

A importância do conhecimento sobre as vacinas e o impacto na cobertura vacinal

The importance of knowledge about vaccines and the impact in vaccination coverage

Jéssica Leitão Morilla¹

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0443-057X>

Mayara Cristina de Oliveira²

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4785-169X>

Isabela Romeu Lorenzon de Oliveira³

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0934-2168>

Beatriz Gianini Knudsen⁴

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9604-9885>

Francesca Tromba⁵

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0537-3992>

Julia Tramonte Pereira⁶

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0231-804X>

Patrícia Colombo-Souza⁷

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0247-4245>

Resumo

Introdução: Quando olhamos historicamente, o Programa Nacional de Imunizações no Brasil é um dos mais exitosos e possui amplo aparato de divulgação. A queda da cobertura vacinal é um fenômeno multifatorial observado mundialmente nos últimos anos e a comunicação apresenta-se como um fator relevante nas decisões de vacinação. **Objetivo:** Avaliar a adesão às Campanhas de Vacinação brasileiras e o conhecimento da população sobre a vacinação, além de conhecer os motivos pela escolha de não se vacinar. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado pela aplicação de questionários na população residente da extrema Zona Sul da cidade de São Paulo. **Resultados:** 94,5% dos entrevistados afirmaram saber o que é vacina, o que também foi observado em outros estudos. Entretanto, a falta de conhecimento sobre as vacinas e as doenças imunopreveníveis influenciaram na baixa cobertura vacinal. 97,3% acreditam que as vacinas fazem efeito, mas, 15,3% afirmam que elas não são totalmente seguras, principalmente por conta dos eventos adversos, que, apesar de infrequentes e não graves, também foram citados por 26% daqueles que referiram medo de serem vacinados (16%), fato previamente observado em outros artigos. Além disso, 16% não concordam com a obrigatoriedade das vacinas. **Conclusão:** Tais achados realçam a importância da comunicação em saúde e da disseminação de informações verídicas sobre o processo da vacinação, sendo a falta de informação a principal variável relacionada à queda da cobertura vacinal.

Palavras-chave: vacinação; recusa vacinal; cobertura vacinal; educação em saúde

Abstract

Introduction: When we look historically, the National Immunization Program in Brazil is one of the most successful and has a wide dissemination apparatus. The vaccination coverage's drop is a multifactorial phenomenon observed worldwide in recent years and communication is a relevant factor in vaccination decisions. **Objective:** To assess adherence to Brazilian Vaccination Campaigns, to understand the reasons for choosing not to be vaccinated and evaluate the knowledge of the population about vaccines. It is a cross-sectional study

¹ E-mail: jessicalmorilla@gmail.com

² E-mail: coliveira.mayara@gmail.com

³ E-mail: isarlorenzoni@hotmail.com

⁴ e-mail: bgianinik@gmail.com

⁵ E-mail: francescatr02@gmail.com

⁶ E-mail: utramontep@hotmail.com

⁷ E-mail: pcolombo@prof.unisa.br

^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7} Universidade Santo Amaro/Unisa, São Paulo, Brasil.

accomplished through the application of a questionnaire in residents of the São Paulo city southside area. 94.5% of respondents affirmed to know what a vaccine is, which has also been observed in other studies. However, lack of knowledge about vaccines and vaccine-preventable diseases influenced in low vaccine coverage. 97.3% believe that vaccines are effective, but 15.3% say they are not completely safe, mainly due to adverse events, which, although infrequent and not serious, were also mentioned by 26% of those who mentioned fear of being vaccinated (16%), a fact previously observed in other articles. In addition, 16% do not agree with the mandatory vaccination. Such findings highlight the importance of health communication and the dissemination of truthful information about the vaccination process, with the lack of information being the main variable related to the drop in vaccination coverage.

Keywords: vaccination; vaccination refusal; vaccination coverage; health education

Introdução

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é um dos programas de maior êxito no Sistema Único de Saúde (SUS), mantendo altas taxas de cobertura vacinal (CV) desde o seu início. Porém, a partir de 2018, o sarampo, uma doença considerada erradicada, volta às estatísticas brasileiras causando 15 óbitos em 2019, sendo 14 deles em São Paulo, indicando um possível declínio na CV¹. Somando-se a isso, a vacina contra poliomielite apresenta taxas menores que o ideal determinado pelo Ministério da Saúde desde 2016, atingindo o valor de 51,54% em 2019². Com isso, tem sido suscitada a discussão sobre o possível retorno de doenças anteriormente erradicadas^{3,4}.

O calendário nacional de vacinação em 2020 ofertou 16 tipos de vacinas, visando atingir pelo menos 20 tipos de patógenos. A divisão desse calendário é feita em faixas etárias, que se iniciam ao nascer, com a vacina BCG para tuberculose, e perpassam todas as fases da vida, incluindo as campanhas e reforços para os idosos⁵. Ao todo, o PNI conta com a distribuição de 45 imunobiológicos, sendo 28 vacinações, 13 soros hiperimunes e 4 imunoglobulinas, com uma aquisição anual na média de 300 milhões de doses (2017)⁶.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de hesitação vacinal mostra-se complexo ao variar de local, época e vacina, sem uma apresentação uniforme. Ao se analisar um espectro que varia da recusa total de vacinação à restrição parcial, pode-se

