

1. TÍTULO: AVALIAÇÃO DA ADESÃO À CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA O SARAMPO DE 2019 E SUAS IMPLICAÇÕES.

2. RESUMO

No dia 7 de outubro de 2019 iniciou-se a campanha de vacinação contra o sarampo. Em dezembro, 57.619 casos suspeitos tinham sido notificados. Ao final deste ano, já havia casos confirmados em todo o Brasil. Este trabalho tem como objetivo avaliar a adesão de um público alvo à Campanha de Vacinação Contra o Sarampo de 2019 e conhecer os motivos da recusa vacinal. Trata-se de um estudo transversal realizado através da aplicação de questionários para 150 moradores do extremo sul da cidade de São Paulo, em 2019. Dos entrevistados, 48% não se vacinaram na Campanha de 2019 e 15,5% não consideram as vacinas seguras. 16% sentem medo de ser vacinados, sendo os principais motivos: medo da agulha e dos efeitos colaterais. Contudo, eventos adversos são infrequentes, evidenciando a importância da boa comunicação entre o profissional da saúde e o paciente. O número de participantes que se vacinaram contra o sarampo na última campanha e cobertura vacinal do estado de São Paulo (93,9%) foram abaixo da meta de 95%. Embora não considerada segura por parte significativa da população, 97,5% dos brasileiros acreditam nos efeitos das vacinações, e a disseminação de falsas informações acerca dos efeitos colaterais contribui para a não confiabilidade.

Palavras-chave: Sarampo; Vacinação; Programas de Imunização; Comunicação em Saúde.

3. INTRODUÇÃO

3.1. O SARAMPO

O sarampo é uma doença exantemática aguda causada por um RNA vírus encapsulado. Essa camada externa lipoproteica é responsável pela sua especificidade sorológica, com antígenos contra os quais são produzidos anticorpos¹.

O vírus possui transmissão respiratória infectando linfócitos, sua principal via de disseminação; células dendríticas e macrófagos alveolares; sobrevive até 36 horas nas gotas à temperatura ambiente (25°C), fator importante e limitante da transmissão, que ocorre nos sintomas iniciais e dura até quatro dias após o aparecimento dos exantemas eritematosos. O local principal de replicação viral são os gânglios linfáticos, seguida por viremia e disseminação para diversos órgãos, como rim, trato gastrointestinal e fígado. Os linfócitos e as células dendríticas infectados são responsáveis pela transferência do vírus para as células epiteliais do trato respiratório. Seu período de incubação é de aproximadamente duas semanas^{2,3}.

Seus sintomas clínicos iniciam-se com pródromos de até quatro dias de duração, com febre, mal-estar, coriza, inicialmente seromucosa, e, depois, mucopurulenta, tosse seca e conjuntivite com fotofobia. As manchas de Koplik - pontos branco-azulados na mucosa bucal, rodeadas por halo vermelho e fundo eritematoso difuso - aparecem ao fim do período prodromico e desaparecem em até dois dias antes dos exantemas, corroborando o diagnóstico. A febre atinge seu pico no início do período exantemático (38,5 a 40,5°C), acompanhada de adenomegalia, estomatite e diarreia; a melhora clínica ocorre em cerca de uma semana, caso não ocorra em crianças com imunodeficiências celulares, já que pode não haver o desenvolvimento do exantema característico. No sarampo hemorrágico, forma clínica mais grave, ocorre encefalomielite aguda disseminada, caracterizada por convulsão, delírio, febre e ataxia^{1,4}.

O diagnóstico diferencial clínico deve ser feito com doenças respiratórias da infância e outras doenças febris exantemáticas agudas. Por diagnóstico laboratorial, podemos encontrar linfopenia, trombocitopenia e neutropenia absoluta em hemograma completo; já os exames específicos podem ser feitos por sorologia, utilizando-se o método de ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA) para detecção de IgM específico na fase aguda. Durante o período de convalescença, os níveis de IgM decrescem, e há o aumento progressivo de IgG, podendo também ser usada como diagnóstico laboratorial. Nos primeiros dias do aparecimento de sintomas, antes da detecção de IgM, pode-se analisar secreções nasofaríngeas, orofaríngeas e urina, pela técnica de reação em cadeia polimerase (PCR)⁴.

