.083 km² com uma população de 897.938 habitantes (IBGE, 2022). A cidade representa 32,57% da população total do estado e é a 15^a capital mais populosa do Brasil.

Em relação aos aspectos sociodemográficos, em 2023, Campo Grande apresentava uma população que em sua maioria é do sexo feminino (51,53%), na faixa etária de 20 a 24 anos, de cor/raça branca (50,58%), residentes na área urbana (98,65%). Em relação à renda, a maior parte dos trabalhos recebiam menos do que três salários mínimos, com um contingente maior recebendo de 1,01 a 1,5 salários mínimos (26,88%) e dentre a população economicamente ativa, 93,4% estavam empregadas (Planurb, 2023). Quanto à educação, segundo estatísticas do eleitorado do Tribunal Superior Eleitoral de 2023, 41,3% da população eleitora tinham ensino médio completo ou incompleto, 31,2% possuíam ensino superior completo ou incompleto, 23,4% possuíam ensino fundamental completo ou incompleto, 2,3% apenas liam e escreviam e 1,1% não era alfabetizada (TSE, 2023).

A coleta de dados ocorreu durante 10 meses, com início em novembro de 2022 e término em agosto de 2023. No início do período de coleta de dados, em Campo Grande havia 74 unidades básicas de saúde. Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicam que 3080 profissionais estavam vinculados a estas unidades em novembro de 2022.

4.3 População elegível e dados do estudo

Foram considerados elegíveis todos os profissionais de saúde com idade mínima de 18 anos que atuavam na atenção primária à saúde de Campo Grande. A seleção destes profissionais se deu por amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que não foram estabelecidos os quantitativos máximo e mínimo de participantes.

Após anuência da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, foi realizado o contato com a coordenação dos Distritos Sanitários do município e com a gerência de cada unidade básica de saúde (ou unidade de saúde da família) para o agendamento da melhor data para realizar as entrevistas.

Cada unidade foi visitada uma vez para apresentação da pesquisa e do instrumento de coleta de dados. Neste momento, os profissionais que consentiram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE – APENDICE A) e responderam um questionário composto por 28 questões que contemplavam dados demográficos, socioeconômicos, percepção em relação às vacinas, hesitação vacinal, acesso às unidades de atenção primária à saúde e processos de trabalho (APENDICE B). Este questionário é uma versão adaptada de um conjunto de questões propostas pela Organização Mundial da Saúde para avaliação da hesitação vacinal (Jarret et al., 2015).

Para os participantes que consentiram participar, mas não puderam responder as questões diretamente ao entrevistador durante o momento em que a equipe de campo estava na unidade de saúde, foram disponibilizadas versões impressas do questionário que foram recolhidas na unidade de saúde após uma semana. Em algumas ocasiões, também foi disponibilizado o link do REDCap com o instrumento eletrônico que continha o TCLE na primeira página. Este link foi disponibilizado aos gerentes das unidades para o envio aos profissionais que não estavam nas unidades no momento da visita realizada pela equipe de campo.

A definição de hesitação vacinal adotada no estudo e contida no enunciado de um das questões do questionário é a mesma adotada pela OMS (WHO, 2014): “atraso em aceitar se vacinar ou até mesmo recusar a vacinação independente da disponibilidade de vacinas no SUS; a hesitação envolve fatores pessoais (como religião, cultura e política), fatores sobre a confiança no sistema de saúde e nas vacinas disponíveis (incluindo medo de efeitos adversos) e na importância da vacinação e conveniência em se vacinar (dificuldade de faltar ao trabalho, não ver necessidade na vacinação, etc.)”. Com base nesta definição, os próprios participantes responderam se hesitaram ou não.

As variáveis do estudo se relacionam ao perfil sociodemográfico (idade, sexo, cor/raça, escolaridade, categoria profissional, tempo de atuação profissional e renda), percepção sobre vacinas (hesitação, recusa, motivos ou pressões que levam à hesitação, motivo para as pessoas não se vacinarem, informações negativas sobre vacinas e fontes de informação para saber sobre vacinas), acessibilidade aos serviços de saúde (dificuldade de grupos comunitários, percentual

de hesitação da população, líderes comunitários que desencorajam a vacinação, impacto da hesitação do profissional na hesitação dos pacientes atendidos) e processos de trabalho (recomendação da instituição para se vacinar, outros profissionais que hesitam vacinar-se e recomendar a vacinação, dificuldades para orientar sobre vacinas).

A variável raça/cor da pele foi categorizada em “branco/não-branco”. A variável escolaridade foi categorizada em ensino médio (completo), ensino superior (completo/incompleto), especialização (concluída) e pós-graduação (mestrado, doutorado e pós-doutorado; todos concluídos). A variável renda foi categorizada em número de salários mínimos e teve como referência a medida provisória nº 1143 de 12 de dezembro de 2022, que definiu o salário mínimo para o início de 2023 de R\$ 1302,00.

A variável categoria profissional foi categorizada em médicos, enfermeiros, outros profissionais de nível superior (farmacêuticos, odontólogos, assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos e gerentes de unidades), técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde/agente de combate a endemias e outros profissionais de saúde de nível fundamental e médio (assistente administrativo, auxiliar de saúde bucal). Os profissionais reunidos em uma mesma categoria, seja de nível superior ou de nível fundamental e médio possuem escolaridade e letramento em saúde sobre vacinação semelhantes, portanto, reunidos na mesma categoria.

4.4 Análise dos dados

A estatística descritiva foi utilizada para descrever e analisar todas as variáveis do estudo. Os dados foram expressos em gráficos e tabelas de frequências absolutas e relativas para a população total do estudo e também segundo presença/ausência de hesitação vacinal. O software Microsoft Excel (versão 2016) foi utilizado para a confecção dos gráficos.

A estatística inferencial foi utilizada para avaliar a associação estatística entre a hesitação vacinal e demais variáveis do perfil demográfico, socioeconômico e processos de trabalho na atenção primária à saúde. O teste qui-quadrado foi utilizado nesta etapa da análise. Quando a pressuposição do teste qui-quadrado não foi satisfeita (ou seja, quando alguma frequência esperada foi menor que 5), o teste exato de Fisher foi utilizado. Testes de comparação de média foram utilizados para verificar a associação estatística entre as variáveis quantitativas.

O modelo de regressão logística binomial foi utilizado para avaliar a associação entre desfecho e as covariáveis incluídas na etapa anterior que apresentaram associação com p-valor

menor ou igual à 0,20. O algoritmo *stepwise* (considerando as duas direções *backward* e *forward*) e o critério de informação de Akaike (AIC) foram utilizados para a seleção das variáveis, controle de possíveis fatores de confusão e definição do modelo com melhor ajuste. A presença de multicolinearidade pelo *variance inflation factor* (VIF). Como medida de ajuste, foi utilizado o teste de Hosmer e Lemeshow. O nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) foi adotado para todos os testes de hipótese realizados.

O software R versão 4.3.2 foi utilizado para a análise de associação e para o modelo de regressão.

4.5 Aspectos éticos

Os resultados desta dissertação são parte dos resultados do projeto “Avaliação de aspectos relacionados à vacinação: cobertura, efeitos adversos e hesitação”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (CAAE: 47947821.0.0000.0021), sob parecer n. 5.200.726.

5 RESULTADOS

Durante o período de coleta de dados, foram entrevistados 349 profissionais de saúde de 73 unidades de saúde. Houve uma unidade em que nenhum profissional aceitou participar do estudo por relato de falta de tempo para responder o questionário.

A Tabela 1 apresenta a descrição do perfil demográfico dos profissionais entrevistados. Em sua maioria, são do sexo feminino (82,5%), com faixa etária de 30 a 39 anos (34,4%; idade média = 39,3 anos; mediana = 39 anos; desvio padrão = 25,45), de cor/raça parda (46,1%), com ensino superior (32,4%) e renda de 1 a 5 salários mínimos (69,3%).

A categoria profissional mais frequente foi de técnicos de enfermagem (29,2%), seguido pelos agentes comunitários de saúde (ACS) / agente de combate a endemias (ACE) (25,2%). Outros profissionais de saúde de nível superior incluíram: farmacêuticos, odontólogos, assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos e gerentes de unidade. A média do tempo de atuação profissional foi de 9,91 anos, com mediana de 9 anos, sendo que a categoria que representou maior quantidade foi a de 10 a 19 anos de atuação (37,2%; média = 16,5 anos; mediana = 16,5 anos; desvio padrão = 23,33).

Tabela 1 - Perfil socioeconômico e demográfico dos profissionais de saúde ($n = 349$)

Variável	Categoria	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Faixa etária (em anos)	18 a 29	60	17,2
	30 a 39	120	34,4
	40 a 49	116	33,2
	50 a 59	45	12,9
	60 e mais	8	2,3
Sexo	Masculino	61	17,5
	Feminino	288	82,5
Raça/cor	Branca	139	39,8
	Não-branca	210	60,2
Escolaridade	Ensino médio	106	30,4
	Ensino superior	157	45
	Especialização	83	23,8
	Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	3	0,8
Renda	Até 1 salário mínimo	6	1,7
	De 1 a 5 salários mínimos	242	69,3
	De 6 a 10 salários mínimos	57	16,4
	Acima de 10 salários mínimos	20	5,7
	Não informado	24	6,9

Categoria Profissional	Enfermeiro	52	14,9
	Médico	22	6,3
	Outros profissionais de nível superior	42	12,1
	Técnico de Enfermagem	102	29,2
	ACS/ACE	88	25,2
	Outros profissionais de nível fundamental e médio	43	12,3
Tempo de atuação profissional (em anos)	Menos de 1	13	3,7
	1 a 3	67	19,3
	4 a 6	62	17,8
	7 a 9	36	10,3
	10 a 19	130	37,2
	20 e mais	41	11,7

Ao serem questionados sobre o potencial de proteção das vacinas, a grande maioria (348, 99,7%) afirmou que as vacinas podem proteger adultos e crianças de doenças graves. Destes, 38 (10,9%) profissionais passaram a acreditar e confiar no potencial protetivo das vacinas somente após o início da pandemia de COVID-19.

Com relação à hesitação vacinal, considerando o conceito descrito no questionário aplicado a todos os respondentes, 94 (26,9%) profissionais relataram hesitação; destes, 52 (55,3%) recusaram alguma vacina. A hesitação, com ou sem recusa, foi mais frequente após o início da pandemia de COVID-19. Entre os 94 hesitantes, 73 (77,7%) e 44 (84,6%) hesitaram e recusaram, respectivamente, somente após o início da pandemia. Devido à importância e magnitude da recusa vacinal como ponto máximo de hesitação, este dado foi apresentado a parte, considerando que os profissionais podem apenas ter dúvidas, receios ou atrasar alguma dose vacinal como parte de hesitação. Destaca-se que, a hesitação e recusa que ocorreram após o início da pandemia não está relacionada, necessariamente, à vacina contra o vírus pandêmico; trata-se apenas do período em que o profissional hesitou/recusou.