observar uma porcentagem significativa da população sendo abarcada. A partir disso, foi desenvolvido o modelo dos “3Cs”, em que a hesitação vacinal pode ser vista como a confluência entre a confiança (no sistema de gestão vacinal, profissionais da saúde e nas políticas públicas), a complacência (ao não perceber a vacinação como algo necessário) e a conveniência (em que há a consideração da facilidade do acesso, os recursos disponíveis e disponibilidade física e econômica para tal)^{7,8}. Dessa maneira, pode-se analisar aspectos que variam desde a informação que o usuário recebe, a relação médico-paciente até a extensão geográfica do país e o processo de subfinanciamento do SUS nos últimos anos, em que o acesso ao material imunobiológico se torna mais restrito⁹. Succi⁸ também destaca que as vacinas são vítimas do seu próprio sucesso, ao observar que as mudanças epidemiológicas desde o surgimento dos imunobiológicos, como o desaparecimento de muitas doenças imunopreveníveis, levaram ao esquecimento das sequelas dessas doenças, fazendo com que prevenir não seja mais prioridade.

As campanhas de vacinação sempre tiveram um espaço de destaque quando se trata de comunicação em saúde. Na Campanha contra a Poliomielite dos anos 90 ocorreu grande movimentação dos veículos de comunicação, aliados a setores da educação, cultura, clubes, serviços e associações de classes, como sindicatos. Posteriormente, com o ingresso das agências de publicidade, as divulgações em saúde passam a setores profissionais¹⁰.

O objetivo desse estudo é avaliar o conhecimento da população sobre as vacinas e a adesão às Campanhas de Vacinação idealizadas pelo Ministério da Saúde nos últimos anos e conhecer os motivos pela escolha de não se vacinar.

Materiais e Métodos

Amostra e tipo de estudo

Estudo transversal realizado por meio da aplicação de questionários entre os meses de novembro de 2019 a março de 2020 na população que reside no extremo

sul da cidade de São Paulo. Ambos os questionários foram aprovados por um comitê de ética sob o parecer nº 3.580.528 e CAAE: 20653219.2.0000.0081.

Participaram deste estudo 150 indivíduos. A amostra (tabela 1) foi 82% feminina, com a idade variando de 18 a 72 anos, sendo a média de 40.7 anos; 38,9% pardos e 13,5% pretos. Quanto à escolaridade, 73% possuíam pelo menos o ensino médio completo. 78% possuíam filhos, sendo de 2 a 3 filhos a quantidade mais encontrada (55%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.

Característica sociodemográfica	N	%
Gênero		
Feminino	123	82.00
Masculino	27	18.00
Total	150	100.00
Grupo Etário		
18 a 25	17	11.30
26 a 30	22	14.70
31 a 40	49	32.70
41 a 50	30	20.00
51 a 60	17	11.30
60 e mais	15	10.00
Total	150	100.0
Escolaridade		
Sem Ensino/ Ensino Fundamental Incompleto	18	13.70
Ensino Fundamental	18	13.70
Ensino Médio	78	59.00
Ensino Superior	36	27.30
Total	150	100.0
Raça		
Branca	67	44.90
Parda	58	38.90
Negra	20	13.50
Outras	4	2.70
Total	149*	100.0
*1 não respondeu		
Filhos		
Sim	117	78.00
Não	33	22.00
Total	150	100.0
Número de filhos		
1	42	35.90
2 a 3	64	54.70
Mais de 3	11	9.40
Total	117	100.0

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

Delineamento da pesquisa

Os dados foram coletados em cinco momentos distintos: no SESC Interlagos, localizado no bairro Parque Colonial, nos dias 02 e 30 de novembro de 2019, entre às 8 e 16 horas. Então, nos dias 15, 16 e 17 de fevereiro de 2020, entre às 12h e 14 horas, em ruas do bairro Jardim das Imbuías. Ambas as localidades se encontram na região sul do município de São Paulo, na subprefeitura da Capela do Socorro e os participantes foram selecionados por conveniência.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: residir na área a ser estudada, ter no mínimo 18 anos e retornar positivamente o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e Assentimento. Não houve critérios de exclusão.

Procedimentos

Foram elaborados dois questionários próprios, sendo um sociodemográfico, para caracterizar a amostra e outro para identificar a relação sociocultural e os conhecimentos acerca da vacinação. Dessa forma, objetivava-se correlacionar as informações. Os aspectos sociodemográficos abordados foram: idade, gênero; raça; escolaridade; ocupação e se possuía filhos, caso sim, quantos.

Em relação ao questionário sobre vacinação, as variáveis analisadas foram: adesão, por meio das questões: *“Possui carteira de vacinação? Caso não, qual o motivo?”*, *“Carteira de vacinação está completa?”*, *“Se possui filhos, eles foram vacinados? Carteira de vacinação deles está completa? Se não, qual o motivo?”*, *“Caso tenha respondido não para as questões anteriores, os profissionais de saúde que fazem o*

acompanhamento foram informados?”, *“Foi vacinado contra o sarampo na última campanha?”*, *“Foi vacinado contra a febre amarela na última campanha?”*, *“No território onde mora, foi realizada busca ativa dos casos de não vacinação?”*; e conhecimento, por meio das questões: *“Você sabe o que é vacina e para que serve?”*, *“Acredita que vacinas fazem efeito?”*, *“Acredita que as vacinas são seguras?”*, *“Qual sua principal fonte de informações sobre vacina?”*, *“Vacinas que conhece/ já ouviu falar?”*, *“Você acha que a vacinação deveria ser obrigatória?”*; *“Você tem medo de ser vacinado? Se sim, por quê?”* e *“Você acredita/utiliza algum outro método de “proteção”, além da vacinação? Se sim, qual?”*.