Não há tratamento específico para o sarampo, apenas o uso de ribavirina, interferon α e outros antivirais em caso de sarampo grave⁵.

3.2. A VACINA

O vírus do sarampo foi isolado pela primeira vez em 1954, e teve sua vacinação introduzida - incluindo no Brasil - na década de 60. É preparada em cultura celular de embrião de galinha com vírus atenuado. É administrada em formulações combinadas, como a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), aos 12 meses e entre 4 e 6 anos, como dose única e reforço, respectivamente, na infância. Em caso de não comprovação da vacinação, é administrada em mulheres de 12 a 49 anos ou homens até 39 anos⁶. A combinação da tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) é recomendada para crianças e adolescentes em substituição das vacinas de tríplice viral e varicela, quando ocorrer aplicações coincidentes⁷. Além disso, alguns profissionais específicos possuem a obrigatoriedade das duas doses validadas pela taxa de exposição, como profissionais da saúde, turismo, profissionais do sexo e viajantes².

A FioCruz, em 1980, desenvolveu um acordo com a Agência de Cooperação Internacional do Japão afim de reduzir a dependência externa no fornecimento de vacinas. O acordo propiciou a completa transferência de tecnologia para a produção da vacina contra o sarampo. Com o sucesso dos resultados, em 1987 foram entregues 12,5 milhões de doses de sarampo monovalente e, em 1990, 15,1 milhões. Em 2003, um novo acordo resultou no tríplice viral, até hoje presente no calendário básico de vacinação no Brasil, porém, ainda importada pelo Ministério da Saúde^{8,9}.

A vacina é contraindicada em casos de crianças com histórico de hipersensibilidade aos componentes da vacina, imunodeficiências primárias, AIDS, leucemia, neoplasias malignas que afetem a medula óssea ou sistema linfático, tratamentos com imunossuppressores, tuberculose ativa e crianças menores de 6 meses¹.

3.3. A QUESTÃO DO SARAMPO NO BRASIL E O PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

No início da distribuição da vacina no Brasil, o sarampo causava cerca de 135 milhões de casos e mais de 6 milhões de morte relacionadas no mundo por ano¹⁰. Desde 1968 é uma doença de notificação compulsória, definida pelo Ministério da Saúde como eventos de saúde que devem ser comunicados às autoridades de saúde em caso de suspeita ou confirmação em estabelecimentos públicos e privados¹¹. Durante um longo período esteve entre as principais causas de morbimortalidade na infância, com epidemias a cada 2 ou 3 anos¹².

A década de 70 no Brasil é considerada como um marco na história da saúde constituindo as bases do atual sistema de saúde brasileiro. O Movimento de Reforma Sanitária traz discussões e perspectivas novas sobre a saúde, e nesse contexto, nasce o Programa Nacional de Imunização, em 1973, um dos programas mais exitosos do Sistema Único de Saúde, garantindo gratuidade nas aplicações, e conseqüentemente, uma alta cobertura¹³. No ano seguinte, as campanhas de vacinação em áreas urbanas têm início, mas ainda com dificuldades de se estabelecer a cobertura mínima.

Em 1986 foi registrado o maior número de casos, chegando a 129.942, aproximadamente 97,7 casos a cada 100.000 habitantes, mas já com diminuição na taxa de mortalidade. Até 1991 o país passou por 9 epidemias, quando, em 1992, percebendo-se a emergência da situação, o Brasil definiu a erradicação do sarampo como sua principal política de saúde até os anos 2000 a partir das experiências adquiridas com as Campanhas Mundiais da Erradicação da Varíola. O início foi marcado por uma Campanha Nacional de Vacinação, onde cerca de 48.023.657 crianças e adolescentes foram imunizados em 33 dias,

atingindo pela primeira vez, uma cobertura de 96%. Apenas 32% dos municípios obtiveram cobertura abaixo de 95%, e as regiões Norte e Centro-Oeste atingiram 99%. O resultado foi instantâneo, apresentando uma queda de 81% nos casos notificados. Verificou-se também a diminuição em relação à mortalidade, quando o menor número foi registrado em 1995, com 0,4 óbitos por 100000 habitantes, o equivalente a apenas 7 óbitos^{4,12}.

