

Hesitação vacinal de familiares de crianças durante a pandemia de COVID-19*

Vaccine hesitancy in families of children during the COVID-19 pandemic

Como citar este artigo:

Viana IS, Cursino EG, Silva LF, Machado MED, Vaz EMC. Vaccine hesitancy in families of children during the COVID-19 pandemic. Rev Rene. 2023;24:e89253. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232489253>

 Izabella da Silva Viana¹
 Emília Gallindo Cursino¹
 Liliane Faria da Silva¹
 Maria Estela Diniz Machado¹
 Elenice Maria Cecchetti Vaz²

*Extraído da dissertação intitulada “Hesitação vacinal de familiares de crianças durante a pandemia de COVID-19”, Universidade Federal Fluminense, 2022.

¹Universidade Federal Fluminense.
Niterói, RJ, Brasil.

²Universidade Federal da Paraíba.
João Pessoa, PB, Brasil.

Autor correspondente:

Izabella da Silva Viana
Rua Dr. Celestino, 74, Centro
CEP: 24020-091. Niterói, RJ, Brasil.
E-mail: izabellaviana@id.uff.br

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

EDITOR CHEFE: Ana Fatima Carvalho Fernandes
EDITOR ASSOCIADO: Camila Biazus Dalcin

RESUMO

Objetivo: identificar as razões que levaram familiares de crianças à hesitação vacinal durante a pandemia de COVID-19. **Métodos:** estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas realizadas com 20 familiares, sendo todas mães de crianças hospitalizadas. Os dados foram submetidos à análise lexicográfica, com o auxílio do software *Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, pela Classificação Hierárquica Descendente. **Resultados:** o medo do deslocamento durante a pandemia e o desabastecimento de vacinas se mostraram razões geradoras de hesitação vacinal de familiares de crianças durante a pandemia de COVID-19. **Conclusão:** os motivos da hesitação vacinal de familiares de crianças identificadas nesse estudo ameaçam o avanço no combate às doenças imunopreveníveis. **Contribuições para a prática:** órgãos governamentais, gestores e enfermeiros das unidades de saúde devem se responsabilizar pela tomada de medidas eficazes de implementação de educação em saúde com esse público, criando vínculo de confiança para reduzir os riscos do aumento da hesitação vacinal e das coberturas vacinais no país.

Descritores: País; Família; Criança; Recusa de Vacinação; COVID-19.

ABSTRACT

Objective: to identify the reasons that led families of children to vaccine hesitancy during the COVID-19 pandemic. **Methods:** qualitative study with semi-structured interviews carried out with 20 children's relatives, all of which were mothers of hospitalized children. Data was submitted to lexicographical analysis in the software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*, using descending hierarchical classification. **Results:** the fear of leaving one's house during the pandemic and the lack of vaccine supplies were the reasons found for vaccine hesitancy in the family of children during the COVID-19 pandemic. **Conclusion:** the reasons for vaccine hesitancy in the families of children found in this study threaten advancements in the struggle against vaccine-preventable diseases. **Contributions to practice:** government bodies, managers, and health unit nurses should be co-responsible for efficient measures to implement health education in this public, creating a bond of trust to reduce the risks from the increase in vaccine hesitancy and reduction in vaccine coverage in the country.

Descriptors: Parents; Family; Child; Vaccination Refusal; COVID-19.

Introdução

O Brasil é reconhecido mundialmente por possuir um dos maiores e mais complexos programas de imunização como parte do Sistema Único de Saúde. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi fundamental para a redução significativa de casos e óbitos por doenças imunopreveníveis⁽¹⁾.

O PNI possui uma disponibilidade de 48 imunobiológicos (vacinas, imunobiológicos especiais, soros e imunoglobulinas) nos programas de vacinação de rotina e campanhas a nível nacional, e alcança os grupos alvo de vacinação em todas as fases da vida, sendo oferecidas 15 vacinas para crianças, nove para adolescentes e cinco para adultos e idosos, protegendo assim contra mais de 20 doenças. A vacinação foi consolidada na saúde pública como uma de suas principais e mais importantes ações, com a erradicação da poliomielite, da rubéola e do tétano neonatal, além de ter reduzido em muito a incidência de doenças transmissíveis, como difteria, tétano e coqueluche⁽²⁾.

Menores de um ano tiveram taxas de cobertura vacinal acima de 95%, o que significa que a população aderiu bem à vacinação. Porém, identifica-se diminuição considerável nas coberturas vacinais no país. Nos últimos anos, a redução foi de aproximadamente 10 a 20 pontos percentuais, favorecendo o reaparecimento do sarampo, o que fez com que o Brasil perdesse o certificado de erradicação da doença devido a sua grande incidência em diversos estados brasileiros⁽³⁾.

Verifica-se também uma tendência de redução na cobertura das vacinas contra o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG), tríplice viral e poliomielite nos municípios brasileiros⁽⁴⁾. A cobertura vacinal em crianças de zero a 12 meses de idade apresentou redução nas vacinas contra hepatite B, rotavírus, poliomielite, meningocócica C, febre amarela, pentavalente, pneumocócica e BCG⁽⁵⁾.