Local do estudo

A Região Sul da cidade de São Paulo é composta por 12 distritos que possuem os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixos do município e os mais altos Índices de Vulnerabilidade Social (IVS). É a segunda região com o maior número de pessoas desempregadas¹¹. Em relação ao uso do SUS, a região sul apresenta o segundo maior índice de SUS-dependentes no município e a subprefeitura com a maior quantidade de residentes SUS-dependentes (Capela do Socorro); também abarca três das cinco subprefeituras com população exclusivamente usuária da saúde pública acima dos 300.000 habitantes¹².

Análise Estatística

Os dados obtidos nos questionários foram computados em Microsoft Excel e correlacionados. Eles foram descritos em frequência relativa e analisados estatisticamente com o teste G de Cochran.

Resultados

De acordo com os resultados obtidos, exibidos na tabela 2, foi possível observar que uma minoria não possuía a carteira de vacinação e o principal motivo para isso foi a sua perda. Quanto aos filhos que não possuem carteira de vacinação completa, a causa mais relatada foi a falta de vacina, principalmente a pentavalente.

Em relação às campanhas de vacinação do Ministério da Saúde contra a febre amarela (2018) e sarampo (2019), pode-se observar que, na população estudada, em nenhuma das duas campanhas atingiram-se os 95% de CV. A busca ativa

dos casos de não vacinação dessas duas situações ocorreu somente na região residencial de 65% dos entrevistados que souberam responder.

Quanto às fontes utilizadas para se informar sobre as vacinas e as campanhas de vacinação, televisão/rádio é a mais utilizada, seguida das mídias sociais, informações na Unidade Básica de Saúde e dos profissionais da saúde aparecem respectivamente em terceiro e quarto lugar, conforme demonstrado na tabela 3 (p= 0,0000).

Tabela 2 – Caracterização vacinal da população estudada.

Caracterização vacinal	N	%
Tem carteira de vacinação?		
Sim	129	86.6
Não	20	13.4
Total	149*	100.0
*1 não respondeu		
Filhos vacinados?		
Sim	116	99.1
Não	1	0.9
Total	117	100.0
Carteira completa dos filhos?		
Sim	110	94.0
Não	7	6.0
Total	117	100.0
Tomou vacina contra febre amarela?		
Sim	122	81.4
Não	28	18.6
Total	150	100.0
Tomou vacina contra sarampo?		
Sim	78	52.0
Não	72	48.0
Total	150	100.0
É realizada busca ativa dos casos de não vacinação?		
Sim	93	65.1
Não	50	34.9
Total	143**	100.0
**7 não responderam		

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

Tabela 3 – Principal fonte de informação sobre vacinas para a população estudada.

TV/Rádio	Mídias Sociais	UBS	Profissionais De Saúde	Pessoas de Confiança	Outros
$\Sigma = 112$ % = 42.4	$\Sigma = 51$ % = 19.3	$\Sigma = 43$ % = 16.3	$\Sigma = 31$ % = 11.7	$\Sigma = 20$ % = 7.6	$\Sigma = 7$ % = 2.6
G de Cochran					
G calculado = 206.53			p= 0,0000*		

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

Em relação ao conhecimento da população acerca do que é vacina, 94,5% disseram saber o que é, conforme tabela 4. Dentre as respostas apresentadas pelos entrevistados, 73,7% foram relacionadas com: proteção, combate, prevenção, controle e imunização contra doenças. Apesar disso, ainda houve uma porcentagem das pessoas que disseram saber o que era, mas não souberam explicar.

Quando pesquisado e comparado o conhecimento sobre as principais vacinas disponibilizadas pelo SUS, demonstrado na tabela 5, destacaram-se as vacinas contra o sarampo, a febre amarela e a gripe como as mais conhecidas, seguidas da hepatite B, tétano, rubéola e caxumba, sendo a difteria e a raiva as menos conhecidas ($p= 0,0000$).

Tabela 4 – Conhecimento e confiança da população sobre as vacinas.

Conhecimento e confiança da população	N	%
Sabe o que é vacina?		
Sim	137	94.5
Não	8	5.5
Total	145*	100.0
* 5 não responderam		
A vacina deve ser obrigatória?		
Sim	126	84.0
Não	24	16.0
Total	150	100
Acredita que as vacinas são seguras?		
Sim	127	84.7
Não	23	15.3
Total	150	100.0
Acredita que as vacinas fazem efeito?		
Sim	146	97.3
Não	4	2.7
Total	150	100.0
Tem medo de ser vacinado?		
Sim	24	16.0
Não	126	84.0
Total	150	100.0
Acredita/Utiliza algum outro método de “proteção”, além da vacinação?		
Sim	68	46.0
Não	80	54.0
Total	148	100.0
2* não responderam		

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

Tabela 5 – Conhecimento da população estudada sobre as principais vacinas.