A Tabela 2 apresenta o perfil socioeconômico e demográfico dos profissionais segundo a ocorrência de hesitação vacinal. De modo geral, entre os hesitantes, foram mais frequentes as mulheres, pessoas não-brancas, com ensino superior e ocupantes de funções de nível médio de escolaridade (técnicos administrativos e auxiliares de saúde bucal). Contudo, nenhuma destas variáveis apresentou associação significativa na análise univariada.

Tabela 2: Perfil socioeconômico e demográfico de profissionais hesitantes e não hesitantes. Campo Grande – MS, 2023.

Variável	Hesitação		p-valor
	Não (n = 255)	Sim (n = 94)	
Idade média			
Média (DP)	39,0 (9,7)	40,0 (10,1)	0.408
Sexo	n (%)	n (%)	
Feminino	206 (71,5)	82 (28,5)	0.212
Masculino	49 (80,3)	12 (19,7)	
Cor/raça	n (%)	n (%)	
Branco	103 (74,1)	36 (25,9)	0.817
Não-branco	152 (72,4)	58 (27,6)	
Escolaridade	n (%)	n (%)	
Ensino médio	76 (71,7)	30 (28,3)	0.653
Ensino superior	112 (71,3)	45 (28,7)	
Especialização	64 (77,1)	19 (22,9)	
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	3 (100,0)	0 (0,0)	
Ocupação	n (%)	n (%)	
ACS/ACE	60 (68,2)	28 (31,8)	0.177
Outros profissionais de nível fundamental e médio	31 (73,8)	11 (26,2)	
Técnico de enfermagem	75 (72,8)	28 (27,2)	
Enfermeiro	44 (83,0)	9 (17,0)	
Médico	19 (86,4)	3 (13,6)	
Outros profissionais de nível superior	26 (63,4)	15 (36,6)	
Tempo de atuação profissional	n (%)	n (%)	
Média (DP)	9,6 (7,3)	10,7 (7,0)	0.202
Renda	n (%)	n (%)	
Média (DP)	5553,9 (4299,5)	5714,9 (4742,9)	0.773
Total	255 (100)	94 (100)	

A vacina contra COVID-19 foi o imunobiológico de maior percentual de hesitação dentre os hesitantes (84%) e destes 70,1% recusaram-na. Porém, vacinas que estão presentes no calendário vacinal há anos também foram referidas, seja elas de campanha como a Influenza (23,4%), ou mesmo vacinas já consolidadas no calendário vacinal de rotina como a dupla

adulto, febre amarela, tríplice viral e hepatite B. As Figuras 1 e 2 trazem os percentuais de hesitação e recusa, respectivamente, com mais detalhes.

Figura 1: Frequência de hesitação segundo vacina alvo da hesitação.

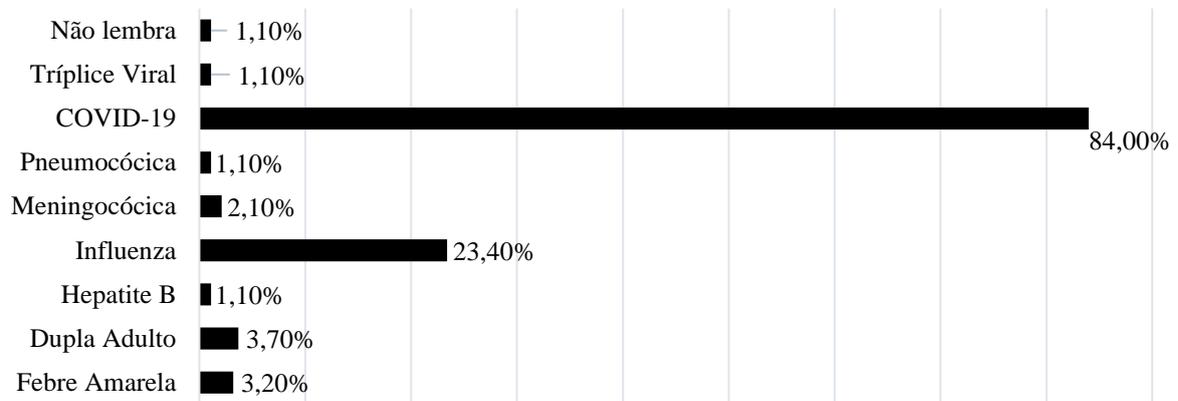
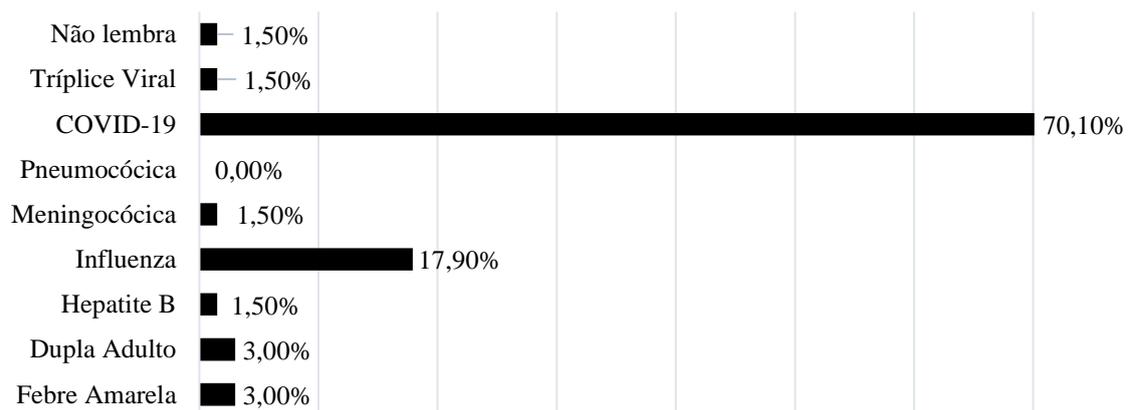


Figura 2: Frequência de recusa segundo vacina alvo da recusa.



As razões para hesitação e recusa vacinal dos profissionais foram diversos. A Tabela 3 traz, com detalhes, as respectivas razões. Cada profissional poderia relatar mais de uma razão, caso tivesse. A principal delas referida pelos profissionais foi o item “Não achava que a vacina era segura e estava preocupado com os efeitos adversos” (74,5%), seguido do item “Tive uma experiência ruim com a vacina” (33%). Destaca-se ainda, que, um quantitativo de profissionais teve influência externa, como por exemplo informações negativas da mídia e de outras pessoas, além da falta de conhecimento sobre vacinas e de fontes seguras de informação.

Tabela 3: Razões referidas pelos profissionais para hesitação vacinal.

Razões	Hesitação n (%)
Não pensei que fosse necessário	6 (6,4)
Não sabia onde obter informações boas e confiáveis sobre vacinas	8 (8,5)
Ouvi ou li coisas negativas sobre vacinas na mídia	15 (16)
Não achei que a vacina fosse eficaz	9 (9,6)
Não achava que a vacina era segura e estava preocupada com os efeitos adversos	70 (74,5)
Outra pessoa me disse que não era segura	3 (3,2)
Tive experiência ruim com profissional de saúde que aplicou dose anterior	3 (3,2)
Tive experiência ruim com a vacina	31 (33)
Outra pessoa me disse que ela ou seus filhos tiveram experiências ruins com vacinas	6 (6,4)
Medo de agulhas	8 (8,5)
Não podia faltar ao trabalho	2 (2,1)
Razões políticas e religiosas	2 (2,1)
Outras crenças (medicina alternativa)	1 (1,1)
Tempo de produção da vacina	9 (9,6)
Falta de estudos que comprovem eficácia e segurança	6 (6,4)
Falta de conhecimento	4 (4,3)
Número de doses	3 (3,2)
Total	94 (100)

Quando questionados se existem outras razões ou pressões em sua vida que os impedem de se vacinar, além daquelas abordadas nas questões de hesitação e recusa vacinal, 92,3% dos profissionais responderam que “Não” e apenas 7,7% responderam afirmativamente. Dentre estes que responderam “Sim”, o principal motivo referido foi de não poder faltar ao trabalho ou estudos (37,5%), tanto pelo tempo para se deslocar à unidade como também o receio que os efeitos adversos possam afastá-los das atividades laborais; o segundo motivo mais relatado foi esquecimento (29,2%), seguido de doenças em fase aguda (20,8%) como febre e sintomas gripais, falta de vacinas (8,3%) e burocracia (4,2%).

Em relação à questão “Você acredita que exista alguma razão pela qual as pessoas não devem ser vacinadas” e os motivos para tal crença. A grande maioria dos profissionais (82,2%) acreditavam não haver razão. Dos 17,8% que responderam “sim” trouxeram como principais razões de impedimentos a “alergia a componentes” (25,8%) e recomendações médicas (12,9%), ou atributos de irresponsabilidade dos sujeitos como “falta de conhecimento” (21%); porém, uma parcela dos profissionais acreditavam que as pessoas não devem se vacinar por “direito de escolha” (9,6%) e por “falta de confiança” (6,4%), além de situações especiais que poderiam não ser contraindicações para vacinação como “comorbidade” (11,3%) e “efeitos colaterais

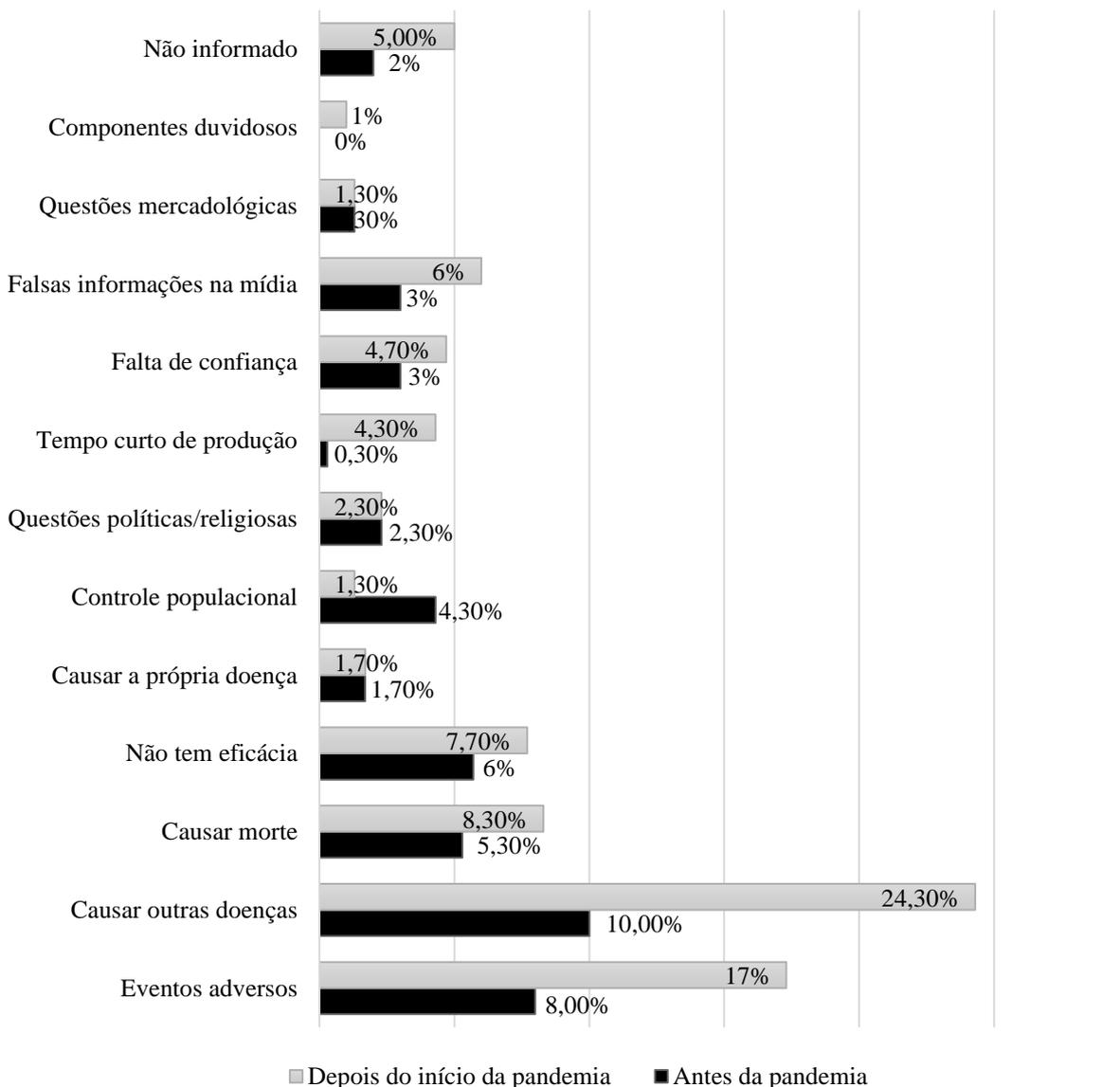
anteriores” (4,9%). Em relação ao período pandêmico, a maioria dos profissionais (71%) referem que estas razões surgiram mesmo antes do início da referida pandemia.