De 1992 a 1994 as coberturas vacinais sofreram uma grande queda entre as crianças menores de 3 anos, com a cobertura vacinal abaixo dos 95% estipulados na maioria dos estados e municípios, originando uma campanha específica para esse seguimento, que não obteve sucesso, e não foi realizada em diversos estados, como São Paulo. Os anos seguintes foram seguidos de vários surtos¹².

Com a criação de uma nova estratégia, em 1999, o Ministério da Saúde cria uma comissão contra o sarampo. A partir dessa iniciativa, em 2016, o Brasil recebeu o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela Organização Mundial de Saúde, considerando as Américas uma região livre de sarampo².

3.4. SARAMPO: UMA NOVA PERSPECTIVA

Desde 2017 a Venezuela enfrenta uma crise sociopolítica, causando um movimento migratório intenso ao Brasil, acompanhada de um surto de sarampo. O estado de Roraima, uma das fronteiras principais, registrou 216 casos, sendo 142 venezuelanos, 72 brasileiros e 2 de outras nacionalidades¹⁴. O ano de 2018 encerrou com 10.326 casos em 11 estados, e 2019¹⁵, 15.914 casos, atingindo todas as unidades federativas, e 15 óbitos, sendo 14 deles no estado de São Paulo¹⁶.

Sabe-se que a imunização é a única forma de prevenção da doença aqui discutida. Segundo os dados de Chaves et al.¹⁷, as taxas apresentam declínio constante em todas as faixas de aplicação, fator de grande ameaça ao reaparecimento de doenças erradicadas, como o caso da poliomielite - que apresentou maior taxa de redução em 2017¹⁴ -, assim como o sarampo tem se apresentado nesse quadro. Manter a cobertura vacinal em alta hoje é um dos principais desafios encontrados pelo Ministério da Saúde.

A pasta da saúde brasileira aposta atualmente em cinco principais razões para essas diminuições, sendo a maior delas a percepção enganosa por parte dos responsáveis de que as doenças desapareceram ao longo dos anos e as vacinas se tornaram obsoletas, além do medo, o desconhecimento do calendário, entre outros¹⁴. A unanimidade de todos os órgãos internacionais sobre as diminuições na cobertura vacinal é que as decisões de vacinar ou não são diretamente influenciadas por aspectos socioculturais da sociedade.

Como uma tentativa de controle da situação, o Ministério da Saúde traçou uma estratégia já conhecida - as Campanhas Nacionais de Vacinação, que na história da saúde brasileira apresenta bons resultados. De 7 a 25 de outubro de 2019, foram imunizadas crianças entre 6 meses e 5 anos, contando com um “Dia D” - um sábado de mobilização nacional contra o sarampo, e a partir de 18 de novembro, para o público entre 20 e 29 anos com a caderneta desatualizada. A meta era imunizar 2,6 milhões de crianças e 13,6 milhões de adultos. Para o êxito da campanha, foram estabelecidas metas, como procedimentos padronizados implantados, atualização de listas da população-alvo e a busca ativa da população¹⁸. O Boletim Epidemiológico de dezembro de 2019 apresenta como dados parciais a aplicação de 2.914.374 doses de tríplice viral durante o ano, e um crescimento expressivo em 17 estados na média mensal de doses a partir de mês de agosto e em 19 estados no mês de novembro, coincidindo com os objetivos principais da campanha para o público adulto, considerado um desafio¹⁶.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo avaliar a adesão à Campanha de Vacinação Contra o Sarampo de 2019 da população do extremo sul da cidade de São Paulo e conhecer os motivos pela escolha de não se vacinar, além de investigar o conhecimento e a relação sociocultural estabelecida com o processo da vacinação.

4. METODOLOGIA

Estudo transversal realizado por meio da aplicação de questionário nos meses de novembro e dezembro de 2019 e janeiro, fevereiro e março de 2020. Os critérios de seleção dos participantes foram: residir na área a ser estudada e ter no mínimo 18 anos.