Febre Amarela	Hepatite B	Tétano	Rubéola	Gripe	Sarampo	Raiva	Difteria	Caxumba	Outras
$\Sigma = 139$	$\Sigma = 125$	$\Sigma = 129$	$\Sigma = 123$	$\Sigma = 135$	$\Sigma = 143$	$\Sigma = 108$	$\Sigma = 74$	$\Sigma = 118$	$\Sigma = 14$
% = 12.5	% = 11.3	% = 11.6	% = 11.1	% = 12.2	% = 12.9	% = 9.7	% = 6.7	% = 10.6	% = 1.3

G de Cochran

G calculado = 593.88

 $p= 0,0000^*$

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

Sobre a confiança nas vacinas, dados apresentados na tabela 4, apesar de 97,3%

acreditarem que as vacinas fazem efeito, 15,3% ainda acham que elas não são

totalmente seguras. Dentre os motivos apresentados para justificar tal opinião, pode-se citar: os efeitos colaterais, seguido de desconfiança das vacinas da rede pública, principalmente as de campanha e questões relacionadas ao armazenamento, transporte e fabricação, assim como, as informações disponíveis nas mídias sociais.

Ainda sobre esse assunto, 16% referiram ter medo de serem vacinados. As principais causas apontadas pelos entrevistados foram: medo da dor e/ou da agulha (30,43%); medo dos efeitos colaterais (26%); medo por não saber como as vacinas são preparadas (4,4%); profissionais não estarem preparadas para fazer a aplicação correta (4,4%) e simplesmente por não achar necessária a vacinação (4,4%). 30,43% desse grupo não souberam responder o porquê de terem medo das vacinas.

Além disso, 46% utilizam outros métodos de proteção contra doenças ademais da vacinação. Higiene e cuidados diários foram os mais citados pela população (28%), seguidos por: uso de medicamentos (16%); estilo de vida (alimentação adequada e prática de atividades físicas) (13,2%); consultas médicas, exames anuais de rotina e escuta/aconselhamento pelos profissionais de saúde (13,2%); métodos naturais, como chás, homeopatia, vitaminas e suplementos (9%); Evitar picada de mosquitos, por meio do uso de repelente, telas em janelas e evitando água parada (6%); evitar locais abafados e aglomerados (4,5%); religião (3%); uso de equipamentos de proteção individuais, como máscaras e luvas (1,5%); uso de preservativos (1,5%) e 4,5% não souberam responder.

Discussão

A vacinação é um método de imunização ativa extremamente eficaz, utilizado desde o século XIX. Porém, apenas em 1973, com a criação do PNI, a política de imunizações brasileira passou a se estruturar. Com o objetivo de reduzir a

incidência de agravos imunopreveníveis, o PNI proporciona a distribuição universal de vacinas em todo o território nacional e, devido sua abrangência e complexidade, é frequentemente comparado a programas de países desenvolvidos¹³. Desde 1990 a meta estabelecida de 95% de CV é atingida. Entretanto, a partir de 2016, observou-se uma importante redução, dado que preocupa as autoridades sanitárias⁸.

A queda da CV é um fenômeno multifatorial, consequência, dentre outros fatores, da hesitação vacinal. De acordo com o SAGE (Consultivo Estratégico de Peritos sobre Imunizações), órgão da OMS, a hesitação está relacionada a três variáveis, que também foram observadas neste estudo: a confiança, complacência e conveniência¹⁴.

A confiança diz respeito à efetividade e ao sentimento de segurança da população acerca das vacinas, da sua produção, do sistema de armazenamento e dos profissionais envolvidos nesse processo¹⁴. 97,3% dos entrevistados acreditam que as vacinas fazem efeito, o que condiz com o estudo realizado por Lane *et al.*¹⁵ com dados do formulário de notificação da OMS, com indivíduos de 67 países, que concluíram que os brasileiros acreditam na efetividade das vacinas, principalmente quando comparado aos europeus. Entretanto, 15,3% não as consideram seguras, e os motivos citados pelos participantes do presente estudo são os mesmos fornecidos pela OMS¹⁴ e os encontrados por Viegas *et al.*¹⁶ em seu estudo com adolescentes: medo dos efeitos colaterais, desconfiança nas vacinas fornecidas pela rede pública e nos métodos de armazenamento, transporte e fabricação. Ademais, 16% dos entrevistados relataram medo de serem vacinados e, quando questionados sobre o motivo, diversas respostas relacionaram-se com a não confiabilidade, sendo elas: medo dos efeitos colaterais (26%); do modo de fabricação (4,4%) e aplicação (4,4%).

O medo, em geral, é uma questão recorrente, juntamente com a diminuição da

preocupação com doenças controladas por imunobiológicos¹⁰. Os movimentos antivacina apresentam até o momento uma relevância expressiva entre os países desenvolvidos, e a desinformação nos países em desenvolvimento⁷.

A disseminação de notícias falsas nas mídias sociais parece contribuir com a não confiabilidade relatada^{10,17}. Antigamente, os indivíduos se informavam através de veículos de comunicação de massa, como televisão e rádio, os quais foram relatados nesse estudo como principais fontes de informação por 112 participantes. Entretanto, com a popularização da internet, as mídias sociais passaram a ocupar esse papel, e são considerados por 19,3% dos entrevistados como o principal veículo de informação sobre a vacinação quando comparados com as outras possíveis fontes.