Quando perguntados sobre as dificuldades que grupos da comunidade em que atuam tenham para se vacinarem, a maioria dos profissionais responderam que estes não têm dificuldades (60,5% das respostas). Para aqueles que responderam “sim” (39,3%), a grande maioria traz que estas dificuldades estão relacionadas à opção do próprio sujeito de não se vacinar (86,9%), com menor destaque para as questões institucionais como “a unidade não chegar até eles” (8%), “acessibilidade” (2,2%) e “recursos insuficientes” (0,7%), além das condições socioeconômicas (2,2%) e falta de informação (1,6%). Além disso, 4,4% dos profissionais referem razões políticas e religiosas, o que reflete também ideologias e opiniões destes grupos comunitários. Os profissionais poderiam elencar mais de uma dificuldade, portanto, o somatório do percentual das respostas é maior que 100%.

Em relação às informações negativas sobre vacinas, 86% dos participantes responderam que já receberam/ouviram informações negativas e destes, 95,3% vacinaram-se mesmo com estas informações. Em relação ao período pandêmico, 64% dos profissionais receberam estas informações após o início da pandemia de COVID-19 e 36% as receberam mesmo antes da referida pandemia.

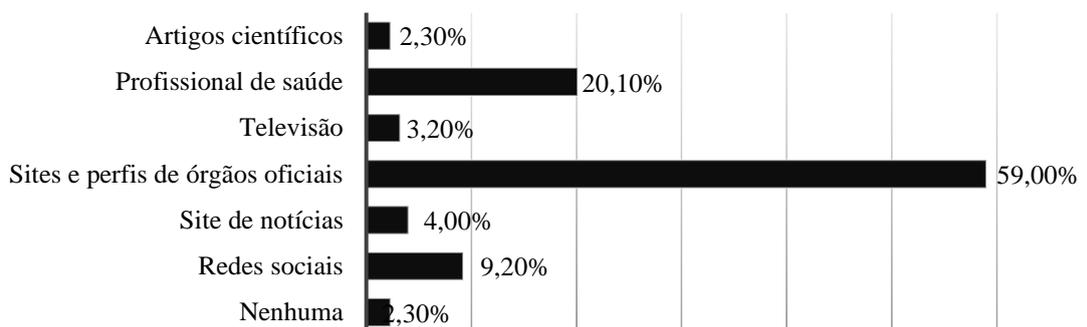
Quando solicitados para dar um exemplo de informação negativa, a maioria referiu que “as vacinas causam outras doenças”, tanto no período pré-pandemia (10%) como no período pós-início da pandemia (24,3%). Dentre as doenças relatadas estão a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), eventos cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e trombose venosa, além de autismo e transtornos psiquiátricos e musculoesqueléticos. Outras informações negativas de grande relevância citada pelos profissionais foram: “vacinas causadoras de eventos adversos graves”, “vacinas como causadoras de morte” e “vacinas não tem eficácia”. As falsas informações veiculadas na mídia e o tempo curto de produção das vacinas foram de relevância maior no período pós-pandemia, enquanto que o uso de vacinas para controle populacional foi mais predominante no período pré-pandemia. A Figura 3 detalha o percentual das informações negativas referidas pelos profissionais de acordo com o período em relação à pandemia de COVID-19.

Figura 3: Exemplos de informações negativas sobre vacinas segundo o período de ocorrência.



Sobre os líderes comunitários que desencorajam a vacinação, 32 (9,2%) profissionais responderam que já identificaram este fato e destes, 71,9% responderam que foram líderes políticos e religiosos, 34,4% identificaram também profissionais de saúde realizando tal prática e 9,4% identificaram os professores desencorajando a vacinação. Os profissionais poderiam relatar mais de um líder que realizavam tal prática.

A Figura 4 apresenta as fontes de informação mais utilizadas pelos profissionais de saúde para informarem-se sobre vacinas. Considerando que eles deveriam escolher apenas uma opção, a maioria deles tem como principal fonte de informação os sites e perfis de órgãos oficiais como Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (59%), seguido de outros profissionais de saúde (20,1%) e redes sociais (9,2%).

Figura 4: Fonte de informação mais utilizada para saber sobre vacinas.

A Tabela 4 traz a comparação das fontes de informação mais utilizadas para saber sobre vacinas dos profissionais que relataram hesitação e/ou recusa de vacinal e aqueles que referem aceitação total das vacinas. Ambos têm os sites e perfis de órgãos oficiais como principal fonte de informação, com predominância para aqueles que aceitam totalmente (61,2% contra 54,2%), porém vale destacar que há mais profissionais hesitantes/recusantes que têm as redes sociais como principal fonte de informação em comparação aos que aceitam totalmente (11,6% contra 8,6%); contudo, os profissionais que hesitam e/ou recusam vacinas têm os artigos científicos como principal fonte de informação em maior número do que os que as aceitam totalmente (4,3% contra 0,8%).

Tabela 4: Fontes de informação mais utilizada segundo ocorrência de hesitação vacinal.

Fonte de informação	Não hesitantes n (%)	Hesitantes n (%)
Redes Sociais	22 (8,6)	11 (11,6)
Artigos Científicos	2 (0,8)	4 (4,3)
Sites ou perfis de Órgão Oficiais	156 (61,2)	51 (54,2)
Televisão	8 (3,1)	3 (3,2)
Sites de Notícias	10 (3,9)	4 (4,3)
Profissional de Saúde	53 (20,8)	17 (18,1)
Nenhuma	4 (1,6)	4 (4,3)
Total	255 (100)	94 (100)

Em relação à recomendação ou exigência institucional de vacinação, considerando a instituição como a gestão da unidade de saúde em que atuam, 93,1% dos profissionais referem que os gestores os orientam quanto à importância da vacinação conforme calendário ou mesmo exigem a caderneta de vacinação completa e 6,9% destes referem que a instituição em que atuam não o fazem. Em relação ao período pandêmico, 91,1% dos profissionais referem que as instituições mantinham a mesma recomendação antes da pandemia de COVID-19 e 8,9% mudaram as recomendações, sendo que todas as instituições que mudaram as orientações após

o início da referida pandemia passaram a recomendar/orientar ou mesmo exigir a vacinação, o que antes não o faziam.

Quanto ao conhecimento de outros profissionais que hesitam em aceitar uma ou todas as vacinas do calendário vacinal, 67,3% dos respondentes referem conhecer tais profissionais e destes, 73,6% o fizeram após o início da pandemia de COVID-19; porém, vale destacar que 26,4% destes outros profissionais que hesitam em se vacinar o fizeram mesmo antes da referida pandemia.

Já com relação ao conhecimento de outros profissionais que hesitam em recomendar a vacinação aos pacientes que atendem, 35,2% dos participantes referem conhecer tais profissionais e destes 82,9% o fizeram após o início da pandemia de COVID-19, porém, há um número considerável de profissionais de saúde (17,1%) que deixaram de recomendar a vacinação mesmo antes do período pandêmico.

Dos profissionais respondentes, 61,9% consideram que a sua hesitação pode contribuir para a hesitação dos pacientes que estão sob seus cuidados, com influência na cobertura vacinal da população geral, em especial da área adstrita das unidades de saúde em que atuam.

Quando questionados se eles se sentiam preparados para orientar sobre vacinação aos pacientes atendidos na unidade de saúde em que atuam, 75,9% dos profissionais relataram que se sentem preparados e 24,1% responderam que não. Dentre aqueles que responderam “Sim”, diversas foram as dificuldades identificadas e estas estão descritas com detalhes nas figuras 5 e 6, considerando que eles relataram mais de uma dificuldade. Com relação às temáticas para instrução sobre vacinas, a maior dificuldade relatada foi “prover informações específicas sobre vacinas” (62,9% dos profissionais), seguido de “informar esquemas vacinais” (40%). Já com relação às barreiras que impedem a instrução sobre vacinas, seja por questões pessoais ou institucionais, a principal dificuldade relatada foi “falta de treinamento” (58,9%), seguido de “falta de conhecimento sobre vacinas” (36%) e “mudanças no calendário vacinal” (19,2%).

Figura 5: Dificuldades em relação às temáticas para instruir os sujeitos que frequentam a unidade

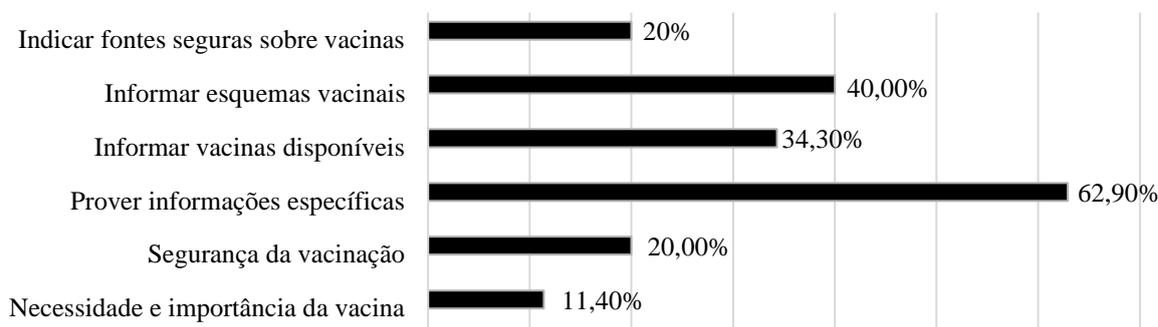


Figura 6: Dificuldades em relação às barreiras que impedem a instrução dos sujeitos que frequentam a unidade



Quanto à estimativa do percentual de pacientes hesitantes, sejam eles não vacinados ou com atraso vacinal, apenas 5,2% dos profissionais conhecem este índice, e destes, 40% relatam percentuais acima de 30%. Já em relação à evidência da baixa percepção de risco para doenças imunopreveníveis por parte da população, caracterizada pela redução de incidência (casos novos) e prevalência (casos existentes) destas doenças, foi relatada por 53,9% dos entrevistados, contribuindo para a baixa adesão à vacinação por parte dos pacientes atendidos por eles.