4.1 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 150 moradores do extremo sul da cidade de São Paulo. A amostra foi 82% feminina, com a idade variando de 18 a 72 anos, sendo a média de 40.7 anos. 45% dos participantes se consideram de raça branca. Quanto a escolaridade, 73% possuíam pelo menos o ensino médio completo. 79% possuíam filhos, sendo de 2 a 3 filhos a quantidade mais encontrada (55%).

4.2 INSTRUMENTOS

Foram feitos dois questionários próprios: um sociodemográfico, para caracterizar a amostra e outro para identificar a relação e os conhecimentos acerca da vacinação.

Os aspectos abordados no questionário sociodemográfico foram: idade, gênero; raça; escolaridade e ocupação. Em relação ao questionário sobre vacinação, as questões de destaque foram: “Possui carteira de vacinação?”; “Carteira de vacinação está completa?”; “Acredita que vacinas fazem efeito?”; “Acredita que as vacinas são seguras?”; “Foi vacinado contra o sarampo na última campanha?”; “No território onde mora, foi realizado busca ativa dos casos de não vacinação?”; “Qual sua principal fonte de informações sobre vacina?”; “Você acha que a vacinação deveria ser obrigatória?”; “Você tem medo de ser vacinado?” e “Vacinas que conhece/ já ouviu falar?”.

4.3 ANÁLISE

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.

5. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS GARANTIDOS AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Ambos os questionários foram aprovados em comitê de ética (Parecer 3.580.528- CAAE: 20653219.2.0000.0081). Os participantes, após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido possuíam livre arbítrio para responder os questionários e, se decidissem, poderiam retirar suas respostas dos dados da pesquisa na universidade quando fosse desejado.

A linha de pesquisa, o objetivo e como iria funcionar o trabalho foram esclarecidos por meio do termo de consentimento livre esclarecido e reforçados verbalmente, assim como a garantia da não identificação do participante. Os possíveis riscos para os participantes seriam: risco de constrangimento ou desconfortos ao defrontar-se ou responder alguma questão do questionário. Os benefícios, seriam de forma indireta, por meio da disponibilização de conteúdo científico para que atuações sejam feitas em cima dos resultados para impedir que doenças erradicadas ou controladas voltem. E de forma direta, por meio do esclarecimento de qualquer dúvida que o participante possa ter a respeito da vacina e da vacinação. Foi garantido aos participantes o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

6. RESULTADOS

A tabela 1 mostra que dos 150 participantes, 48% não tomaram a vacina contra o sarampo disponibilizada na Campanha de Vacinação de 2019. Entretanto, a maioria tem conhecimento sobre essa vacina em relação às outras disponibilizadas pelo SUS ($p=0,0000$), conforme mostrado na tabela 2. Somente 13,5% não possuíam carteira de vacinação, sendo a justificativa mais comum a perda do cartão. Nesse grupo, 80% não haviam se vacinado na campanha.

Quanto as buscas ativas dos casos de não vacinação, 7 participantes não souberam responder se houve ou não em seu território (tabela 1). Dos outros 143 entrevistados, 35% afirmaram que não é realizado busca ativa onde residem, destes, 58% não participaram da campanha citada.

Tabela 1 - Informações sobre a vacinação contra o Sarampo na Campanha de 2019 na população estudada

Caracterização vacinal	N	%
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 souberam responder

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

Tabela 2 – Conhecimento da população estudada sobre as principais vacinas

FEBRE AMARELA	HEP B	TÉTA00	RUBÉOLA	GRIPE	SARAMPO	RAIVA	DIFTERIA	CAXUMBA	OUTRAS
$\Sigma = 139$	$\Sigma = 125$	$\Sigma = 129$	$\Sigma = 123$	$\Sigma = 135$	$\Sigma = 143$	$\Sigma = 108$	$\Sigma = 74$	$\Sigma = 118$	$\Sigma = 14$
$\% = 12.5$	$\% = 11.3$	$\% = 11.6$	$\% = 11.1$	$\% = 12.2$	$\% = 12.9$	$\% = 9.7$	$\% = 6.7$	$\% = 10.6$	$\% = 1.3$

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

G de Cochran

G calculado = 593.88p= 0,0000*

A confiança na vacina também foi pesquisada nessa população. 15,5% não consideram as vacinas seguras, o que pode justificar o fato de 52% das pessoas desse grupo não terem se vacinado contra sarampo. Entretanto, 97,5% acreditam nos efeitos promovidos pelas vacinações.