A partir do marco da pandemia de COVID-19, instaurou-se um grave problema de saúde pública global, com importantes impactos de caráter sanitá-

rio, social, econômico e político⁽⁶⁾. Medidas de saúde pública para mitigar os efeitos da pandemia se concentraram na adoção do distanciamento social e na quarentena⁽⁷⁾, porém, tais estratégias influenciaram no declínio do acesso aos serviços de imunização⁽⁸⁾. A preocupação por parte dos pais com a exposição de seus filhos ao vírus, ao levá-los às unidades de saúde para a vacinação, colaborou para a diminuição das coberturas vacinais e para o conseqüente aumento da hesitação vacinal⁽⁷⁾.

A hesitação vacinal é definida como o atraso, a relutância ou a recusa em vacinar, mesmo com a disponibilidade do imunobiológico, e foi considerada uma das 10 ameaças para a saúde pública mundial⁽⁹⁾. Esse fenômeno deve ser compreendido como um processo permanente, abrangendo indivíduos hesitantes que só aceitam determinadas vacinas, outros que querem atrasá-las, rejeitando o esquema vacinal preconizado, e aqueles que se recusam a vacinar independentemente da vacina oferecida⁽¹⁰⁾.

Entende-se que a hesitação vacinal foi exacerbada pela pandemia, porém, esta é uma constante a ser confrontada pelo Programa Nacional de Imunizações, já que antes mesmo do surgimento da COVID-19 as metas de vacinação para grande parte dos imunizantes não foram atingidas⁽³⁾. Observa-se que 1,6 milhão de crianças não receberam nenhuma dose da vacina que previne contra difteria, tétano e coqueluche, ou da vacina contra poliomielite⁽¹¹⁾.

A descontinuidade da vacinação aumenta o número de indivíduos suscetíveis e a probabilidade de surtos de doenças imunopreveníveis. As consequências são a elevação da morbidade e mortalidade, principalmente em lactentes e outros grupos vulneráveis, e o excesso de atendimentos nos sistemas de saúde, já sobrecarregados diante da pandemia de COVID-19⁽⁷⁾.

Desse modo, esse estudo se justifica devido à constante redução das coberturas vacinais causada pela prática da hesitação vacinal. Assim, essa pesquisa é relevante para conhecer os motivos que levam familiares à hesitação vacinal no contexto pandêmico, de

modo a auxiliar na prevenção dos agravos sociais que o aumento e o retorno de doenças imunopreveníveis podem causar às crianças.

Nesse sentido, a fim de compreender a repercussão da pandemia no contexto da hesitação vacinal no público infantil, o objetivo deste estudo foi identificar as razões que levaram familiares de crianças à hesitação vacinal durante a pandemia de COVID-19.

Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, o qual seguiu as recomendações dos *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

O cenário desse estudo foi um hospital público pediátrico que é referência para o atendimento de crianças e adolescentes no estado do Rio de Janeiro e conta com serviços de emergência, internações, centro de terapia intensiva e consultas ambulatoriais. A coleta de dados aconteceu entre os meses de julho e setembro de 2021, nos setores de internação pediátrica do hospital supracitado.

Os participantes do estudo foram familiares de crianças com até cinco anos de idade, faixa etária que recebe as principais vacinas do calendário nacional de vacinação. Tais crianças estavam internadas no setor de clínica médica. Os participantes foram selecionados a partir dos seguintes critérios de inclusão: serem pais, mães ou qualquer outro familiar que fosse responsável direto pelo cuidado de crianças com até cinco anos de idade cuja situação vacinal estivesse em atraso. E como critério de exclusão: familiares menores de 18 anos e aqueles que estavam sem a caderneta de saúde da criança.

Para seleção e captação dos participantes foi utilizado um instrumento do tipo *checklist* da situação vacinal da criança. O *checklist* continha um espelho do calendário nacional de vacinação infantil para crianças menores de cinco anos e antecedeu as entrevistas aos familiares daquelas crianças que estavam em situação de atraso. Desse modo, antes da entrevista, foi solicitada aos participantes do estudo a Caderneta de

Saúde da Criança, para verificação das vacinas recebidas de acordo com a idade.

Foi realizada entrevista semiestruturada com uso de um roteiro dividido em duas partes: a primeira contendo dados de caracterização das participantes, tais como idade, gênero, cidade em que reside, grau de parentesco, estado civil, raça/etnia, escolaridade, profissão e renda familiar. Na segunda parte, as participantes foram estimuladas a falarem sobre a vacinação de seus filhos através das indagações realizada pela pesquisadora: “Fale o que você conhece sobre vacinas”, “Observei que sua criança não recebeu todas as vacinas para a idade dela, fale um pouco mais sobre isso”, “Conte-me como foi a rotina de vacinação de sua criança no período de distanciamento social devido à pandemia”.