Seguindo com a análise de fatores que contribuem para a hesitação ou recusa vacinal dos indivíduos atendidos pelos profissionais de saúde participantes desta pesquisa, a escolaridade e a capacidade de compreensão destes pacientes foram relatadas como a maior causa para a hesitação (40,8%), seguido por nenhum dos itens (32,1%), falsas informações na mídia e em redes sociais (14,9%) e acessibilidade geográfica (14,2%).

Destes fatores, 24,3% dos profissionais relaciona-os como o período da pandemia de COVID-19, sendo que o fator “falsas informações na mídia e em redes sociais” foi o que mais esteve associado à hesitação vacinal no período pandêmico. Contudo, uma maior parcela de profissionais (75,7%) relata que estes fatores de hesitação dos pacientes já estavam presentes mesmo em período anterior a pandemia, com a escolaridade e capacidade de compreensão como o principal fator de hesitação.

A Tabela 5 apresenta a frequência das variáveis relacionadas à hesitação vacinal na perspectiva dos profissionais de saúde. Referir que existam outros motivos ou pressões em suas vidas que os impeçam de se vacinar ($p=0.018$), acreditar que exista uma razão para as pessoas não se vacinarem ($p=0.005$), deixar de se vacinar após ouvir informações negativas sobre vacinas ($p<0.001$) e não acreditar que sua hesitação afeta a cobertura vacinal dos pacientes atendidos ($p=0.005$) foram estatisticamente significativos para hesitação nestes profissionais.

Tabela 5: Análise das variáveis de hesitação vacinal dos profissionais hesitantes e não hesitantes

Variável	Hesitação		p-valor
	Não (n = 255) n (%)	Sim (n = 94) n (%)	
Acreditar no potencial de proteção da vacina			
Sim	254 (73,0)	94 (27,0)	1.000
Não	1 (100)	0 (0)	
Existir outros motivos ou pressões em suas vidas que os impedem de se vacinar			
Sim	14 (51,9)	13 (48,1)	0.018
Não	241 (74,8)	81 (25,2)	
Acreditar que exista uma razão para as pessoas não se vacinarem			
Sim	36 (58,1)	26 (41,9)	0.005
Não	219 (76,3)	68 (23,7)	
Recebeu informação negativa sobre vacina			
Sim	216 (72,0)	84 (28,0)	0.349
Não	39 (79,6)	10 (20,4)	
Vacinou-se mesmo após ouvir a informação negativa			
Sim	213 (74,5)	27 (22,0)	<0.001

Não	3 (21,4)	11 (78,6)	
Não se aplica	39 (79,6)	10 (20,4)	
Fonte de informação para saber sobre vacinas	n (%)	n (%)	
Nenhum	158 (61,24)	163 (62,69)	0.248
Profissional/Site do Ministério da Saúde	100 (38,76)	97 (37,31)	
Redes sociais/site de notícias	33 (70,2)	14 (29,8)	
Televisão	8 (72,7)	3 (27,3)	
Recebeu orientação, recomendação ou exigência da instituição para se vacinar	n (%)	n (%)	
Sim	241 (74,2)	84 (25,8)	0.148
Não	14 (58,3)	10 (41,7)	
Conhece outros profissionais que hesitam em vacinar-se	n (%)	n (%)	
Sim	165 (70,2)	70 (29,8)	0.110
Não	90 (78,9)	24 (21,1)	
Conhecer outros profissionais que hesitam em recomendar a vacinação	n (%)	n (%)	
Sim	165 (70,2)	70 (29,8)	0.172
Não	90 (78,9)	24 (21,1)	
Sentem-se preparados para orientar sobre vacinas	n (%)	n (%)	
Sim	196 (74,0)	69 (26,0)	0.597
Não	59 (70,2)	25 (29,8)	
Acreditar que sua hesitação afeta a cobertura vacinal dos pacientes atendidos	n (%)	n (%)	
Sim	168 (77,8)	48 (22,2)	0.005
Não sabe informar	47 (73,4)	17 (26,6)	
Não	40 (58,0)	29 (42,0)	

Na Tabela 6, são apresentados os dados da análise multivariada da hesitação dos profissionais. Foram estatisticamente significativos como preditores de menor hesitação conhecer outros profissionais que hesitam em recomendar a vacinação e como preditor de maior hesitação conhecer outros profissionais que hesitam em se vacinar e a acreditar que existam

motivos pelos quais as pessoas não devem ser vacinadas. O p-valor do teste Hosmer e Lemeshow foi de 0.407, indicando bom ajuste do modelo.

Tabela 6: Dados da regressão logística multivariada da hesitação vacinal nos profissionais de saúde de Campo Grande – MS, 2023

Covariáveis	Coefficiente β (Erro padrão)
Constante (intercepto)	-0.59 (0.55)
Receber orientação/recomendação da instituição em que trabalham para se vacinar (<i>sim</i>)	-0.88 (0.51)
Conhecer outros profissionais que hesitam em se vacinar (<i>sim</i>)	0.69* (0.34)
Conhecer outros profissionais que hesitam em recomendar a vacinação (<i>sim</i>)	-1.03* (0.34)
Existência de motivos pelos quais as pessoas não devam ser vacinadas (<i>sim</i>)	0.95* (0.33)
Existência de outros motivos ou pressões em sua via que os impeçam de se vacinar (<i>sim</i>)	0.78 (0.46)

Legenda: *p-valor < 0.05.

6 DISCUSSÃO

Este estudo propôs-se a estudar a hesitação vacinal entre profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde. A definição e escolha deste público alvo levou em consideração o papel de destaque que estes profissionais têm para a saúde pública, seja por atuarem em unidades nas quais as vacinas estão disponíveis, como também pelos vínculos criados com a população da área adstrita a estas unidades. Além disso, são poucos os estudos que se propuseram a verificar a hesitação vacinal neste grupo específico de profissionais, especialmente no Brasil. Sendo assim, compreender os fatores relacionados a esta hesitação, bem como o perfil destes profissionais pode contribuir para o planejamento de estratégias e políticas em saúde para lidar com essa problemática, com impactos também na decisão em se vacinar pela população geral.

Um número considerável de profissionais relatou hesitação (24,6%) e recusa vacinal (14,9%), com acentuação desta hesitação após o início da pandemia de COVID-19.

Em outros estudos, o percentual de hesitação vacinal entre profissionais de saúde é variável, o que pode indicar que os fatores que a determinam necessitam de investigações mais detalhadas. Destaca-se que, os estudos restringem-se em avaliar a hesitação vacinal contra a COVID-19 e influenza e em sua maioria, são realizados com profissionais que atuam em hospitais.

No Reino Unido, a hesitação foi de apenas 6,6% da vacina contra COVID-19 (Bell et al., 2022). Porém, ainda no continente europeu, a hesitação vacinal foi de 23,1% e recusa de 3,9% na França para a vacina contra COVID-19 (Paris et al., 2021), na Itália, a hesitação vacinal de modo geral foi de 44% entre pediatras e 63% entre outros profissionais, chegando a percentuais acima de 70% quando se trata especificamente da vacina contra influenza (Del Duca et al., 2021) e em relação à vacina contra a COVID-19 a hesitação foi de 33% (Di Gennaro et al., 2021). Em outros países desenvolvidos, a hesitação no Canadá foi de 19,1% e nos Estados Unidos de 40,5%, ambas para a vacina contra COVID-19 (Dzieciolowska et al., 2021).

Mesmo em países em desenvolvimento, o percentual de hesitação vacinal também é variável. Na Etiópia, a hesitação vacinal foi de 40% (Berhe et al., 2022), no Egito foi de 41,9% (El-Sokkary, 2021) em relação à vacina contra COVID-19 e 55% na Arábia Saudita (Rabaan et al., 2020) em relação à vacina contra influenza em período anterior à pandemia de COVID-19. Em estudo realizado no Brasil, a hesitação vacinal para a vacina contra influenza, em profissionais de saúde da atenção primária e secundária e em período anterior à referida pandemia, foi de 25,4% (Souza et al., 2020).

Neste estudo, a idade média dos profissionais hesitantes foi discretamente maior no grupo de hesitantes (40 anos), em relação ao grupo de não hesitantes (39 anos). Contudo, esta diferença não foi significativa. Outros estudos trazem resultados distintos. Na população de profissionais dos estudos de Berhe et al. (2022) e Dzieciolowska et al. (2021), indivíduos hesitantes eram mais velhos em comparação aos não hesitantes. Já em outros trabalhos, a hesitação foi maior na população mais jovem e estes justificam o acesso facilitado às redes sociais como um potencializador de hesitação vacinal (Paris et al., 2021; El-Sokkary, et al., 2021). Portanto, esta variável precisa ser melhor explorada e associada a outros fatores para compreensão da hesitação vacinal.

Em relação ao sexo, a predominância de hesitação foi para as mulheres (28,5%), entretanto, sem diferença estatisticamente significativa. Já em estudo realizado no Canadá, a hesitação vacinal foi maior em homens, com resultado estatisticamente significativo (Dzieciolowska et al., 2021).

Neste estudo a cor/raça dos profissionais não foi significativa para hesitação vacinal, haja vista um discreto percentual maior de hesitação na população não branca. Em estudo realizado no Reino Unido, a população negra teve duas vezes mais chances de hesitação em relação às demais, porém, relataram outras questões associadas como a dificuldade para ser liberadas das atividades laborais e pouco conhecimento em relação às vacinas (Bell, et al., 2022). Portanto, os dados em relação a esta variável precisam ser melhor explorados para a identificação de outros fatores relacionados, já que, historicamente, há diferenças significativas de acessibilidade e de condições de vida entre populações brancas e não brancas.

As categorias profissionais médico e enfermeiro foram menos hesitantes em relação às demais categorias, e os médicos apresentaram o menor percentual de hesitação (13%) entre todas as categorias. Estes profissionais têm relação direta com os pacientes atendidos nas unidades de atenção primária. Em muitos casos, realizam o primeiro atendimento e acolhimento às demandas destes sujeitos, realizam visitas domiciliares e possuem alta capacidade de influenciar a tomada de decisão em questões de saúde por parte dos pacientes/usuários. Estas atividades assistenciais diretas podem aumentar a conscientização da população acerca da maior percepção de risco para doenças, incluindo as imunopreveníveis, o que pode justificar a busca maior por proteção individual por meio das vacinas, como evidenciado em outros estudos (Paris et al, 2021; Souza et al., 2022).