A frase “uma mentira repetida mil vezes tornar-se verdade”, de Joseph Goebbels, um dos grandes responsáveis pela promoção da cultura antisemita na Alemanha nazista, encaixa-se adequadamente no cenário atual, no qual há uma rápida disseminação de falsas notícias¹⁸. Os grupos contrários à vacinação, impulsionados pela velocidade de compartilhamento da era digital, utilizam desse meio para alastrar seus ideais por todo o mundo^{10,18,19,20}. O estudo publicado por Teixeira *et al.*¹⁰, acerca do impacto negativo das *fake news* na campanha de vacinação contra a febre amarela no Brasil, concluiu que as principais notícias inverídicas promovidas por esses grupos são referentes aos possíveis eventos adversos das vacinas. Entretanto, esses eventos são, em geral, infrequentes e brandos^{10,14}. Dessa forma, os benefícios promovidos pela vacinação superam os riscos, e o alastramento de afirmações contrárias geram riscos à saúde pública do país.

A complacência diz respeito à baixa percepção da necessidade da vacinação e dos riscos que as doenças imunopreveníveis são capazes de oferecer¹⁴. Esse fenômeno está relacionado a diversos fatores, sendo

um deles, contraditoriamente, a adesão satisfatória à vacinação^{7,14}. Quando a CV permanece dentro dos parâmetros estabelecidos por um período prolongado, pode resultar na diminuição expressiva da incidência ou até mesmo erradicação de certas doenças, como é o exemplo da poliomielite.

Ao analisar as taxas de CV na cidade de São Paulo nos últimos dois anos para febre amarela e sarampo, percebem-se algumas mudanças estatisticamente relevantes: segundo os dados disponibilizados pelo DATASUS, a CV de febre amarela registrada em 2018 na capital foi de 55,89%, significativamente abaixo da meta de 95% do Ministério da Saúde. Já para o ano de 2019, essa taxa elevou-se para 75,91%, ainda abaixo da meta, porém com visível melhora no alcance de indivíduos vacinados²¹. Comparando-se à porcentagem de respondentes do estudo, 81,4% dos entrevistados relataram terem se vacinado na campanha de 2018 ou 2019 contra o vírus. Apesar desse dado ainda ser abaixo da meta, está superior a taxa de CV dentro da capital, o que poderia apontar para uma relativa eficácia das ações de comunicação em saúde dentro da região analisada. Contudo, não exclui a necessidade de manutenção de políticas públicas voltadas para a vacinação, visando o alcance da meta de 95%.

Dentre as principais políticas para incentivo à imunização, destaca-se a influência constatada da comunicação em saúde, dentro de escolas, através das mídias, em meio aos familiares ou mesmo pelo vínculo com os profissionais da saúde. Essa estratégia visa proporcionar uma redução do distanciamento do indivíduo com sua própria saúde, e ampliação do acesso à informação^{22, 23}.

Em 2018, a CV na capital de São Paulo para a 1ª dose da vacina tríplice viral foi de 92,69%, 85,49% para 2ª dose e 42,66% para vacina tetra viral. Já em 2019, todas essas porcentagens decaíram²⁴. Quando comparados aos dados do estudo, apenas 52% relataram vacinação na

campanha de 2019 contra o vírus. Dessa forma, os dados do DATASUS nos últimos 2 anos e os dados da pesquisa demonstraram valor inferior à meta de 95%. Apesar de todas as estatísticas estarem abaixo da meta, percebe-se discrepância importante entre o observado pela base de dados DATASUS e o relatado pelos respondentes da pesquisa, fato que era esperado, considerando a maior especificidade da amostra e do recorte regional para o estudo, em comparação a toda a população da capital.

Por fim, o fenômeno da conveniência diz respeito à disponibilidade das vacinas, seu fácil acesso geográfico, o apelo dos profissionais da saúde e órgãos públicos e o valor a ser pago por elas¹⁴. Todas as vacinas presentes no calendário vacinal são distribuídas gratuitamente pelo SUS, sendo esse um dos motivos pelo qual o PNI brasileiro é visto como referência mundial¹³. Entretanto, a disponibilidade depende de outros fatores, como é o caso da vacina pentavalente. A sua falta foi a principal causa de carteira de vacinação incompleta relatado pelos pais deste estudo.

Sua falta esteve relacionada com a seguinte nota emitida pelo Ministério da Saúde, por meio do Diário Oficial da união e a Resolução nº 1.545 de 11 de junho de 2019, mediante a OPAS, que a vacina foi reprovada em teste de qualidade realizado pelo Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) e análise da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)^{25,26}. Portanto, as compras com o fornecedor foram interrompidas pela OMS/OPAS. De acordo com os estados e município, o fornecimento estava defasado desde julho de 2019²⁵.

A busca ativa é um instrumento essencial para monitoramento da CV de uma dada população e para a criação de estratégias para aumento dos índices de imunização. No contexto da vacinação, ela possibilita que os profissionais da saúde informem aos indivíduos sobre as datas de campanhas de vacinação, a disponibilidade de tais imunobiológicos nos postos de saúde da região, assim como a necessidade de

vacinação de acordo com a situação imunológica particular de cada indivíduo, o que eleva a conveniência referente à vacinação²⁷.

Contudo, 34,9% dos participantes negaram a ocorrência de busca ativa na região onde moram, e desses, 14% não possuíam a carteira de vacinação. Dessa forma, fica evidente a importância dessa estratégia da vigilância epidemiológica para se alcançar a CV desejada.