As entrevistas aconteceram durante a hospitalização da criança. Como a pesquisadora é enfermeira plantonista no hospital investigado, o convite para participar da pesquisa aconteceu no momento da visita de enfermagem às crianças. Após demonstrarem interesse em participar, os familiares, que eram todas mães, foram encaminhadas a uma sala reservada no mesmo setor em que a criança estava internada, a fim de preservar o anonimato e promover o conforto das participantes. As mães foram convidadas a participar de forma voluntária, e os objetivos, métodos de coleta de dados e aspectos éticos foram esclarecidos. Após concordância, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi fornecido para assinatura, no qual constavam tais esclarecimentos por escrito.

Após a assinatura do termo, foi solicitada a caderneta de saúde da criança, a fim de identificar possíveis atrasos de vacina. Em seguida, foi realizado o *checklist*. Após a conferência, ao identificar que aquela criança não possuía nenhum atraso vacinal, a pesquisadora agradecia à mãe pela disponibilidade, parabenizava pelas vacinas estarem em dia e explicava que neste caso não seria necessário realizar a etapa seguinte, a entrevista. Foram analisados os calendários vacinais das crianças de 25 mães, e 5 estavam com as vacinas de seus filhos em dia. Logo, 20 participantes prosseguiram para a próxima etapa.

Ao identificar algum caso de atraso vacinal, a caderneta era entregue à mãe e a entrevista era agendada ou para um momento em que a criança pudesse receber visita de algum familiar, ou para a troca de acompanhante, pois assim a criança não ficava desacompanhada enquanto a entrevista era realizada.

As entrevistas aconteceram em sala reservada no próprio setor de internação e tiveram duração de 10 a 20 minutos. Foram adotados os protocolos de precaução indicados para COVID-19, tais como distanciamento social de 2 metros, uso de máscara pela pesquisadora e pela participante, lavagem das mãos e uso do álcool em gel antes e após a entrevista. O aparelho celular utilizado para a gravação e as canetas utilizadas pelo participante e pela pesquisadora foram higienizados com álcool 70% e envolvidos em *insulfilm*.

A fim de garantir a confidencialidade das mães, elas foram representadas pela letra M, seguida por um numeral ordinal que apresenta a ordem em que as entrevistas foram realizadas (M1, M2, M3 etc.). As entrevistas foram gravadas com a ajuda de um *smartphone* para registro total das falas das participantes. Todos os dados foram manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal das participantes da pesquisa.

A coleta de dados foi finalizada ao observar-se a saturação dos dados, entendendo-se que nenhum novo tema ou dado estava emergindo das entrevistas. As entrevistas transcritas constituíram a fonte primária dos dados submetidos à análise lexicográfica com apoio do *software Interface de R pour l'Analyse Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ). Essa análise foi escolhida, pois, ao agrupar em classes as palavras mais relevantes das falas das participantes, é possível identificar os temas emergentes em cada classe.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, o estudo seguiu as determinações propostas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da

Universidade Federal Fluminense, com número de parecer 4.716.014/2021 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 45601021.1.0000.5243.

Resultados

Participaram do estudo 20 mães com média de 25,8 anos de idade. A maioria 8 (40%) residia em Niterói e as demais em outros municípios do estado do Rio de Janeiro, 15 (75%) tinha seu estado civil como solteira e eram negras (pretas e pardas), 5 (25%) se autodeclararam brancas e 12 (60%) declarou estar desempregada.

No que tange à escolaridade, 10 (50%) possuíam ensino médio completo, 5 (25%) ensino médio incompleto, 2 (10%) ensino superior incompleto, 2 (10%) ensino fundamental incompleto, e 1 (5%) possuía ensino fundamental, o que mostra que 12 (60%) das participantes concluíram o ensino médio.

Quanto ao número de filhos, 11 (55%) tinham dois, 6 (30%) um filho, 2 (10%) quatro filhos e 1 (5%) tinha três filhos. No que diz respeito à religião, 9 (45%) se declararam evangélicas, 9 (45%) diziam não seguir nenhuma religião, e 2 (10%) eram católicas.

No processo de importação do *corpus* textual configurado para o programa, em 35 segundos foram gerados 20 textos, 361 segmentos de texto, 1.479 formas, 12.757 ocorrências, 824 formas ativas, 102 formas suplementares. Número de formas ativas com frequências ≥ 3 : 336. Foram formadas seis classes. Importante destacar que, de 361 segmentos de texto, 303 foram classificados, o que corresponde a 83,93% de aproveitamento dos segmentos de texto encontrados.

Depois do processamento e do agrupamento em relação às ocorrências das palavras, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) gerou o dendrograma das classes. O dendrograma apresentou seis classes. As palavras que formaram as classes estão dispostas conforme geradas pelo *software*, sem nenhuma alteração. A Figura 1 apresenta as classes e evidencia a ligação entre elas.