Dentre os profissionais mais hesitantes temos os “outros profissionais de nível superior”, seguido dos ACS/ACE. Em relação aos agentes comunitários de saúde, estes são os profissionais de maior proximidade com a população do território e em muitas situações são

referência em saúde para as famílias de sua microárea. Dentre as atribuições destes profissionais, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), estão a realização de visitas domiciliares, o acompanhamento das famílias de sua microárea, a articulação da população com os serviços de saúde e o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção com a realização de atividades educativas; ou seja, além do forte vínculo que estabelecem com os usuários, são também fontes de informação em saúde. Portanto, a hesitação destes profissionais tem um impacto significativo nas informações em saúde veiculadas no território sobre vacinas, bem como na tomada de decisão para a vacinação dos usuários sob seus cuidados.

Além disso, a segurança em abordar assuntos relacionados à vacinação contribui para que determinadas categorias profissionais sejam menos hesitantes. Del Duca et al., 201 afirmam que os médicos pediatras de seu estudo foram menos hesitantes em relação aos enfermeiros e demais profissionais de apoio técnico e administrativo, por relataram maior aptidão e confiança para falar sobre vacinas e, ainda, se utilizavam de fontes de informações oficiais para informarem-se.

O tempo de atuação profissional não foi estatisticamente significativo para hesitação neste estudo. Porém, a média de tempo foi maior no grupo de hesitantes. A literatura traz dados controversos em relação a esta variável, com relatos de hesitação em profissionais mais jovens e menor tempo de atuação (Paris et al., 2021; Berhe et al., 2022), justificado pelo maior acesso às redes e relatos de hesitação em profissionais com mais tempo de atuação (Castro-Nunes; Ribeiro, 2022), que tinham mais dificuldade em identificar falsas informações sobre vacinas e tinham menor percepção de risco de adquirir a doença. Ou seja, outras questões devem ser consideradas ao analisar o impacto desta variável na hesitação vacinal dos profissionais.

A grande maioria dos profissionais deste estudo referem hesitação para a vacina contra o vírus de COVID-19, seguido pela vacina contra influenza. Não foi encontrado um estudo que fizesse o comparativo de hesitação entre todas as vacinas do calendário vacinal entre profissionais de saúde. Adicionalmente, esta temática tem sido explorada em maior proporção após o início da pandemia e especificamente da vacina contra COVID-19. Esta lacuna aponta a necessidade de estudos para a melhor compreensão da hesitação vacinal nesta população como um todo, explorando as demais vacinas já estabelecidas há anos.

Sobre os principais motivos para hesitação e recusa vacinal pelos profissionais, a categoria “Não achava que a vacina era segura e estava preocupado com os efeitos adversos” apresentou maior número de respondentes, sendo seguida por outros dois motivos “Tive uma experiência ruim com a vacina” e “Ouvi ou li coisas negativas sobre as vacinas na mídia”. ,O medo de efeitos adversos tem sido um dos principais preditores de hesitação segundo a literatura

(Rabaan et al., 2020; El-Sokkary, et al., 2021; Di Genaro et al., 2021). Os resultados de Bell et al., 2022 foram semelhantes aos deste estudo e relatam o medo de efeitos colaterais como principal motivo; porém, traz ainda que a preocupação com a falta de estudos, considerar a vacina sem eficácia e não se perceberem em risco para a doença também foram relatados como causa de hesitação vacinal. Del Duca et al., 2021 corroboram com esta afirmação e trazem ainda a preocupação de que a vacina seria causadora de doenças e transtornos como autismo e autoimunidade teve impacto considerável para a hesitação dos profissionais de seu estudo.

Ainda em relação aos motivos para hesitação, Dzieciolowska et al., 2021 citam que a falta de confiança nos serviços de saúde e na indústria farmacêutica foram fatores importantes para a hesitação vacinal dos profissionais. Reforça-se ainda que, profissionais satisfeitos com o local de trabalho e com boa relação com a gestão tem menor risco para hesitação (Bell et al., 2022). El Sokkary et al., 2021 afirmam ainda que a confiança nas informações governamentais sobre vacinas foi fundamental para a aceitação das vacinas pelos profissionais de seu estudo.

A baixa percepção de risco de adquirir a doença foi pouco relatada pelos profissionais hesitantes neste estudo, porém foi causa significativa de hesitação vacinal em diversos trabalhos. Além disso, a preocupação com a própria proteção e a proteção dos pacientes e familiares contribuiu para aceitação das vacinas, especialmente naqueles que conviviam com populações mais vulneráveis às doenças imunopreveníveis, como idosos e imunocomprometidos, principalmente no caso da vacina contra COVID-19 (Di Gennaro et al., 2021; Dzieciolowska et al., 2021; Bell et al., 2022).

Motivos adicionais para não se vacinar, como falta de tempo devido ao trabalho e estudos foram relatadas por boa parte dos profissionais, mais pela preocupação com os efeitos adversos afastarem-nos das atividades laborais do que com a necessidade de faltar ao trabalho, já que, as vacinas estão disponíveis nas unidades em que atuam. Em outro estudo brasileiro, a carga de trabalho foi um importante fator para a hesitação vacinal, associada a falta de treinamento e de comunicação de informações sobre vacinas dentro das instituições, mesmo aquelas que disponibilizavam as vacinas (Souza et al., 2022).

Considerando ainda os “outros motivos para não se vacinarem”, o esquecimento foi também apontado por parcela considerável de profissionais. Sendo assim, reforça-se a necessidade de melhor orientação destes em relação aos possíveis efeitos adversos, além de políticas por parte da gestão para o incentivo à vacinação, destacando sua importância para a imunidade dos profissionais e de seus comunicantes.

A variável “acreditar que exista uma razão pela qual as pessoas não devam ser vacinadas”, foi estatisticamente significativa como fator causador de hesitação vacinal dos

profissionais deste estudo. Em relação à vacinação da comunidade, a grande maioria dos profissionais acreditam que não exista motivo para estes não se vacinarem, porém ainda há profissionais que consideram alergia a componentes e recomendações médicas como razões para tal e esta opinião foi mais frequente no grupo que refere hesitação vacinal.

Necessita-se, contudo, de uma análise mais detalhada sobre quais recomendações seriam estas para então promover intervenções educativas, já que, existem outras alternativas em casos de contraindicações ao uso das vacinas disponibilizadas nas unidades de atenção primária como o encaminhamento aos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE). Além disso, é importante compreender se as recomendações médicas são, de fato, contraindicações para a imunização.

Em se tratando do impacto das recomendações médicas, Zimmerman et al. (2003) constataram que, os idosos em seu estudo tinham maior aceitação da vacinação contra pneumococo quando os médicos e também os demais profissionais de saúde que os atendiam reforçavam a importância e necessidade da vacina. Ou seja, recomendações médicas tem grande influência na tomada de decisão dos pacientes atendidos em relação a sua vacinação e estes devem ter conhecimento com base científica que os possibilite orientar a população sob seus cuidados.

Os profissionais também foram questionados se grupos étnicos ou religiosos locais tenham dificuldade para se vacinarem e a maioria respondeu que não. Atualmente, a acessibilidade aos serviços de saúde para vacinação tem melhorado, com aumento no número de unidades de atenção primária, intensificação da busca ativa dos sujeitos faltosos, principalmente crianças, realizações de campanhas “in loco” para populações específicas como moradores de zona rural e grupos étnicos e também o uso de espaços públicos coletivos como escolas e instituições religiosas. Estas medidas contribuem para o alcance maior da população para sensibilizar e disponibilizar a vacinação e diminuir as dificuldades de acesso.

Porém, destaca-se que para a maioria dos profissionais que relatam dificuldade destes grupos, o principal motivo está relacionado a questões de opinião. Em um país cada vez mais informatizado, com ampliação do acesso à informação para a população e a facilidade na disseminação de conteúdo, especialmente pelas mídias digitais, tem, não só influenciado a tomada de decisão destas pessoas como também favorecido que uma rede cada vez maior de informação antivacina se dissemine nestes grupos populacionais, que as recebe, em muitos casos, sem nenhuma criticidade ou verificação da veracidade.

Contudo, sabe-se ainda que há iniquidades no acesso aos serviços de saúde. No Reino Unido, por exemplo, grupos minoritários como os negros africanos tinham duas vezes menos

chances de não se vacinar, seja por falta de acesso ao conhecimento sobre a necessidade e disponibilidade das vacinas, ou mesmo por não serem liberados do trabalho para se vacinarem (Bell et al., 2022). No Brasil, regiões vulneráveis como estados do Norte e Nordeste, bairros de grandes centros com vulnerabilidade socioeconômica, zona rural e territórios indígenas e quilombolas ainda sofrem de acessibilidade e menores investimentos em insumos e tecnologias; e essas iniquidades tem se intensificado após o início da pandemia de COVID-19 (Guimarães et al., 2009; Castro-Nunes, Ribeiro, 2023).

Receber ou ouvir informações negativas sobre vacinas foi relatado pela grande maioria dos profissionais (86%) e esta circulação de informações foi maior após o início da pandemia de COVID-19. Apesar desta variável não ter impacto estatisticamente significativo na hesitação vacinal dos profissionais do estudo, é fundamental compreender as ideias que a pessoas atendidas nas unidades de saúde tem sobre vacinas para o enfrentamento da hesitação vacinal da população.

Durante a pandemia de COVID-19, notícias falsas sobre vacinas chegaram a representar o principal tema de notícias falsas e com maior volume de circulação em mídias digitais como Instagram, Twitter, Whatsapp e em sites. O negacionismo em relação às vacinas por parte de líderes políticos, como o presidente em exercício culminaram em aumento da disseminação destas informações, com impacto na decisão da população em se vacinar. Em relação à vacina contra COVID-19, há relatos de escolha da vacina que seria administrada e administração apenas da primeira dose como consequência destas falsas informações (Galhardi et al., 2022).

Mesmo em tempos pré-pandemia, a disseminação de falsas informações tem, não só impactado na decisão da população como também há relatos de atraso ou até impedimento da realização de campanhas vacinais (Mantel et al., 2020).

Já em relação à tomada de decisão dos profissionais sobre se vacinar diante destas informações negativas, a opção de não ter se vacinado após recebe-las teve impacto estatisticamente significativo para hesitação ($p < 0.001$). Além destes profissionais terem sido influenciado pelas informações negativas, podem também ser disseminadores delas (El-Sokkary et al., 2021). Como exemplo temos relatos de profissionais que disseminaram informações sobre vacina contra HPV como causa de promiscuidade (Yakub et al., 2014), de eventos trombóticos relacionados à vacina contra COVID-19 (Paris et al., 2021) e vacinas no geral como causadoras de autismo (Del Duca et al., 2021).

As fontes de informação para saber sobre vacinas não foram estatisticamente significativas para a hesitação vacinal dos profissionais deste estudo. Porém, vale destacar que os profissionais hesitantes utilizaram as redes sociais com maior frequência do que aqueles com

aceitação total e em contrapartida, os que tem aceitação total se utilizam mais de informação de sites e perfis de órgãos oficiais do que os hesitantes. Por outro lado, os hesitantes se utilizam mais de artigos científicos do que aqueles com aceitação total. A pequena amostra de profissionais para cada fonte de informação pode ter comprometido a análise estatística.