Além dessas três características: confiança, complacência e conveniência, deve-se destacar a Matriz dos Determinantes da Hesitação Vacinal, a qual apresenta os principais fatores que influenciam na recusa vacinal. Os determinantes são divididos em 3 categorias: histórico/sociocultural, percepção do grupo e do indivíduo e questões vacinais. O poder de influência de cada determinante depende do contexto de vida de cada pessoa, como: nível educacional, socioeconômico, religião, gênero e até conhecimento sobre as vacinas⁷. De uma forma geral, percebeu-se que alguns determinantes tiveram destaque para a hesitação vacinal na população estudada: experiência pessoal/familiar com as vacinas, crenças, atitudes sobre saúde e prevenção, risco/ benefício, imunização como não necessária, informações de profissionais de saúde e disponibilidade da vacina.

Destaca-se como fator limitante desta pesquisa a definição da amostra, uma vez que os determinantes da hesitação vacinal podem variar de acordo com contexto cultural, socioambiental e demográfico do indivíduo, sendo os dados apresentados, característicos da realidade de uma parcela da população do extremo sul da cidade de São Paulo.

94,5% da população entrevistada afirmou saber o que são as vacinas e 73,7% as relacionaram com prevenção e imunização contra doenças. Porém, quando questionada acerca do conhecimento de outros métodos de proteção, 46% afirmaram conhecer e praticar. Em

comparação com esses dados, no trabalho feito por Viegas *et al.*¹⁶, 77,6% afirmaram ter conhecimento sobre o que é e para que serve a vacina.

Dentre as alternativas de proteção mais citadas incluem: higiene, cuidados diários, estilo de vida saudável, uso de medicamentos, consultas médicas periódicas, homeopatia, ingestão de chás naturais, vitaminas e suplementos e até mesmo crenças religiosas. Apesar dessas condutas serem importantes para a manutenção da imunidade, qualidade de vida e saúde mental, não são eficazes na profilaxia de agravos imunopreveníveis, e não devem, em hipótese alguma, substituir a adesão à vacinação²⁸.

Em relação ao conhecimento sobre as principais vacinas disponibilizadas pelo SUS, apesar das vacinas mais conhecidas serem: contra o sarampo e febre amarela, a taxa de CV apresentada pela população estudada ainda é baixa quando comparada com a meta do Ministério da Saúde^{8,13}.

Quanto mais conhecimento a população tiver sobre as doenças e as vacinas, melhor será a CV e menor será o efeito das notícias falsas. Isso foi mostrado no estudo feito por Lobão *et al.*²⁹, no qual os pais que se negavam a vacinar seus filhos contra o HPV possuíam menos conhecimento sobre a doença e, conseqüentemente, não entendiam a importância da vacina. Ademais, Viegas *et al.*¹⁶ concluíram que a falta de conhecimento sobre as vacinas e as doenças transmissíveis e imunopreveníveis é uma das principais causas da baixa CV entre os adolescentes.

Ainda sobre o conhecimento acerca das vacinas, Mizuta *et al.*³⁰ mostraram que nem mesmo os médicos e estudantes de medicina têm total conhecimento sobre as doenças preveníveis pelas vacinas do calendário nacional de vacina. Isso é extremamente preocupante, uma vez que os profissionais de saúde são fundamentais na comunicação em saúde com a população, tendo grande relevância na meta da CV.

Atualmente no Brasil, o histórico de vacinação individual é feito, em sua maioria, pela carteira de cada cidadão³¹. Nesse estudo foi observado que 75% daqueles que não possuíam a carteira de vacinação o principal motivo relatado foi sua perda. Esse fato compromete a eficácia do controle de imunização, além de promover um gasto desnecessário de revacinação, uma vez que, quando há perda da carteira, o indivíduo deve ser revacinado, mesmo que esteja imune³².

Em 2018, analisando a questão das vacinas fracionadas de Febre Amarela e as notícias rapidamente veiculadas de maneira errônea, o Ministério da Saúde iniciou seu projeto “Saúde sem *Fake News*”, um canal no WhatsApp para que os cidadãos encaminhem as informações recebidas e/ou boatos e após uma análise de equipe técnica, é dada uma devolutiva sobre a veracidade do assunto¹⁸. Essa solução foi ao encontro de um estudo realizado pela Câmara dos Deputados e do Senado, em que o WhatsApp se apresenta como a principal fonte de informação³³. Apesar da população alvo deste trabalho não ter como fonte principal de informações as mídias sociais e sim televisão/rádio, notou-se uma resposta positiva na CV da vacina contra a febre amarela (81,4%) em comparação com a contra o sarampo (52%). Apesar de ser uma amostra relativamente pequena, mostra que houve efetividade nos projetos de comunicação em saúde nas campanhas de 2018 e 2019 contra a Febre Amarela. Dessa forma, seria interessante o mesmo investimento nas Campanhas de Vacinação contra o Sarampo. Viegas *et al.*¹⁶ destacam em seu trabalho que o maior conhecimento da vacina contra a febre amarela, em comparação a outras vacinas, se justifica pelo fato dela ter sido amplamente divulgada e discutida nas mídias.