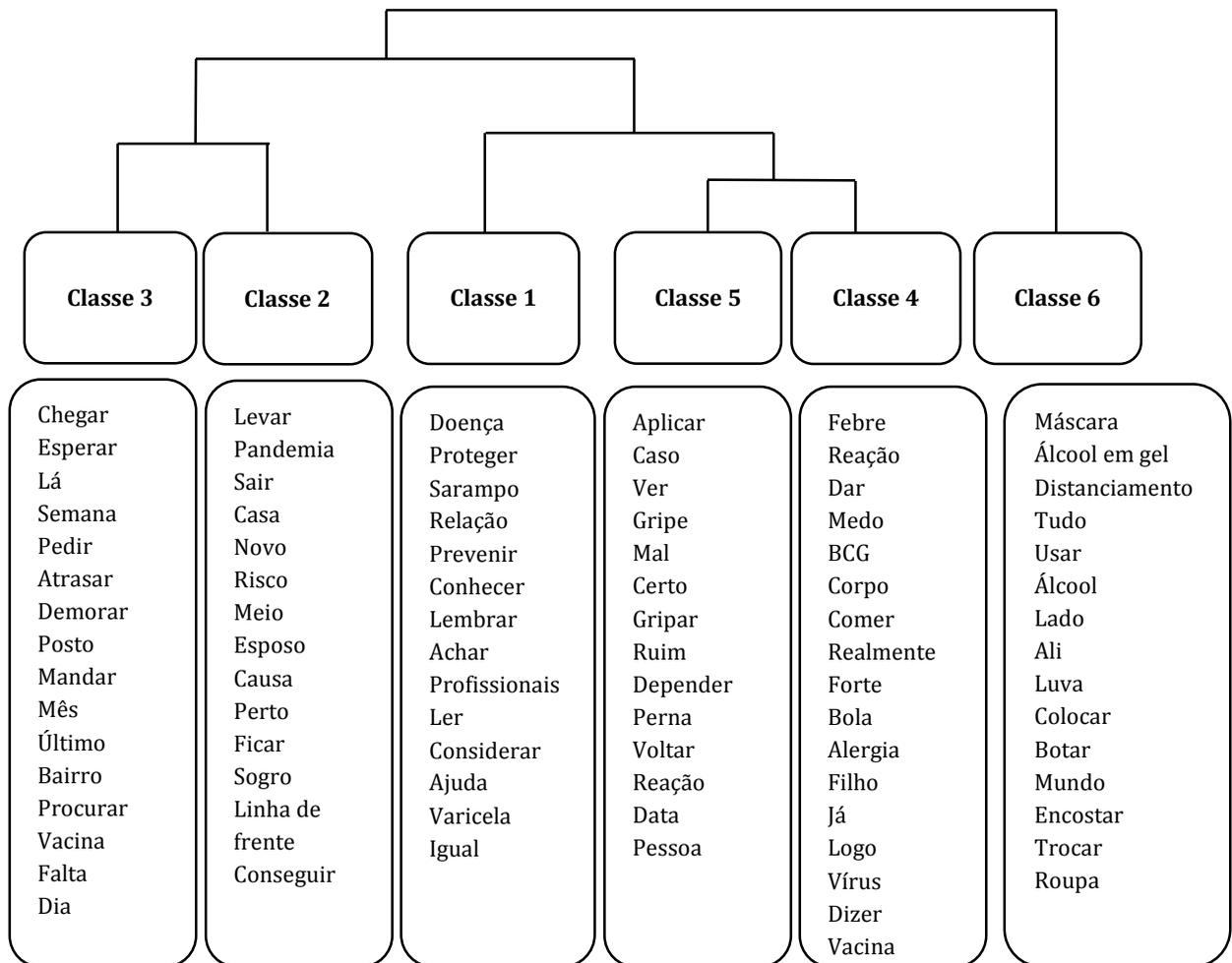


Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente do *corpus* textual das entrevistas com as mães. Niterói, RJ, Brasil, 2021

Para responder ao objetivo proposto nesse artigo serão apresentados e discutidos apenas os resultados das classes 2 e 3, nomeadas, respectivamente: “Hesitação vacinal relacionada ao medo de sair de casa durante a pandemia de COVID-19” e “Hesitação vacinal relacionada ao desabastecimento de vacinas durante a pandemia de COVID-19”.

Hesitação vacinal relacionada ao medo do deslocamento durante a pandemia de COVID-19

Segundo o processamento de dados, as palavras que tiveram maior associação nessa classe foram: levar, pandemia, sair, casa, novo, risco, meio, perto.

As mães relataram dificuldade para levar o filho para se vacinar em meio à pandemia por medo de a criança se contaminar com o vírus da COVID-19 e precisar de internação, e pela superlotação nos postos de saúde, especialmente nos casos em que a criança já apresentava alguma comorbidade ou já utilizava algum dispositivo, como bolsa de colostomia: *Foi meio difícil para mim, porque eu fiquei com medo de sair de casa com ele por conta da pandemia, eu fiquei um pouco com medo. Como ele usa a bolsa de colostomia, eu fiquei com medo dele pegar alguma coisa ou de ficar internado por causa da COVID-19 (M1).*

Elas se questionavam sobre a ida à vacinação durante a pandemia e ainda reproduziam sentimentos negativos em relação ao cuidado de seus filhos: *Como*

que eu vou no meio de uma pandemia levar as crianças todinhas para vacinar? É por causa disso que eu estou atrasada, não é porque eu sou uma péssima mãe (M11).