Dados apresentados na Tabela 3 mostram que: 16% sentem medo de ser vacinados, e desses, 50% não compareceram à Campanha. Os motivos revelados para o medo de ser vacinado estão listados na tabela 4, sendo que 29% alegaram medo da agulha ou da dor, 25% receio dos efeitos colaterais e 4% afirmaram não achar necessário. Além disso, 43,5% dos participantes que afirmam não concordar com a obrigatoriedade das vacinas, não se vacinaram contra o sarampo.

Na busca para saber qual a principal fonte de informação sobre vacinação utilizada por essa população, foi revelado que a televisão/rádio com 42,5% ocupa o primeiro lugar, seguido pelas mídias sociais que ocupam o segundo lugar com 19,3% (p=0.0000).

Tabela 3 – Conhecimento desta população acerca da vacinação

Confiança nas vacinas	N	%
Você tem medo de ser vacinado?		
Sim	24	16.0
Não	126	84.0
Total	150	100.0
Você acredita que as vacinas são seguras?		
Sim	127	84,7
Não	23	15,3
Total	150	100.0
Você acredita que as vacinas fazem efeito?		
Sim	146	97,3
Não	4	2,7
Total	150	100.0
A vacinação deve ser obrigatória?		
Sim	126	84.0
Não	24	16.0
Total	150	100.0

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

Tabela 4 – Justificativa das pessoas que responderam ter medo de se vacinar

Medo de ser vacinado	N	%
Por que você tem medo de ser vacinado?		
Tem profissionais que não são/estão preparados	1	4.2
Dor/agulha	7	29.2
Efeitos colaterais	6	25
Falta de divulgação de informações sobre as vacinas e sua fabricação	1	4.2
Não acho necessário	1	4.2
Sem resposta	7	29.2

Fonte: Dados da pesquisa. 2020.

7. DISCUSSÃO

A meta de vacinação pela tríplice viral (sarampo, rubéola e caxumba) divulgada pelo Ministério de Saúde para o ano de 2019 fora de 95%.¹⁹ Segundo dados do DATASUS, dentre todos os Estados brasileiros, 18 conseguiram cumprir com a taxa de cobertura vacinal, mas São Paulo não estava entre eles, atingindo um índice de cobertura vacinal de 93,9%¹⁹. Assim sendo, a porcentagem de entrevistados que não se vacinaram contra o sarampo na campanha de 2019, de 48%, apresentou-se condizente com o fato de estar inferior à meta do Ministério da Saúde para o Estado de São Paulo, porém mostrou-se superior à quantidade de não vacinados segundo a cobertura vacinal registrada na região. Esta discrepância provavelmente se justifica pela maior especificidade amostral, dado o recorte regional (extremo sul da cidade de São Paulo) e a consideração apenas da vacinação por campanhas, além da menor quantidade de respondentes, se comparada a toda a população do Estado de São Paulo.

Apesar da porcentagem de não vacinados contra o sarampo considerável, a maioria dos entrevistados reportaram conhecimento sobre as demais vacinas disponibilizadas pelo SUS, sendo a televisão e o rádio os principais veículos de informação utilizados para conhecimento sobre vacinação. Na literatura, este grupo midiático desempenha uma dinâmica comunicacional de função massiva, ou seja, direcionada à massa populacional, por meio de direcionamento linear de informações²⁰, ao passo que outros ambientes midiáticos, como as mídias sociais, com apenas 19,3% dos respondentes utilizando-a como principal instrumento informacional, possuem uma função majoritariamente pós-massiva, de informar nichos específicos, e portanto poderia representar um obstáculo à disseminação efetiva de informações de Saúde Pública,