Além disso, como exposto por Sacramento *et al.*¹⁸, a informação hoje em dia consumida pelo público, e reproduzida por ele, passa pela manutenção de suas convicções, ou seja, baseia-se em um sentimento de identificação de valores,

crenças, cultura e sintaxe e não pela hierarquização trazida antes pelo jornalismo tradicional, em que a população brasileira encontrava-se apenas na posição de espectadora. Esse fato alia-se à falta de confiança nos produtores de ciência e a complacência, gerando uma série de comportamentos complexos e resultando nas menores coberturas vacinais já vistas^{18,34}. Destaca-se, também, a importância dos profissionais de saúde para esclarecer dúvidas e aprimorar o diálogo com a população, sendo facilitadores das divulgações científicas, atuando de forma direta na comunicação em saúde.

Conclusão

Constatou-se que a população estudada tem conhecimento do que são as

vacinas e para que servem. As mais citadas foram contra o sarampo e a febre amarela, por estarem mais expostas nas mídias, ainda que não tenham atingido a meta proposta pela Ministério da Saúde. As principais variáveis encontradas para essa hesitação vacinal foram: a não confiabilidade, relacionada principalmente ao medo dos eventos adversos que, apesar de infrequentes e não graves, são altamente disseminados através de notícias falsas nos meios midiáticos; a baixa percepção da população acerca da importância da vacinação, comprovando a importância da comunicação em saúde para atenuar esse item; e, por fim, a facilidade do acesso às vacinas e do apelo dos profissionais da saúde.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde – Secretária de Vigilância em Saúde. Vigilância Epidemiológica do Sarampo no Brasil 2019: Semanas Epidemiológicas 39 a 50 de 2019. [Internet] Brasília: Boletim Epidemiológico 39; 2019. [acessado em 2020 Ago 27]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/PDF/2019/dezembro/27/Boletim-epidemiologico-SVS-39-FINAL.PDF>
2. Programa Nacional de Imunizações/DATASUS. Cobertura vacinal contra poliomielite. Brasil: Ministério da Saúde; 2019. [acessado 2021 Fev 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def>
3. Camargo Jr. KR. Here we go again: the reemergence of anti-vaccine activism on the Internet. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2020 [acessado 2021 Fev 10]; 36 (Suppl 2):e00037620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00037620>.
4. Da Motta JR. Comunicação pública e campanhas nacionais de vacinação em contexto de midiaticização: as estratégias comunicacionais do ministério da saúde na crise da cobertura vacinal de 2018. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2020. Dissertação de mestrado em Comunicação. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/76/o/DISSERTA%C3%87%C3%83O_DE_MESTRADO_JOHNNY_RIBAS_DA_MOTTA.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Instrução normativa referente ao calendário nacional de Vacinação 2020. [Internet] Brasília: MS; 2020. [acessado em 2020 Ago 27]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/04/Instru----o-Normativa-Calendario-Vacinal-2020.pdf>
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (CONASEMS). Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. Calendário da criança - coberturas vacinais 2017. [Internet] Brasília: CONASEMS; 2017. [acessado em 2020 Ago 27]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Sistema-de-Infirma%C3%A7%C3%A3o-do-PNI-SIPNI-12.09.17-Carla.pdf>

7. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. [Internet] 2015 Aug 14;33(34):4161-4. [acessado em 2021 Fev 10] doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036. Epub 2015 Apr 17. PMID: 25896383.
8. Succi RCM. Recusa vacinal - que é preciso saber. *J Pediatr* [Internet]. 2018 [acessado 2020 Ago 20]; 94(6): 574-581. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jped/v94n6/pt_0021-7557-jped-94-06-0574.pdf
9. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Cien Saúde Colet* [Internet]. 2019 Nov-Dez [acessado 2020 Ago 20];24(12): 4405-4415. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n12/1413-8123-csc-24-12-4405.pdf>
10. Teixeira A, Santos RC. *Fake news* colocam a vida em risco: a polêmica da campanha de vacinação contra a febre amarela no Brasil. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* [Internet]. 2020 Jan-Mar [acessado 2020 Set 04]; 14(1):72-89. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40875/2/8.pdf>
11. São Paulo. Rede Nossa São Paulo. Mapa da Desigualdade 2017. [Internet] São Paulo: Rede Nossa São Paulo; 2017. [acessado em 2020 Ago 20]. Disponível em: https://nossasaopaulo.org.br/portal/mapa_2017_completo.pdf
12. Coordenação de Epidemiologia e Informação. Estimativa da população exclusivamente usuária sus no município de São Paulo. *Boletim eletrônico CEInfo* [Internet]. 2020 Fev [acessado 2020 Ago 20]; 1(1):[cerca de 3 p.] Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/boletimeletronico/n01popsus.pdf>
13. Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [Internet]. 2003 [acessado em 2020 Ago 20]; 10(supl.2):601-617. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a08v10s2.pdf>
14. World Health Organization (WHO). Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy [Internet]. 2014 Nov 12. [acessado em 2020 Ago 28]. Disponível em: http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/SAGE_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf
15. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015-2017. *Vaccine* [Internet]. 2018 Jun [acessado 2020 Set 0 4]; 36(26):3861–3867. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5999354/>
16. Viegas SMDF, Sampaio FC, Oliveira PP, Lanza FM, Oliveira VC, Santos WJD. A vacinação e o saber do adolescente: educação em saúde e ações para a imunoprevenção. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 Feb [acessado 2020 Set 07];24(2):351-360. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v24n2/1678-4561-csc-24-02-0351.pdf>
17. Sacramento I, Paiva R. Fake news, WhatsApp e a vacinação contra febre amarela no Brasil. *MATRIZES* [Internet]. 2020 Jul [Acessado 2020 Set 04]; 14(1):79-106. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/matrices/article/view/160081/160682>
18. Crescimento das ‘fake news’ influencia agenda pública e requer ações. *Jornal da Unicamp* [Internet]; 2018 SET 14. Disponível em: <https://www.unicamp.br/unicamp/index.php/ju/noticias/2018/09/14/crescimento-das-fake-news-influencia-agenda-publica-e-requer-aco-es>
19. Massarani L, Leal T, Waltz I. O debate sobre vacinas em redes sociais: uma análise exploratória dos links com maior engajamento. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 Ago [Acessado 2020 Set 04]; 36(2): [cerca de 14 p.]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36s2/1678-4464-csp-36-s2-e00148319.pdf>