Alguns relatos mostraram que as mães e seus filhos cumpriram o isolamento social recomendado pelas autoridades de saúde e evitaram ao máximo de sair de casa: *Eu quase não saí de casa, mas quando eu saía eu ia rápido e voltava rápido. Eu evitei muito de sair de casa (M8). Porque meu filho não está saindo muito por causa da pandemia, é mais quando vai para o posto de saúde (M1).*

Houve também aquelas mães que pontuaram a superlotação nas unidades de saúde. Uma mãe relatou que preferia verificar se a unidade estava cheia antes de levar sua filha para se vacinar. Outra mãe associou a dificuldade em ir vacinar seu filho com a quantidade de pessoas dentro do posto, e a última relatou que evitava ficar perto das pessoas dentro da unidade de saúde: *Foi bem complicado durante a pandemia, porque eu tenho medo de qualquer coisa, ainda mais desse negócio de coronavírus, que eu sei que pega em criança também, então eu ficava com muito medo de levar minha filha. Quando eu ia e via que estava cheio eu voltava e esperava esvaziar para dar a vacina nela (M3). Foi bem complicado levar meu filho para se vacinar na pandemia, porque no posto de saúde tem muita gente (M10). Eu sentia um pouquinho de medo de ir ao posto. Era com muito cuidado, eu ia com muito cuidado. Eu evitava ficar perto de muita gente lá dentro do posto também (M2).*

As mães sentiram medo de levar seus filhos para se vacinarem no ambiente da unidade de saúde, pois este refletia o perigo de contaminação com o vírus da COVID-19, devido a muitas unidades terem reformulado seu atendimento e a maioria ter se tornado referência para o atendimento da doença: *Foi horrível a experiência de ter que levar meu filho no posto de saúde durante a pandemia. Porque lá onde eu moro, o posto virou posto de COVID-19. Eu fiquei com medo, eu tenho medo (M19). Muito risco essa experiência de levar minha filha ao posto na pandemia, porque tem várias pessoas com sintomas de COVID-19 no posto (M9). Até meu marido, por conta dessa pandemia, ele não quer que eu fique entrando no posto, porque minha sogra tem 68 anos, entendeu? (M1). Eu sentia um medo de levar meu filho para se vacinar durante a pandemia. No início eu fiquei com medo, mas depois eu ficava pensando, eu estou no posto de saúde, meu filho pode pegar COVID-19 (M17).*

Hesitação vacinal relacionada ao desabastecimento de vacinas durante a pandemia de COVID-19

Nessa classe, as palavras com maior associação foram: chegar, esperar, lá, semana, pedir, atrasar, demorar, posto. As mães relataram que o atraso vacinal de sua criança ocorreu devido à falta de vacinas nas unidades de saúde. Uma mãe disse que precisou esperar a vacina da gripe chegar para poder atualizar o quadro vacinal de seu filho. Outra mãe relatou que necessitou aguardar o abastecimento da vacina contra a febre amarela para que sua criança pudesse tomar: *Eu atrasei por causa da falta mesmo de vacina (M15). Eu cheguei lá no posto de saúde, pedi a vacina para saber se já tinham, eles falaram que não, então eles encomendam. Uma vacina eles disseram que estava em falta de verdade (M19). Teve a vacina da gripe que não tinha, e teve uma outra vacina, não me recordo o nome, que também não tinha, que eu tive que esperar chegar (M18). A vacina da febre amarela não tinha no posto, eu tive que esperar chegar para poder dar (M3).*

Algumas mães disseram que o motivo do atraso na vacinação foi que elas precisaram aguardar a vacina chegar às unidades de saúde e, por isso, tinham que retornar após uma semana para verificar se já tinham as vacinas. Em seus relatos elas afirmaram que os funcionários das unidades as orientavam quanto a isso: *Eu atrasei a vacina porque devido à pandemia as vacinas estavam em falta no posto de saúde, então eles sempre falavam para eu ir segunda-feira. Eu ia segunda-feira e não tinha. Então eu adiava para a próxima (M15). Eu levava meu filho no posto de saúde e não tinha, tinha que voltar na outra semana. Era falta de vacina no posto de saúde. Eu voltava outra semana. Por isso que acabava atrasando. Todas as vacinas que atrasaram, foi por conta disso (M6). Elas falavam para a gente mandar mensagem. Ou falava para a gente ir na outra semana que ia chegar vacina (M7). Eu fui, a funcionária do posto de saúde disse que não tinha a vacina. Ela falou para voltar na próxima semana (M4).*

Por conta da falta de vacina nas unidades, as mães mostraram que precisaram peregrinar de unidade em unidade, necessitando ir a uma unidade em outro bairro para atualizar a vacinação de seus filhos: *A vacina da febre amarela não tinha lá no posto, marcaram uma data para eu voltar para poder aplicar. Eu voltei e não tinha e mandaram*

eu ir tomar lá em Alcântara. Só que quando eu cheguei em Alcântara, não tinha. Só tinha a vacina da COVID-19 (M5). Eu tinha que ir lá em Alcântara, porque lá era o melhor posto de saúde que tinha. Os funcionários falavam para eu ir em outro posto, porque não estava chegando vacina lá (M10). Quando eu fui dar a vacina não tinha. Isso faz demorar e os postos todos não tinham a vacina, tinha tudo acabado. Quando não tem a vacina em um posto de saúde, eu vou em um posto de Alcântara (M9).