como a vacinação²⁰. Apesar disso, um estudo conduzido em escala nacional em 2011 permitiu observar que, ao perguntar aos 1.828 entrevistados quais eram suas principais fontes de informação em saúde, 86% incluíram a internet, seguido pela opinião de profissionais da área (74%), e em terceiro lugar, rádio e televisão (50%).²¹ Assim, conclui-se que os resultados obtidos no questionário não são condizentes com o estudo em questão, apesar da porcentagem de respondentes que incluíram o rádio e a televisão em suas formas de obtenção de informação ser menor (42,5%). Contudo, em 2016, o IBOPE fora responsável pela condução de uma outra pesquisa que tinha por intuito avaliar os hábitos de consumo de mídia pelos brasileiros, tendo sido utilizado os dados do Censo Demográfico Brasileiro de 2010 e da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio), totalizando uma amostra de 15.050 entrevistas. Neste estudo, verificou-se que o meio de comunicação para se manter informado mais mencionado entre os entrevistados fora a televisão (63% na 1ª menção), seguido pela Internet (26% na 1ª menção), e tendo o rádio como meio preferível em 3º lugar (7% na 1ª menção).²⁷ Esta pesquisa, por sua vez, apresenta resultados mais próximos do resultado do questionário aplicado, uma vez que tem a televisão como principal fonte de informação, porém contradiz o questionário ao apontar para o uso do rádio em menor quantidade, quando comparado à Internet. Como no questionário não houve dissociação entre a televisão e o rádio, poderia ser um ponto que justificaria a classificação de ambos em primeiro lugar.

Em relação às taxas de não vacinados contra o sarampo durante campanha em 2019, a grande maioria destes respondentes relatou não apresentar carteira de vacinação (80%), apesar de não ser um fato extensivamente observado na amostra total (apenas 13,5% não a possuíam). O principal motivo para a ausência de posse da carteira de vacinação relatado fora por perda do documento, algo que ainda é visto como um problema no Sistema de Saúde brasileiro, visto que muitos pacientes não apresentam registro no cartão espelho de todas as vacinas tomadas ao longo de suas vidas, tendo apenas o cartão físico como efetivo comprovante. Essa inconsistência de registro pode dever-se a diversos fatores, como o alto fluxo de indivíduos em campanhas de vacinação, o que pode dificultar a atualização das vacinas no cartão espelho, pela falta de tempo do profissional em meio à grande demanda de pacientes em espera.²⁶ Assim, caso haja perda do cartão de vacinação, a Secretaria de Estado de Saúde preconiza a procura pelo serviço de saúde, que checará o cartão espelho, e recomendará a tomada das vacinas que não constem registro, seguindo o Calendário Nacional de Vacinação.²⁵ Caso a vacina já tenha sido tomada pelo indivíduo, mas não tenha sido registrada no cartão espelho, a perspectiva de revacinação pode ser onerosa ao sistema, e também poderia acabar provocando uma postura de abdicção por parte do indivíduo, em relação à procura pela vacinação.

De outro lado, em relação às buscas ativas de casos de não vacinação em sua área de residência, 58% dos participantes que responderam que não houve, não são vacinados contra o sarampo. A busca ativa é um instrumento essencial para monitoramento da cobertura vacinal de uma dada população, assim como para criação de estratégias para aumento dos índices de imunização.²² É definida como o ato de procurar indivíduos para identificar algo, como agravos, ou então, no caso, verificar a situação imunológica.²² A busca ativa ocasiona maior acesso à cultura e às singularidades de cada cidadão, facilita a criação de vínculos terapêuticos entre os indivíduos e a sua própria busca por saúde, para além da demanda espontânea, além de levar orientações e informações para esses grupos.²² O fato de sua ausência ser o segundo fenômeno mais frequente dentre os respondentes que não se vacinaram contra o sarampo aponta para um possível reflexo da carência dessa estratégia.

O terceiro fenômeno observado entre os não vacinados contra o sarampo seria o fato de não considerar as vacinas seguras (por sua vez relatado por 15,5% de toda a amostra). Contudo, apesar da insegurança reportada, a grande maioria dos entrevistados responderam que acreditam no efeito das vacinas (97,5%). Essa dissemelhança de valores pode indicar o medo pela ocasião de efeitos adversos, apesar da eficácia da substância na imunização preventiva, ou ainda, o questionamento sobre a segurança durante a fabricação pela indústria farmacêutica, uma vez que episódios de trágicos já foram reportados.²³