20. Teoh D. The Power of Social Media for HPV Vaccination–Not Fake News! *Am Soc Clin Oncol Educ Book* [Internet]. 2019 Jan-Mai [acessado 2020 Set 04]; 39:75-78. Disponível em: https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/EDBK_239363
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cobertura de imunizações no Brasil. [Internet]; 2019. [Acessado 2020 Ago 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?zni/cnv/cpniuf.def>
22. Gonzaga JD, dos Santos AOC. *Fake news*, desinformação e saúde pública: estudo sobre a abordagem do tema ‘vacina’ na agência de checagem Lupa. XXIV Congresso de Ciências da Comunicação na Região Sudeste. [Internet]. 2019. [Acessado 2021 Fev 10]. Disponível em: <https://portalintercom.org.br/anais/sudeste2019/resumos/R68-0370-1.pdf>
23. Viegas SMF, Pereira PLG, Pimenta AM, Lanza FM, Oliveira PP, Oliveira VC. Preciso mesmo tomar vacina? Informação e conhecimento de adolescentes sobre as vacinas. *Avances em Enfermería* [Internet]. 2019 [Acessado 2020 Ago 20]; 37(2):217-229. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n2/0121-4500-aven-37-02-217.pdf>
24. Secretaria de Estado da Saúde da Bahia. Boletim Epidemiológico - Sarampo. [Internet]. 2020 Fev [Acessado 2020 Aug 28];2. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2018/05/Boletim-Semanal-Sarampo-SE-07-de-2020.pdf>
25. Brasil. Resolução nº. 1.545, de 11 de junho de 2019. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Diário Oficial da União 2019; 13 jun. 13(1):119. [Acessado 2020 Ago 29] Disponível em: <https://in.gov.br/web/dou/-/resolucao-re-n-1.545-de-11-de-junho-de-2019-163349539>
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Regularização dos estoques de vacina pentavalente. [Internet]. 2019 Set 10 [Acessado 2020 Jul 10]. Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45772-regularizacao-dos-estoques-de-vacina-pentavalente>
27. Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. *Estudo e Pesquisas em Psicologia* [Internet]. 2010 Jan- Abr [Acessado 2020 Ago 25];10(1):281-295. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Viva mais SUS. As verdades sobre as vacinas. [Internet]. [Acessado 2020 Ago 25]. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/saudebucal/vacinacaoinfantil_interna.html
29. Lobão WM, Duarte FG, Burns JD, *et al.* Low coverage of HPV vaccination in the national immunization programme in Brazil: Parental vaccine refusal or barriers in health-service based vaccine delivery? *PLoS One*. [Internet]. 2018 Nov [Acessado 2020 Set 07];13(11): [cerca de 14 p.]. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0206726>
30. Mizuta AH, Succi GM, Montalli VAM, Succi RCM. Perceptions on the importance of vaccination and vaccine refusal in a medical school. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2019 [acessado 2020 Set 07];37(1):34-40. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpp/v37n1/0103-0582-rpp-2019-37-1-00008.pdf>
31. Fernandes C. Saúde em dia: sistema para controle de caderneta de vacinação. Tubarão (SC): Universidade do Sul de Santa Catarina; 2017. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/bitstream/handle/12345/2180/TCC%20-%20Carla%20Fernandes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Caderneta da Criança. Brasília: MS, 2016.
33. Brasil tem 134 milhões de usuários de internet, aponta pesquisa. Agência Brasil [Internet]. 2020 Mai 26 [acessado 2020 Set 09]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2020-05/brasil-tem-134-milhoes-de-usuarios-de-internet-aponta->

pesquisa#:~:text=Atualizado%20em%2026%2F05%2F2020,a%20134%20milh%C3%B5
es%20de%20pessoas

34. Kestenbaum LA, Feemster KA. Identifying and addressing vaccine hesitancy. *Pediatr Ann.* [Internet] 2015;44(4):e71-e75. [Acessado em 2021 Fev 10] doi:10.3928/00904481-20150410-07

Como citar este artigo:

Morilla JL, Oliveira MC, Oliveira IRL, Knudsen BG, Tromba F, Pereira JT, Souza PC. A importância do conhecimento sobre as vacinas e o impacto na cobertura vacinal. *Rev. Aten. Saúde.* 2021; 19(67): 175-188.