Discussão

Evidenciou-se que em relação às doses em atraso no esquema vacinal das crianças, a vacina mais atrasada foi a pneumocócica 10 (95%) e a que menos foi aplicada com atraso foi a BCG (25%). Em relação às vacinas estabelecidas para o primeiro ano de idade, a de maior cobertura vacinal foi a BCG e a menor foi a pneumocócica 10⁽¹²⁾. A pneumocócica 10 estava entre as mais rejeitadas pelos familiares⁽¹³⁾.

As quedas de cobertura vacinal já são identificadas no país há alguns anos. Entretanto, a partir de 2020, esse número se acentuou, de modo que as diferenças entre os anos estavam em seis pontos percentuais, e de 2019 para 2020 elevaram-se drasticamente, para 11,1% em média, e, em alguns casos, como na hepatite B, esse número foi ainda maior, cerca de 20,4%⁽¹⁴⁾.

Por meio dos extratos de falas das mães participantes neste estudo, percebeu-se que a hesitação vacinal estava diretamente relacionada ao medo do deslocamento durante a pandemia. O receio de sair de casa com sua criança e correr o risco de ser contaminada pelo vírus foi decisivo na escolha de atrasar a vacinação — fato observado com o surgimento da pandemia, em que a presença de usuários nas unidades de saúde teve uma queda relevante em muitos países do mundo, inclusive para a vacinação infantil, por conta das medidas de isolamento e distanciamento social para reduzir a transmissão do vírus⁽¹³⁾.

Observa-se que a preocupação dos pais com a exposição de seus filhos ao coronavírus, evitando assim o deslocamento até o serviço de vacinação, dei-

xou-os em isolamento, sem sair de casa, o que motivou a diminuição das coberturas vacinais⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. As recomendações de precauções levaram alguns pais a encararem a rotina de vacinação como cuidado não essencial, o que reforça a necessidade de uma comunicação profissional mais atenciosa durante grandes surtos de doenças⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, as autoridades de saúde precisaram repensar suas recomendações iniciais quanto ao “ficar em casa” para o isolamento social por causa da COVID-19, e passaram a tomar novas decisões, incentivando os familiares/pais a procurarem os serviços de saúde para a continuidade da vacinação infantil, no intuito de resgatar a cobertura vacinal desse grupo⁽⁹⁾.

Desse modo, profissionais prestaram o cuidado em saúde oferecido ao público infantil através do contato remoto com os familiares de crianças faltosos nas imunizações, de forma a estimulá-los a comparecerem para a vacinação e orientá-los quanto aos sinais e sintomas da COVID-19. Assim, estabeleceu-se um período de transição entre o cuidado presencial e o remoto, possibilitando a permanência do distanciamento social e das medidas de prevenção contra a COVID-19⁽¹⁷⁾.

Por meio dos relatos obtidos nesse estudo, também foi observado que, uma vez superado o medo de sair de casa durante a pandemia para levar seus filhos para a vacinação, as mães ainda precisaram enfrentar o desabastecimento de vacinas nas unidades de saúde, e isso contribuiu muito para a hesitação vacinal. Fatores como questões logísticas definem os atrasos no transporte de vacinas e contribuem grandemente para o atraso e paralisação da vacinação⁽¹⁸⁾. As mães seguem relatando que o atraso na vacinação dos seus filhos é por não haver vacinas nos serviços de saúde⁽¹⁹⁾.

Entende-se que o desabastecimento de vacinas, o desafio das entregas internacionais e a capacidade de produção dos laboratórios podem estar totalmente relacionados à queda das coberturas vacinais no Brasil⁽²⁰⁾. Devido à pandemia, a oferta da vacinação de rotina do público infantil foi descontinuada pelos atrasos na entrega ou até mesmo pela suspensão da

vacinação, o que leva à elevação do número de infecções e até mesmo de mortes causadas por doenças imunopreveníveis⁽¹⁸⁾. Porém, há de se considerar que a distribuição de vacinas e a necessidade de a rede de frio estar organizada são processos complexos; a não disponibilidade das vacinas por ainda não terem sido distribuídas do nível estadual para o nível municipal contribui para o atraso vacinal de crianças⁽²⁰⁾.

Esse estudo mostrou que as mães peregrinaram pelas unidades de saúde para garantir a vacinação de suas crianças. Existem grupos que, por mais que acreditem na importância que a vacinação possui, não conseguem vacinar seus filhos. Logo, a avaliação de questões como a acessibilidade das vacinas e horários engessados de funcionamento das unidades tem que ser realizada. Tendo em vista os atrasos vacinais, a disponibilidade de imunobiológicos nas salas de vacina deve ser levada em consideração, já que o desabastecimento de vacinas ainda acontece de forma corriqueira, e a falta de determinadas vacinas pode acarretar numa oportunidade desperdiçada de vacinação⁽²¹⁾. É preciso eliminar essas oportunidades perdidas de idas às unidades através da vacinação simultânea, o que gera o máximo de aproveitamento na atualização do esquema vacinal da criança⁽²²⁾.