A disseminação de notícias falsas nas mídias sociais acerca dos efeitos colaterais da vacinação parece contribuir para a não confiabilidade relatada por parte dos entrevistados. Informações errôneas e persuasivas alastram-se com rapidez na internet e causam efeitos diretos na saúde pública. Uma reportagem publicada pela Revista Fapesp²³ ressaltou que as notícias inverídicas publicadas nas redes sociais e a ação de grupos contrários às vacinações possivelmente influenciam na queda da cobertura vacinal. Concomitantemente, o Ministério da Saúde apontou os mesmos fenômenos como um dos principais motivos para a queda das ações de imunização.²³

Porém, é importante salientar que os efeitos adversos das vacinas são sempre brandos e pouco frequentes, de forma que os benefícios superam os riscos, salvo em casos específicos, como gestantes ou a depender da faixa etária do paciente, o que justifica o calendário vacinal, justamente para promover a maior eficácia com menor taxa de efeitos colaterais.²³ Além disso, esforços são investidos ativamente para sempre garantir a máxima segurança durante fabricação das vacinas, e os imprevistos ocorridos no passado já foram devidamente solucionados.

8. CONCLUSÃO

Os brasileiros, em geral, acreditam que as vacinas são efetivas no combate de doenças imunopreveníveis. Além disso, o conhecimento dos entrevistados sobre a vacina do sarampo em relação à outras é vasto. Contudo, grande parte da população estudada não participou da Campanha Nacional de Imunização Contra o Sarampo de 2019. Fatores que influenciam diretamente a baixa cobertura vacinal são a não confiabilidade, principalmente devido ao receio dos efeitos colaterais e a busca ativa territorial ineficaz. Uma boa relação e comunicação do usuário com os profissionais da saúde, assim como a veiculação de informações verídicas e com base científica, nos meios midiáticos, acerca dos eventos adversos infrequentes das vacinações são ações que podem contribuir para o aumento da adesão populacional às campanhas de imunização.

9. REFERÊNCIAS

- 1 - Freire LMS, Menezes FR. Sarampo. In: Tonelli E, Freire LMS, editors. Doenças infecciosas na infância e adolescência. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2000. p. 851-83.
- 2 - Carvalho AL, Dorabela A, Andrade JG, Diniz LMO, Romanelli RMC. Sarampo: atualizações e reemergência. Rev Med Minas Gerais. 2019;29 (Supl 13): S80-S85.
- 3 - Bastos FS, Takahashi LT. Dinâmica de Transmissão do Sarampo. Depto de Matemática, Universidade Federal de Viçosa 36570-000. Viçosa, MG; 2007. Disponível em: http://arquivo.sbmec.org.br/eventos/cnmac/xxx_cnmac/PDF/412.pdf
- 4 - Xavier AR. et al. Diagnóstico clínico, laboratorial e profilático do sarampo no Brasil. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro v. 55, n. 4, p. 390-401, Aug. 2019. Epub Sep 02, 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20190035>.
- 5 - Branco VGC, Morgado. O surto de sarampo e a situação vacinal no Brasil. Revista de Medicina de Família e Saúde Mental. [internet]. 2019. [Acesso em: 25 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/medicinafamiliasaudemental/article/view/1594/634>
- 6 - Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Vacinação. [internet]. 2007.[Acesso em: 25 jul. 2020]. Disponível em: <http://bvsmc.saude.gov.br/bvs/dicas/51vacinacao.html>
- 7 - Sociedade Brasileira de Imunizações. Vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) – SCR-V. [internet]. São Paulo; 2020. [Acesso em: 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://familia.sbmec.org.br/vacinas/vacinas-disponiveis/vacina-tetraviral-scr-v>
- 8 - Fundação Oswaldo Cruz. Mudando a história: parcerias alteraram a situação do sarampo no país. [internet]. Rio de Janeiro; 2014. [Acesso em: 25 jul. 2020]. Disponível

em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/811-mudando-a-historia-parcerias-alteraram-a-situacao-do-sarampo-no-pais?showall=1>

9 - Fundação Oswaldo Cruz. Vacinas. [internet]. Rio de Janeiro; 2014. [Acesso em: 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/vacinas>.

10 - Goodson JL; Seward JF. Measles 50 Years After Use os Measles Vaccine. *Infect Dis Clin N Am* 29 (2015) 725-743.

11 - Brasil. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. 2016. Anexo V, Capítulo I.

12 - Domingues CMAS, Pereira MCCQ, dos Santos ED, Siqueira MM. A evolução do sarampo no Brasil e a situação atual. *Inf. Epidemiol. Sus.* [Internet]. Março; 1997. [Acesso em: 26 jul 2020]. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731997000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S0104-16731997000100002>.

13 - Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.

14 - Revista Pesquisa FAPESP. As razões da queda na vacinação. [internet] São Paulo; 2018. [Acesso em 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/as-razoes-da-queda-na-vacinacao/#:~:text=O%20v%C3%ADrus%20do%20sarampo%20havia,Rond%C3%B4nia%20%E2%80%93%20e%20causou%20cinco%20mortes>.

15 - Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação do Sarampo no Brasil – 2018-2019. [internet]. 2019. [Acesso em 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/19/Informe-Sarampo-n37-19mar19aed.pdf>

16 - Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. [internet]. Dezembro; 2019. [Acesso em 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/PDF/2019/dezembro/27/Boletim-epidemiologico-SVS-39-FINAL.PDF>

17 - Chaves ECR, Júnior K das NT, de Andrade BFF, de Mendonça MHR. Avaliação da cobertura vacinal do sarampo no período de 2013-2019 e sua relação com a reemergência no Brasil. *REAS* [Internet]. 31 jan.2020 [Acesso em 25 jul. 2020]; (38):e1982. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1982>

18 - Ministério da Saúde. DIA D de vacinação contra sarampo será neste sábado (19/10). [internet]. 2019. [Acesso em 25 jul. 2020]. Disponível

em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45909-dia-d-de-vacinacao-contrasarampo-sera-neste-sabado-19-10>

19 - Ministério da Saúde. SARAMPO: Brasil atinge 99,4% de cobertura vacinal em 2019. [internet]. 2019. [Acesso em 25 jul. 2020]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46146-sarampo-brasil-atinge-99-4-de-cobertura-vacinal-em-2019>

20 – Cunha ONP. Saúde, redes e pessoas: uma análise da experiência comunicacional desenvolvida pelo Ministério da Saúde nas mídias sociais. [internet]. 2012. [Acesso em 25 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/PAPERS/REGIONAIS/SUDESTE2012/resumos/R33-0375-1.pdf>

21 – Moretti FA, Oliveira VE, Silva EMK. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? Ver. Assoc. Med. Bras. Vol.58 no.6, São Paulo. [Internet]. Novembro/Dezembro; 2012. [Acesso em: 26 jul 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008

22 – Lemke RA, Silva RAN. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. Estudo e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, ano 10, no.1, p. 281-295. [Internet]. 2010. [Acesso em: 26 jul 2020]. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a18.pdf>

23 – Moraes LRM, Piantola MAF, Pereira AS, Castro JT, Santos FAO, Ferreira LCS. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. Rev. Saúde Pública, p. 52-40. [Internet]. 2018. [Acesso em: 26 jul 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000384.pdf

24 – Mizuta AH, Succi GM, Montalli VAM, Succi RCM. Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. Rev. Paul. Pediatr. Vol.37 no.1, São Paulo. [Internet]. Janeiro/Março; 2019. [Acesso em: 26 jul 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822019000100034

25 – Secretaria de Estado de Saúde. Vacinação. [internet]. 2020. [Acesso em 26 jul. 2020]. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/vacinacao>

26 – Oliveira NC. Situação dos registros de vacinas dos profissionais de saúde do Hospital de Clínicas: CNES VERSUS SIPNI - DATASUS. [Internet]. 2019. [Acesso em: 26 jul 2020]. Disponível em: <http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/28407/3/Situa%C3%A7%C3%A3oRegistrosVacinas.pdf>

27 - Presidência da República, Secretaria de Comunicação Social, Assessoria de Pesquisa de Opinião Pública. Pesquisa brasileira de mídia. [internet]. 2016. [Acesso em 26 jul. 2020]. Disponível em: <http://www.secom.gov.br/atuacao/pesquisa/lista-de-pesquisas-quantitativas-e-qualitativas-de-contratos-atuais/pesquisa-brasileira-de-midia-pbm-2016-1.pdf/view>