Apesar de neste estudo a fonte de informação não ser estatisticamente significativa, a literatura traz que, profissionais que hesitam e/ou recusam a vacinação se utilizam mais de redes sociais para saber sobre vacinas e aqueles dispostos a vacinar-se se utilizam mais de sites governamentais como Ministério da Saúde (El-Sokkary et al., 2021; Paterson et al., 2016). Há relatos também de profissionais hesitantes com influência de conteúdos midiáticos, culminando em percepções errôneas sobre os efeitos das vacinas (Yakub et al., 2014).

Veiculação de informações falsas ou de correlação incerta de complicações causadas por vacinas nas mídias, sejam elas televisivas, redes sociais ou sites da internet, tem impactado na hesitação vacinal de toda a população. Essas informações têm se intensificado após o início da pandemia de COVID-19, principalmente relacionado a vacina contra o vírus pandêmico, com relatos da vacina ser causa da própria doença ou de complicações a curto e longo prazo como eventos trombóticos e cardíacos (Paris et al., 2021).

Profissionais que receberam recomendação, orientação ou mesmo exigência da unidade para se vacinar foram menos hesitantes em relação àqueles que não o receberam. Estudos apontam que, em determinados países europeus como Reino Unido, Itália e Bielorrússia, o governo tomou decisões de apoio aos profissionais de saúde, não só para se vacinarem, mas também para recomendar a vacinação para a população, por meio de ações de educação em saúde, educação em serviço e melhoria do acesso à vacinação pelos profissionais como forma de contribuir para melhorar a aceitação das vacinas no geral (Mantel et al., 2020; Del Duca et al., 2021; Bell et al., 2022).

Por outro lado, a obrigatoriedade em se vacinar foi identificada como fator potencializador de hesitação vacinal dos profissionais do estudo de Bell et al., 2022, em relação a vacina contra COVID-19. Ou seja, estratégias de incentivo dos gestores em saúde devem ser cuidadosamente planejadas para prover informações científicas e confiáveis sobre vacinas, bem como favorecer o protagonismo do profissional como fonte de informação sobre vacinas.

Em estudo de McRee et al., 2014, foi identificado que os profissionais de saúde tinham dificuldade em recomendar a vacinação contra HPV quando percebiam hesitação por parte dos pais ou mesmo dos adolescentes, referindo dificuldades em como abordar estes sujeitos para convencê-los da importância da vacinação, falta de tempo para ouvir suas preocupações e

dúvidas e também falta de confiança na própria vacina. A recomendação foi maior para aqueles que confiavam na eficácia da vacinação.

Ainda em relação às recomendações dos profissionais, esta também pode variar de acordo com o tipo de vacina e população-alvo e é influenciada por fatores que favorecem a recomendação como a confiança nas fontes oficiais de informação e percepção da importância das vacinas e aqueles que prejudicam a recomendação como o medo de eventos adversos e falta de confiança na eficácia e na utilidade das vacinas. Além disso, profissionais que menos recomendam são também mais hesitantes em vacinar-se e esta tem impacto na hesitação dos pacientes atendidos (Verger et al., 2015).

De modo geral, os profissionais não hesitantes acreditam, em maior número, que sua hesitação afetaria as pessoas que eles atendem em comparação com os profissionais hesitantes. Este dado foi estatisticamente significativo para hesitação. Ou seja, quanto menos o profissional acredita que hesitar em se vacinar afeta a cobertura vacinal dos pacientes atendidos, mais ele hesita.

Nesse sentido, estudos indicam que os profissionais hesitantes têm menor probabilidade de convencer os pacientes hesitantes e são menos propensos a responder questionamentos e dúvidas sobre vacinas, especialmente em relação à segurança e eficácia. Estes fatores estão entre as principais causas relatadas de hesitação pela população geral. Ou seja, profissionais que hesitam em se vacinar contribuem na hesitação dos pacientes atendidos (Yakub et al., 2014; Verger et al., 2015).

Este estudo apresenta limitações como a amostragem por conveniência que comprometeu a representação do total de profissionais e de determinadas categorias de profissionais que não estavam disponíveis para participação da pesquisa no momento da coleta de dados e, portanto, comprometer a análise estatística da influência das variáveis sociodemográficas na hesitação vacinal. Além disso, o autor-relato pode ter limitado a identificação da real hesitação entre estes profissionais e os motivos para tal, já que, não foi possível identificar registros das doses vacinais recebidas e dependeu da memória dos sujeitos (viés de memória) e de sua sinceridade em responder.

Contudo, estes dados confirmam a presença de hesitação entre os profissionais e trazem contribuições importantes para o planejamento de ações que visam orientar estes profissionais para melhor aceitação das vacinas como também para orientar e recomendar as vacinas para os pacientes sob seus cuidados.

7 CONCLUSÃO

A hesitação vacinal entre os profissionais de saúde da atenção primária foi considerável e diversos fatores contribuíram para este fato. Os principais motivos para hesitação foram a preocupação com eventos adversos e experiência ruim anterior com vacinas. Porém, receber informação negativas sobre vacinas também teve impacto na tomada de decisão destes profissionais, sendo significativo para hesitação. Além disso, outras pressões na vida como trabalho e estudo foram significativas para hesitação.

A hesitação vacinal foi maior após o início da pandemia de COVID-19 e em relação a vacina contra o vírus pandêmico e este fato pode estar relacionado à veiculação maior de informações negativas sobre vacinas, tanto em meios de comunicação e mídias sociais, por autoridades políticas que tem grande influência para tomada de decisão da população, como também por outros profissionais de saúde hesitantes.

Questões sociodemográficas isoladamente não foram relevantes para hesitação, porém determinadas categorias profissionais que estão em contato direto com os pacientes atendidos e em muitos casos realizam os primeiros atendimentos, como médicos e enfermeiros, foram menos hesitantes, o que indica a associação com a maior percepção de risco para as doenças imunopreveníveis como fator de melhor aceitação das vacinas. Por outro lado, um grande número de ACS foram hesitantes, caracterizando um ponto de alerta do impacto que estes profissionais podem desempenhar na hesitação vacinal da população geral por sua proximidade e vínculos que estabelece com os moradores da microárea em que atuam.

Ademais, profissionais que conhecem outros profissionais que hesitam em se vacinar e em recomendar as vacinas e que acreditam que existem razões para as pessoas não se vacinarem foram mais hesitantes e compreender que sua hesitação afeta a cobertura vacinal dos pacientes atendidos foi um fator que contribuiu para aceitação das vacinas.

Este estudo levanta lacunas na literatura em relação à hesitação vacinal dos profissionais de saúde da atenção primária, sendo assim, este fenômeno precisa ser melhor esclarecido, seja para as vacinas já estabelecidas no calendário vacinal há anos, como também para as vacinas de campanha e os efeitos da pandemia de COVID-19 na hesitação destes profissionais. Além disso, a realidade de atendimento destes profissionais também precisa ser melhor explorada, na busca de compreender as dificuldades que enfrentam em relação à vacinação da população que frequentam às unidades onde atuam.

Tendo em vista o caráter multifacetado e complexo da hesitação vacinal dos profissionais de saúde, compreender os fatores que a determina é fundamental para o

enfrentamento das quedas na cobertura vacinal geral e para o controle das doenças imunopreveníveis.

Como estratégias de enfrentamento, ações educativas podem ser propostas para capacitar estes profissionais quanto à identificação de fontes confiáveis para se informar sobre vacinas bem como evidências do potencial protetor das vacinas como medida de controle das doenças imunopreveníveis, de forma a suprir as dificuldades enfrentadas por estes profissionais na tomada de decisão para vacinar-se e também recomendar a vacinação para os usuários sob seus cuidados.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA MUNICIPAL DE MEIO AMBIENTE E PLANEJAMENTO URBANO (PLANURB). Perfil Socioeconômico de Campo Grande. 30. ed. rev. Campo Grande, 2023.

BARBIERI, Carolina Luísa Alves; COUTO, Márcia Thereza. Decision-making on childhood vaccination by highly educated parents. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 18, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsp/a/N9y7R4bsvhW8DLFkdNGh6rJ/?lang=en>>. Acesso em: 10 out 2023.

BELL, S. et al. COVID-19 vaccination beliefs, attitudes, and behaviours among health and social care workers in the UK: A mixed-methods study. **PLoS One**, v. 17, n. 1, 2022. Disponível em: < <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260949>>. Acesso em: 20 out 2023.

BELTRÃO, R. P. L. et al. Perigo do movimento antivacina: análise epidemio-literária do movimento antivacinação no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 6, 2020, p. 1-8. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3088/1894>>. Acesso em: 10 out 2023.

BERHE, E. T. et al. Assessment of COVID-19 vaccination refusal among healthcare workers in Ethiopia. *Front Public Health*, v. 10, 2022. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9409628/#:~:text=Conclusion,vaccination%20rate%20by%20mid%2D2022.>>. Acesso em: 20 out 2023.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setem-bro-de-2017>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS, 2011. 197 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Informações de saúde (TABNET)**. Brasília: 2018a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico: Hepatites Virais 2018 [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2018b. Disponível em: Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/05/Boletim-Hepatites-2018.pdf>. Acessado em 31 out 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Saúde Brasil 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 520 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico nº 2, v. 54, n. 2, p. 19-24, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis. Nota técnica nº 50/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS - Alerta sobre surto de coqueluche na Bolívia. Brasília/DF, 2023b.

BRITO, W. I.; SOUTO, F. J. D. Vacinação universal contra hepatite A no Brasil: análise da cobertura vacinal e da incidência cinco anos após a implantação do programa. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 23, p. 1-13, 2020. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/KhgLqWW78SL4mzwwqT3tJHLn/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 31 out 2023.

CAMARGO, K. R. Lá vamos nós outra vez: a reemergência do ativismo antivacina na Internet. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 2, 2020. Disponível em: <[SciELO - Brasil - Here we go again: the reemergence of anti-vaccine activism on the Internet Here we go again: the reemergence of anti-vaccine activism on the Internet](#)>.

CASTRO-NUNES, P.; RIBEIRO, G. R. Equidade e vulnerabilidade em saúde no acesso às vacinas contra a COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 46, 2022. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e31/>>. Acesso em: 02 fev 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Pesquisa nacional sobre cobertura vacinal, seus múltiplos determinantes e as ações de imunização nos territórios municipais brasileiros, volume 1. 2023. Disponível em:

<<https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/publicacoes/publicacao-imunizatus-230123-3-1674844436.pdf>>.

DEL DUCA, E. et al. Pediatric health care professionals' vaccine knowledge, awareness and attitude: a survey within the Italian Society of Pediatric Allergy and Immunology. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 47, n. 183, 2021. Disponível em: <<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-021-01090-9>>. Acesso em 20 out 2023.

DI GENARO, F. et al. Attitudes towards Anti-SARS-CoV2 Vaccination among Healthcare Workers: Results from a National Survey in Italy. *Viruses*, v. 13, n. 3, 2021. Disponível em:

<

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33652829/#:~:text=To%20investigate%20HCW%20attitudes%20towards,125%20\(7%25\)%20declared%20refusal.>](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33652829/#:~:text=To%20investigate%20HCW%20attitudes%20towards,125%20(7%25)%20declared%20refusal.>). Acesso em: 20 out 2023.

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. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 9-27, 2013. Disponível em: < http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742013000100002&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 20 out 2023.

DOMINGUES, C. M. A. S.; MARANHÃO, A. G. K.; TEIXEIRA, A. M.; FANTINATO, F. F. S.; DOMINGUES, R. A. S. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. 1-17, 2020. Disponível em: < scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 set 2023.

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

DZIECIOLOWSKA, S. et al. Covid-19 vaccine acceptance, hesitancy, and refusal among Canadian healthcare workers: A multicenter survey. **Am J Infect Control**, v. 49, n. 9, p. 1152-57, 2021. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8079260/>>. Acesso em: 20 out 2023.

EL-SOKKARY, R. H. et al. Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy among Egyptian healthcare workers: a cross-sectional study. **BMC Infect Dis**, v. 21, n. 1, 2021. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34353279/>>. Acesso em: 20 out 2023.

GRANDO, I. M. et al. Impact of 10-valent pneumococcal conjugate vaccine on pneumococcal meningitis in children up to two years of age in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 276-284, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/QsqvNzQ5XpqZPQPrkZchHhg/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em: 06 jan 2023.

GUGEL, S. et al. Percepções acerca da importância da vacinação e da recusa vacinal: uma revisão bibliográfica. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/25872/23417>>

GUIMARÃES et al. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/DQpJyZpDXryVvrwhsgpbM9N/>>. Acesso em 02 fev 2024.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em 15 mar 2020.

LARSON, Heidi J. et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. **Vaccine**, v. 32, n. 19, p. 2150-2159, 2014.

LEITE, I. S. et al. The evolution of Brazilian vaccine coverages and the impacts caused by the Covid-19 pandemic on immunization goals. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, 2022. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33041>>. Acesso em: 06 jan 2023.

LEVI, G. C. Recusa de vacinas: causas e consequências. São Paulo: Segmento Farma, 2013. 72 p.

LIMA, A. A.; PINTO, E. S. O contexto histórico da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) e sua importância para o Sistema Único de Saúde (SUS). **Scire Salutis**, v.7, n.1, p.53-62, 2017. Disponível em: <<http://doi.org/10.6008/SPC2236-9600.2017.001.0005>>. Acesso em: 07 jan 2024

MACDONALD, Noni E. et al. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 2015.

MANTEL, C. et al. Seasonal influenza vaccination in middle-income countries: Assessment of immunization practices in Belarus, Morocco, and Thailand. **Vaccine**, v. 38, n. 2, p. 212-219, 2020. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6961110/>>. Acesso em: 04 fev 2024.

MCREE, A. L. et al. HPV Vaccine Hesitancy: Findings From a Statewide Survey of Health Care Providers. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 28, p. 541-549, 2014. Disponível em: [https://www.jpeds.org/article/S0891-5245\(14\)00145-X/fulltext](https://www.jpeds.org/article/S0891-5245(14)00145-X/fulltext). Acesso em: 01 fev 2024.

PARIS, C. et al. COVID-19 vaccine hesitancy among healthcare workers. **Infect Dis Now**, v. 51, n. 5, p. 484-87, 2021. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8098031/>>. Acesso em: 20 out 2023.

PATERSON, P. et al. Vaccine hesitancy and healthcare providers. **Vaccine**, v. 34, n. 52, p. 6700-6706, 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27810314/>>. Acesso em: 01 fev 2024.

PREVOTS, D. R. et al. Interruption of Measles Transmission in Brazil, 2000–2001. **The Journal of Infectious Diseases**, v. 187, p. 111-120, 2003. Disponível em: < https://academic.oup.com/jid/article/187/Supplement_1/S111/2042676?login=false>. Acesso em: 20 jan 2024.

RABAAN, A. A. et al. Influenza vaccine acceptance by healthcare workers in Saudi Arabia: A questionnaire-based analysis. **Infez Med**, v. 28, n. 1, p. 70-77, 2020. Disponível em: <>. Acesso em: 20 out 2023.

SANCHES, S. H. D. F. N.; CAVALCANTI, A.E. L. W. Direito à saúde na sociedade da informação: a questão das fake news e seus impactos na vacinação. **Revista Jurídica, Curitiba**, v. 4, n. 53, p. 448-466. 2018. Disponível em: <<https://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/3227/0>>. Acesso em: 20 ago 2023.

SANTANA, C. P.; LUHM, K. R.; SHIMAKURA, S. E. Impact of Tdap vaccine during pregnancy on the incidence of pertussis in children under one year in Brazil – A time series analysis. **Vaccine**, n. 39, 2021, p. 976–983. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X20316364?via%3Dihub>>

SATO, Ana Paula Sayuri. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 96, 2018.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/9DHvfVMbDV9WcdVtwPGMwHw/?lang=pt>>. Acesso em: 09 mar 2024.

SOUZA, K. O. C. et al. Qualidade da atenção básica à saúde e vulnerabilidade social: uma análise espacial. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5c4tjdLxhKvjmrLxtnkqTnt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 mar 2024.

SOUZA, F. O. et al. Hesitação vacinal para influenza entre trabalhadores(as) da saúde, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/NHbwTsLJBbTwybXpLrKfCLg/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 out 2023.

TRIBUNAL SUPERIOR ELEITORAL (TSE). Estatísticas do eleitorado por grau de instrução. 2023. Disponível em: <<https://sig.tse.jus.br/ords/dwapr/r/seai/sig-eleitor-eleitorado-mensal/grau-de-instrucao?session=314159832191388>>. Acesso em: 09 mar 2024.

VERGER, P. et al. Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: A National Cross-sectional Survey in France. **EBioMedicine**, v. 2, p. 891–897, 2015. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(15\)30047-5/fulltext#t0010](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(15)30047-5/fulltext#t0010)>. Acesso em: 01 fev 2024

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 68, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/9c5bKh8zf4By6BGcDRkLXkH/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 out 2023.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Vaccine Action Plan 2011-2020. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/>

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report of the sage working group on vaccine hesitancy. 01 October 2014, 64 p. Disponível em: <https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf>. Acesso em: 01 out 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Acesso em 09 mar 2024.

YAKUB, O. et al. Attitudes to vaccination: A critical review. *Social Science & Medicine*, v. 112, p. 1-11, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614002421?via%3Dihub>>. Acesso em: 04 fev 2024.

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 676, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30461-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30461-X/fulltext). Acesso em: 01 out 2023.

ZIMMERMAN, R. K. et al. Barriers and facilitators of pneumococcal vaccination among the elderly. **Vaccine**, v. 21, n. 13-14, p. 1510-7, 2003. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12615448/>>. Acesso em: 20 out 2023.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**AVALIAÇÃO DE ASPECTOS RELACIONADOS À VACINAÇÃO: COBERTURA, EFEITOS ADVERSOS E HESITAÇÃO**”.

A pesquisa está sendo conduzida pelo pesquisador Everton Falcão de Oliveira.

No Brasil e no mundo têm sido observado uma redução nas taxas de cobertura vacinal nos últimos anos, com quedas acentuadas a partir de 2016. Muitos fatores podem estar relacionados a essa queda, seja o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde ou questões sociais e culturais que afetam a aceitação da vacinação, por exemplo. No Brasil, poucos estudos foram desenvolvidos sobre a aceitação da vacinação e conhecer os motivos que estão relacionados com a recusa ou hesitação vacinal é essencial para propor medidas que revertam este cenário. Por isso, este projeto se propõe avaliar questões relacionadas à vacinação em Mato Grosso do Sul, no que se refere à cobertura e hesitação vacinal, ocorrência de efeitos adversos pós-vacinação e gestão do programa de imunização nos âmbitos municipal e estadual.

Você está sendo convidado(a) à participar do projeto por ser um profissional de saúde, que atua em unidades assistenciais em atividades que envolvem o manejo de vacinas.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. O(a) Sr(a) tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Não haverá qualquer prejuízo, caso decida não consentir a participação, ou desistir da mesma.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, o(a) Sr(a) poderá solicitar ao pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato informados neste Termo.

Sua participação consistirá na resposta a um questionário via internet. As perguntas referem motivos que levam à aceitabilidade ou recusa das vacinas (hesitação vacinal). A duração do preenchimento de todo o questionário demanda cerca de 15 minutos. Ao longo do preenchimento você poderá fazer pausas e retomar a qualquer momento, desde que o formulário ainda esteja disponível no navegador.

Os dados coletados serão armazenados em arquivos digitais que estarão sob responsabilidade dos pesquisadores, sendo o acesso restrito a eles. Ao final da coleta de dados realizada de forma virtual, será feito download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem". São garantidas a confidencialidade, o anonimato e a privacidade das informações prestadas. Seu nome não será revelado na apresentação dos resultados ou nos produtos provenientes deste projeto de pesquisa. Ao final do estudo, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos cinco anos, armazenado em local seguro. Após esse período de 5 anos todo o material será incinerado.

Os riscos decorrentes da sua participação são mínimos, podendo envolver desconforto em responder alguma questão, ou cansaço pela quantidade de itens a serem respondidos. Caso

Everton Falcão de Oliveira

sinta necessidade, você poderá interromper o preenchimento, bastando fechar seu navegador

de internet.

A equipe de pesquisa está comprometida a fim de evitar qualquer desconforto e de garantir a manutenção de anonimato, confidencialidade e sigilo de todos os participantes, assim como regulamenta a lei. Ressaltamos que os questionários não identificarão os participantes pelo nome.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados de maneira agregada, resguardando sua identidade, em

palestras dirigidas ao público acadêmico, instâncias gestoras, relatórios de pesquisa, artigos científicos e outros produtos técnicos.

O(a) Sr(a). está sendo comunicado(a) que ao participar dessa pesquisa não terá benefícios diretos. Os benefícios são indiretos e incluem a devolutiva dos resultados desse estudo para os gestores e profissionais de saúde, fornecendo dados concretos sobre a situação da cobertura vacinal no estado e no município de Campo Grande. Para a população, estima-se colaborar na maior conscientização sobre a importância das vacinas e, em última análise, para manutenção de sua saúde no sentido de prevenir doenças.

Não há previsão de gastos relacionados à pesquisa por parte do(a) Sr(a), entretanto, em havendo necessidade, será providenciado ressarcimento aos participantes da pesquisa. Embora os riscos previstos sejam mínimos, o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa está garantido ao Sr(a).

Em caso de dúvida quanto à sua participação na pesquisa, entre em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n. Cidade Universitária. Prédios das Pró-Reitorias “Hércules Maimone”, 1o andar, Sala do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Campo Grande (MS). CEP 79070 -900.

E-mail: cepconep.propp@ufms.br / Telefone (67) 3345-7187.

Atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino

Em caso de dúvidas ou solicitação de maiores informações sobre o estudo, entre em contato com:

Everton Falcão de Oliveira

Endereço: Av. Costa e Silva, s/n. Cidade Universitária. INISA. Campo Grande (MS).

CEP 79070-900. E-mail: everton.falcao@ufms.br / Telefone: (67) 3345-7403

Por favor, guarde uma cópia deste Termo em seus arquivos eletrônicos, bastando para isso salvá-lo no formato pdf. Se concordar com a participação, clique no campo abaixo e em seguida o questionário será aberto em seu navegador.

Desde já agradecemos.

Everton Falcão de Oliveira

Coordenador da Pesquisa

ACEITO PARTICIPAR

Data e assinatura do participante

NÃO ACEITO PARTICIPAR

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOBRE HESITAÇÃO VACINAL (PROFISSIONAIS)

Código de identificação: _____ Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

Unidade de Saúde: _____

I – PERFIL SOCIOECONÔMICO

1. Data de nascimento: ____/____/____

2. Idade: _____ anos

3. Sexo:

 Masculino Feminino

4. Cor/raça:

 Amarelo Branco Pardo Preto Indígena

5. Escolaridade:

 Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo Especialização Mestrado Doutorado

6. Ocupação atual: _____

7. Tempo aproximado de atuação como profissional da saúde (em anos): _____

8. Renda familiar aproximada: _____

II – HESITAÇÃO VACINAL E ACESSIBILIDADE

9. Você acredita que as vacinas podem proteger adultos e crianças de doenças graves?

Sim () Não ()

9.1 Essa resposta mudou após o início da pandemia de COVID-19?

Sim () Não ()

"As questões a seguir estão relacionadas com o conceito de hesitação vacinal, que é o atraso em aceitar se vacinar ou até mesmo recusar a vacinação independente da disponibilidade de vacinas no SUS. A hesitação envolve fatores pessoais (como religião, cultura e política), fatores sobre a confiança no sistema de saúde e nas vacinas disponíveis (incluindo medo de efeitos adversos) e na importância da vacinação e conveniência em se vacinar (dificuldade de faltar ao trabalho, não ver necessidade na vacinação, etc.)"

10. Dessa forma, você já ficou relutante ou hesitante em se vacinar? Você já ficou relutante ou hesitante em se vacinar?

Sim () Não ()

10.1 Se a resposta for "SIM", esta hesitação apareceu antes ou após o início da pandemia de COVID-19?

Antes () Após ()

11. Você já recusou alguma vacina?

Sim () Não ()

11.1 Se a resposta for "SIM", esta recusa aconteceu antes ou após o início da pandemia de COVID-19?

Antes () Após ()

12. Se a resposta for "SIM" para as perguntas 10 ou 11, indique quais são as vacinas:

() BCG

() Hepatite B

() Rotavírus

() Pentavalente

() DTP

() VIP e VOP

() Pneumocócica 10

() Meningocócica C

() Febre amarela

() Tríplice viral

() Varicela monovalente

() Hepatite A

() HPV

() Meningocócica ACWY

() Dupla adulto

() DTpa (adulto)

() Influenza

() Covid-19

() Outras: _____

() Não lembra

13. Se a resposta for “SIM” para as perguntas 10 ou 11, indique se algumas dessas razões são aplicáveis ao seu caso:

- () Não pensei que fosse necessário.
- () Não sabia onde obter a vacina.
- () Não sabia onde obter informações boas e confiáveis sobre as vacinas.
- () Ouvi ou li coisas negativas sobre as vacinas na mídia.
- () Não achei que a vacina fosse eficaz.
- () Não achava que a vacina era segura e estava preocupado com os efeitos colaterais.
- () Outra pessoa me disse que a vacina não era segura.
- () Tive uma experiência ruim com profissional de saúde que aplicou a vacina na aplicação anterior (ou experiência ruim com a unidade de saúde)
- () Tive uma experiência ruim ou reação pós-vacinal com vacinação anterior.
- () Outra pessoa me disse que ela ou algum de seus filhos tiveram reação pós-vacinal ruim.
- () Tenho medo de agulhas.
- () Não consegui comparecer à unidade de saúde para vacinar porque não posso faltar no trabalho.
- () Razões religiosas.
- () Outras crenças / medicina tradicional / medicina alternativa.
- () Outro (por favor, especifique):

13.1 Alguns dos itens assinalados tiveram como base a sua vivência após o início da pandemia de COVID-19? Se sim, indique quais:

14. Existem outras razões ou pressões em sua vida que impedem você de se vacinar na data correta para que a vacinação seja feita?

Sim () Não ()

14.1 Se a resposta for SIM, por favor, especifique:

14.2 Se a resposta for “SIM”, estas razões apareceram antes ou após o início da pandemia de COVID-19?

Antes () Após ()

15. Você acredita que exista alguma razão pela qual as pessoas não devem ser vacinadas?

Sim () Não ()

15.1 Se a resposta for SIM, por favor, especifique:

15.2 Se a resposta for "SIM", estas razões apareceram antes ou após o início da pandemia de COVID-19?

Antes () Após ()

16. Você acredita que grupos comunitários (como grupos étnicos e religiosos) da área adscrita à unidade tenham dificuldade para se vacinarem?

Sim () Não ()

16.1 Se a resposta for "SIM" para a pergunta 16, indique se algumas dessas razões são aplicáveis:

() Eles optam por não se vacinar.

() Não se sentem bem-vindos na unidade de saúde.

() As unidades de saúde não chegam até eles (não fazem busca ativa ou visitas domiciliares).

() Outro (por favor, especifique):

17. Você já recebeu ou ouviu informações negativas sobre vacinas?

Sim () Não ()

17.1 Se a resposta for SIM, por favor, poderia indicar algum exemplo:

17.2 Se a resposta for SIM, você se vacinou mesmo após ouvir a informação negativa?

Sim () Não ()

17.3 Se a resposta for "SIM", isto foi antes ou após o início da pandemia de COVID-19?

Antes () Após ()

18. Os líderes (religiosos, políticos, professores, profissionais de saúde) da comunidade da Unidade de Saúde em que você atua, desencorajam a vacinação das pessoas da comunidade?

Sim () Não () Não sabe informar ()

18.1 Se a resposta for SIM, indique abaixo quais são:

() Religioso

() Político

() Professores

- Profissionais de saúde
 Outro (por favor, especifique):
-

19. Qual a fonte de informação que você utiliza com maior frequência para se informar sobre as vacinas (marcar somente uma alternativa)?

- Nenhum
 Redes sociais (Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp, etc.)
 Sites de notícias
 Sites ou perfis em redes sociais de órgãos oficiais de saúde (SESAU, Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde)
 Amigos
 Vizinhos
 Profissional de saúde
 Televisão
 Outro. Qual? _____

20. A instituição onde você trabalha, orienta ou mesmo exige a vacinação em dia?

- Sim () Não ()

20.1 Essa resposta mudou após o início da pandemia de COVID-19?

- Sim () Não ()

21. Você conhece outros profissionais de saúde que hesitam em aceitar ou que não tomaram uma ou todas as vacinas disponíveis no programa nacional de imunização do SUS?

- Sim () Não ()

21.1 Se a resposta for "SIM", isto ocorreu antes ou após o início da pandemia de COVID-19?

- Antes () Após ()

22. Você conhece outros profissionais de saúde que hesitam em recomendar a vacinação para os pacientes?

- Sim () Não ()

22.1 Se a resposta for "SIM", isto ocorreu antes ou após o início da pandemia de COVID-19?

- Antes () Após ()

23. A hesitação ou recusa em se vacinar afeta a cobertura vacinal dos pacientes que você atende?

Sim () Não () Não sabe informar ()

24. Você se sente preparado para orientar os pacientes que frequentam a unidade sobre temas relacionados às vacinas?

Sim () Não ()

24.1 (Se "Não") Sobre quais dos tópicos listados abaixo você não se sente seguro em instruir os pacientes que frequentam a unidade:

- () Necessidade e importância da vacinação
 - () Segurança da vacinação
 - () Prover informações específicas das vacinas de rotina
 - () Informar quais as vacinas estão disponíveis pelo PNI
 - () Informar sobre os esquemas vacinais de rotina
 - () Indicar fontes seguras de informação sobre vacinas
 - () Outro (por favor, especifique):
-

24.2 (Se a resposta for "Não") Quais barreiras o impedem de instruir os pacientes sobre vacinação?

- () Falta de treinamento sobre vacinação
 - () Mudanças no calendário vacinal
 - () Quantidade de vacinas no calendário vacinal
 - () Preocupação com a fragilização da relação entre paciente hesitantes e unidade
 - () Falta de conhecimento sobre doenças preveníveis por vacinação
 - () Falta de conhecimento sobre vacinas
 - () Falta de tempo
 - () Falta de fontes seguras e acessíveis para obter informações sobre vacinas
 - () Disseminação de informações falsas sobre vacinação
 - () Outro (por favor, especifique):
-
-

25. Você tem uma estimativa do percentual de pacientes não vacinados ou com vacinação em atraso devido à falta de confiança nas vacinas?

Sim () Não () Não sabe informar ()

25.1 Se a resposta for "SIM", qual é essa estimativa (considere o total de paciente atendidos por você): _____

26. Você acha que a baixa incidência (casos novos) e prevalência (casos existentes) de algumas doenças imunopreveníveis contribuem para a baixa adesão à vacinação?

Sim () Não () Não sabe informar ()

27. Quais dos itens listados abaixo interferem na hesitação ou recusa em vacinar por parte dos pacientes atendidos por você:

- () Acessibilidade geográfica (proximidade da unidade de saúde à residência dos pacientes).
 () Disponibilidade de vacina na unidade onde você trabalha.
 () Escolaridade e capacidade de compreensão dos pacientes.
 () Nenhum dos itens acima interfere na hesitação ou recusa em vacinar por parte dos pacientes.
 () Outro (por favor, especifique):
-
-

27.1 Caso tenha assinalado algum item, o item assinalado teve como base a sua vivência após o início da pandemia de COVID-19? Se sim, indique quais:

28. Para as sentenças abaixo, indique quanto você concorda com cada uma das seguintes afirmações sobre vacinas.

1 = discordo fortemente

2 = discordo

3 = não concordo e nem discordo

4 = concordo

5 = concordo fortemente

Sentenças	Antes da pandemia de COVID-19					Após o início da pandemia de COVID-19				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
As vacinas são importantes para minha saúde.										
As vacinas são eficazes.										
Me vacinar e manter minha vacinação em dia é importante para a saúde de outras pessoas em minha comunidade ou em meu ambiente de trabalho.										
Todas as vacinas oferecidas pelo SUS são benéficas.										
Novas vacinas apresentam mais riscos do que vacinas antigas.										
As informações que recebo ou recebi sobre as vacinas pelo SUS são confiáveis.										
Tomar vacinas é uma boa maneira de me proteger contra doenças.										
Geralmente, eu sigo as orientações que os profissionais de saúde que me atendem sobre as vacinas.										
Eu estou preocupado com as reações graves das vacinas.										
Eu não preciso me vacinar contra doenças que não são mais comuns na atualidade.										