Nesse estudo, sentimentos como medo e preocupação foram revelados pelas mães ao precisarem sair de casa com seus filhos para realizar os cuidados de saúde em relação à pandemia. Inúmeras medidas individuais, como o uso de máscara, higiene das mãos, distanciamento e aferição de temperatura, além de medidas coletivas, como capacidade, disposição e limpeza dos ambientes são fundamentais para mitigar a transmissão do coronavírus⁽²³⁾. Essas medidas, além de abrandarem os efeitos do vírus, também evitam que os sistemas de saúde fiquem sobrecarregados.

Mudanças internas nos serviços de saúde foram geradas pela pandemia. Para os profissionais, a falta no comparecimento aos serviços se deu por medida preventiva, já que esta tinha como objetivo reduzir o risco de contaminação da criança e do familiar. Porém, entendeu-se que as faltas foram uma solução definida

pelos municípios, no intuito de atenuar o risco de contaminação, quando suspenderam os atendimentos às crianças⁽²⁴⁾.

Entende-se que o medo e a insegurança permearam o cuidado nas unidades de saúde tanto para profissionais quanto para os usuários. Porém, compreender que a prevenção de exposição desnecessária da criança e da família e entender que cuidados às crianças superam o risco de seu comparecimento na unidade de saúde, além da importância da manutenção do vínculo com ela e sua família, foi fundamental para a garantia do acompanhamento vacinal⁽¹⁷⁾.

O comparecimento ou não comparecimento das mães com seus filhos nas salas de vacinas durante a pandemia de COVID-19, apontado nesse estudo, confirma a vacinação como ação prioritária para a manutenção do controle ou erradicação de enfermidades que antes foram causas comuns de doença, hospitalizações e óbitos. É imprescindível entender a vacinação como cuidado integral à saúde da criança definido na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, para a promoção da qualidade de vida e queda da morbimortalidade infantil por doenças imunopreveníveis⁽²⁵⁾.

A institucionalização dessa política mostra empenho em dar qualidade às ações destinadas à primeira infância e aos grupos de maior vulnerabilidade, baseando-se nos princípios de direito universal à vida, equidade, integralidade, humanização da atenção e gestão participativa⁽²⁶⁾.

Limitações do estudo

Como limitação desse estudo, entende-se que, por ter sido realizado apenas com mães de crianças hospitalizadas, não é possível compreender o comportamento de outros familiares frente à hesitação vacinal de crianças durante a pandemia. Apesar desse limite, o estudo avança no conhecimento científico, pois atinge o objetivo de verificar as razões que levariam familiares de crianças à hesitação vacinal durante a pandemia de COVID-19.

Contribuições para a prática

Como contribuição para a prática, percebe-se que, uma vez que se compreendem essas razões, órgãos governamentais, gestores e enfermeiros das unidades de saúde, em especial os das salas de vacina, devem se corresponsabilizar na tomada de medidas eficazes de implementação de educação em saúde com esse público, de modo a criar vínculos de confiança que possam reduzir os riscos do aumento da hesitação vacinal nesse país e a consequente queda das coberturas vacinais.

Conclusão

Esse estudo identificou as razões que levaram à hesitação vacinal de familiares de crianças durante a pandemia de COVID-19, que foram o medo do deslocamento até às unidades de saúde e o desabastecimento de vacinas durante esse período. Tais motivos ameaçam o avanço no combate às doenças imunopreveníveis.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados; Redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada e Responsabilidade por todos os aspectos do texto em garantir a exatidão e integridade de qualquer parte do manuscrito: Viana IS, Cursino EG, Silva LF, Machado MED, Vaz EMC.

Referências

1. Sales HMTB, Morais LM, Morais MKL, Batista NSD, Rodrigues RFB, Bomfim VB. Reducing vaccine coverage in Brazil: na integrative review. *Braz J Health Rev.* 2023;6(1):3752-63. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-290>
2. Cardin VSG, Nery LMG. Hesitação vacinal: direito constitucional à autonomia individual ou um atentado à proteção coletiva? *Prisma Jur.* 2019;18(2):224-40. doi: <http://doi.org/10.5585/prismaj.v18n2.14482>
3. Sato APS, Boing AC, Almeida RLF, Xavier MO, Moreira RS, Martinez EZ, et al. Measles vaccination in Brazil: where have we been and where are we headed? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2023;28(2):351-62. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023282.19172022>
4. Moura PM, Costa GR, Pamplona YAP, Martins LC, Barbieri CLA. Série histórica da cobertura vacinal da BCG na região metropolitana da baixada santista de 2010 a 2018. *Leopoldianum [Internet].* 2021 [cited May 29, 2023];47(132):23-34. Available from: <https://periodicos.unisantos.br/leopoldianum/issue/view/111/56>
5. Bedford H, Attwell K, Danchin M, Marshall H, Corben P, Leask J. Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology. *Vaccine.* 2018;36(44):6556-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.08.004>
6. Goes FGB, Santos AST, Lucchese I, Silva LJ, Silva LF, Silva MA. Best practices in newborn care in covid-19 times: an integrative review. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29e20200242. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0242>
7. Bramer CA, Kimmins LM, Swanson R, Kuo J, Vranesich P, Jacques-Carroll LA, et al. Decline in child vaccination coverage during the COVID-19 pandemic - Michigan care improvement registry, May 2016-May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(20):630-1. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6920e1>
8. Santoli JM, Lindley MC, DeSilva MB, Kharbanda EO, Daley MF, Galloway L, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on routine pediatric vaccine ordering and administration - United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(19):591-3. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6919e2>
9. Olson O, Berry C, Kumar N. Addressing parental vaccine hesitancy towards childhood vaccines in the United States: a systematic literature review of communication interventions and strategies. *Vaccines (Basel).* 2020;8(4):590. doi: <https://doi.org/10.3390/vaccines8040590>
10. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS, et al. The Brazilian national immunization program: 46 years of achievements and challenges. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(2):e00222919. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00222919>

11. United Nations Children's Fund. The state of the world's children 2023: for every child, vaccination, UNICEF innocent – global office of research and foresight, Florence, April [Internet]. 2023 [cited May 20, 2023]. Available from: <https://www.unicef.org/media/108161/file/SOWC-2023-full-report-English.pdf>
12. Gentile A, Pacchiotti AC, Giglio N, Nolte MF, Talamona N, Rogers V, et al. Vaccine hesitancy in Argentina Validation of WHO scale for parents. *Vaccine*. 2021;39(33):4611-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.06.080>
13. Guimarães MGS, Branco FLCC, Guzmán HO, Braña AM, Estrada CHML, Arróspide N, et al. Avaliação da cobertura vacinal e fatores associados à aderência ao calendário vacinal em crianças menores de 5 anos em Iñapari, na Amazônia Peruana. *Sci Naturalis* [Internet]. 2020 [cited May 20, 2023];2(1):72-83. Available from: <https://periodicos.ufac.br/index.php/SciNat/article/view/3395>
14. Procianoy GS, Junior FR, Lied AF, Jung LFPP, Souza MCSC. Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2022;27(3):969-78. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022273.20082021>
15. Terzi Ö, Gülen EM, Dündar C. The causes of parental vaccine refusal results of a survey from Giresun, Turkey. *Turk J Pediatr*. 2021;63(4):618-25. doi: <https://doi.org/10.24953/turkjped.2021.04.009>
16. Dubé E, MacDonald NE. How can a global pandemic affect vaccine hesitancy? *Expert Rev Vaccines*. 2020;19(10):899-901. doi: <https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825944>
17. Toso BRGO, Vieira CS, Furtado MCC, Bonati PCR. Ações de enfermagem no cuidado à criança na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2020;20(Especial COVID-19):6-15. doi: <https://dx.doi.org/10.31508/1676-379320200000122>
18. McDonald HI, Tessier E, White JN, Woodruff M, Knowles C, Bates C, et al. Early impact of the coronavirus disease (COVID-19) pandemic and physical distancing measures on routine childhood vaccinations in England, January to April 2020. *Euro Surveill*. 2020;25(19):2000848. doi: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.19.2000848>
19. Khawaja UA, Franchi T, Pedersini P, Tovani-Palone MR. Declining rates of global routine vaccination coverage amidst the COVID-19 syndemic: a serious public health concern. *Einstein* (São Paulo). 2021;19:eED6552. doi: https://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2021ED6552
20. Iori DM, Siqueira VMC, Almeida CR, Labegalini CMG. Factors influencing vaccine access by mother's users of the Primary Health Care. *Res Soc Dev*. 2021;10(4):e28010414176. doi: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14176>
21. Sato APS. Pandemic and vaccine coverage: challenges of returning to schools. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:115. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054003142>
22. Causey K, Fullman N, Sorensen RJD, Galles NC, Zheng P, Aravkin A, et al. Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study. *Lancet*. 2021;398(10299):522-34. doi: [10.1016/S0140-6736\(21\)01337-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01337-4)
23. Abbas K, Procter SR, Zandvoort K, Clark A, Funk S, Mengistu S, et al. Routine childhood immunisation during the COVID-19 pandemic in Africa: a benefit-risk analysis of health benefits versus excess risk of SARS-CoV-2 infection. *Lancet Glob Health*. 2020;8(10):E1264-E1272. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30308-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30308-9)
24. Shibukawa BMC, Uema RTB, Piran CMG, Fonseca BS, Furtado MD, Merino MFGL, et al. Repercussões da pandemia de COVID-19: assistência da população pediátrica na Atenção Primária à Saúde. *Rev Rene*. 2022;23:e72798. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222372798>
25. Donalisio MR, Boing AC, Sato APS, Martinez EZ, Xavier MO, Almeida RLF, et al. Vaccination against poliomyelitis in Brazil from 2011 to 2021: successes, setbacks and challenges ahead. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(2):337-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.17842022EN>
26. Souza RR, Vieira MG, Lima Jr CJF. The integral child health care in the Federal District – Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(6):2075-84. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.09512019>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons