

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

LEONARDO VINICIUS DE MORAES

**Hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde: revisão
integrativa da literatura, os dados do Brasil e do HCRP de 2015 a 2021**

RIBEIRÃO PRETO

2022

LEONARDO VINICIUS DE MORAES

Hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura, os dados do Brasil e do HCRP de 2015 a 2021

Versão original

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Medicina.

Área de concentração: Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela.

RIBEIRÃO PRETO

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Moraes, Leonardo Vinicius de

Hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura, os dados do Brasil e do HCRP de 2015 a 2021. Ribeirão Preto, 2022.

69 p. il., 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Medicina.

Orientador: Bollela, Valdes Roberto

1. Influenza. 2. Hesitação vacinal. 3. Profissional da saúde. 4. Saúde ocupacional.

LEONARDO VINICIUS DE MORAES

Hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura, os dados do Brasil e do HCRP de 2015 a 2021

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Profissional em Medicina.

Área de concentração: Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela.

Exame de Qualificação realizado em 15 de abril de 2021.

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a).: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedico este trabalho às mais de seiscentas e vinte mil pessoas que já morreram de covid-19 no Brasil e também às vítimas de outras doenças preveníveis ou atenuadas pela vacinação, como a influenza.

AGRADECIMENTOS

À Isabel, Osvaldo, Murillo e Quilmes, por nos escolhermos como amigos e nos reconhecermos como família. É uma honra existir apoiado no amor de vocês!

Ao Professor Doutor Valdes Roberto Bollela, pela orientação, paciência e sentido prático com que me conduziu neste trabalho e também por toda troca de conhecimentos enquanto estive como médico residente no HCRP.

Ao Professor Doutor Gilberto Gambero Gaspar, pela disponibilidade, carinho e presteza com diversas revisões ao longo da elaboração desta dissertação.

À Divisão de Moléstias Infecciosas e Tropicais do Departamento de Clínica Médica do HCRP por me forjar como médico especialista e me capacitar como ser humano.

Aos profissionais de saúde do HCRP que realizam um trabalho excepcional, sobretudo durante a pandemia de covid-19, e que prontamente me receberam e aceitaram participar deste estudo.

Ao funcionário Antonio Luis Canella Junior, do Centro de Informações e Análises do HCRP, que gentilmente cedeu dados para a realização deste trabalho.

À funcionária Nathália Fernanda Clé Oliveira, da Secretária de Mestrado, por sempre estar acessível para sanar dúvidas sobre o Programa.

Ao grande mestre Paulo Freire, que ainda na graduação me ensinou a conjugar o verbo “esperançar”, mostrando que a educação é um instrumento fundamental para sermos pessoas felizes, livres e democraticamente organizadas.

Às forças da natureza, que dão o que a gente pede, no tempo que tem de vir. Tenhamos coragem para enfrentar aqueles que querem impedir os nossos sonhos.

Axé!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

“O que os livros escondem,
as palavras ditas libertam.
E não há quem ponha
um ponto final na história [...]”

Conceição Evaristo

RESUMO

MORAES, Leonardo Vinicius de. **Hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde: revisão integrativa da literatura, os dados do Brasil e do HCRP de 2015 a 2021.** 2022. 69 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Introdução: A hesitação à vacina contra influenza é um grande desafio e um dilema ético em todo o mundo, com importantes consequências para os profissionais de saúde, seus pacientes e para a saúde pública. **Objetivos:** Compreender a prevalência de hesitação à vacina contra influenza e sua motivação entre profissionais de saúde, realizar levantamento de dados sobre o tema no Brasil e no HCRP, de 2015 a 2021, com proposição de ações para aumentar a cobertura vacinal em nosso serviço. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo transversal, de cunho clínico-qualitativo e exploratório, fundamentado no protocolo da metodologia de revisão integrativa da literatura, na análise de dados secundários de programas de vacinação e em entrevistas a profissionais de saúde. **Resultados:** A hesitação vacinal é um fenômeno complexo, agravado recentemente pela covid-19. Relaciona-se principalmente com questões de confiança (como receio de eventos adversos), complacência (como autopercepção isenta de risco para influenza) e conveniência (como falta de tempo), conforme modelo proposto pela OMS em 2011, mas também por outros motivos, como crenças religiosas e razões médicas. No entanto, os profissionais de saúde do HCRP parecem entender o tema, sobretudo no contexto atual de pandemia, mantendo boa cobertura vacinal para influenza. **Conclusão:** A hesitação à vacina contra influenza no Brasil é menor que a observada em outros países, especialmente entre os profissionais de saúde. As razões para hesitação são comuns e estão presentes em todo o mundo. Ouvir as sugestões dos profissionais, individualizadas em cada serviço, além de integrar os dados de vacinação, pode melhorar a cobertura vacinal para influenza.

Palavras chave: influenza; hesitação vacinal; profissional da saúde; saúde ocupacional.

ABSTRACT

MORAES, Leonardo Vinicius de. **Influenza vaccine hesitancy among health personnel: integrative literature review, data from Brazil and HCRP from 2015 to 2021.** 2022. 69 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

Background: The refusal of influenza vaccination is a major challenge and an ethical issue worldwide, and it has important consequences for health care providers, their patients and public health. **Objectives:** To understand the prevalence of refusal of influenza vaccination and its motivation among health personnel, and also to carry out data collection on the topic in Brazil and at HCRP, from 2015 to 2021, in order to propose actions to increase vaccination coverage in our service. **Methods:** It is a descriptive cross-sectional study, of a clinical-qualitative and exploratory nature, based on the protocol of the integrative literature review methodology, on the analysis of secondary data from vaccination programs and on interviews with health personnel. **Results:** Vaccine hesitancy is a complex phenomenon, recently aggravated by covid-19. It occurs mainly due to issues of confidence (such as fear of adverse events), complacency (such as a risk-free self-perception for influenza) and convenience (such as shortage of time), according to the WHO model, proposed in 2011, but also by others causes, such as religious beliefs and medical reasons. However, health personnel from HCRP seem to understand the topic, especially in the current pandemic context, maintaining an appropriate vaccine coverage for influenza. **Conclusions:** The refusal of influenza vaccination in Brazil is not as prevalent as in other countries, especially among health personnel. The reasons for hesitation are common worldwide. Listening to the health personnel suggestions, individualized in each service, and integrating vaccination data, can improve vaccination coverage for influenza.

Keywords: influenza; vaccine hesitancy; health personnel; occupational health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características das últimas pandemias de influenza no mundo.....16

Quadro 2 – Descrição das principais razões para hesitação na revisão realizada....35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos trabalhos incluídos na revisão.....	24
Figura 2 - Hesitação à vacina contra influenza na revisão realizada.....	33
Figura 3 - Cobertura vacinal para Influenza no Brasil e no HCRP de 2015 a 2021...37	
Figura 4 - Alcance vacinal, por doses aplicadas, no HCRP de 2015 a 2021.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das referências bibliográficas obtidas.....	24
Tabela 2 – Descrição das referências excluídas da revisão integrativa.....	25
Tabela 3 – Descrição das referências selecionadas para revisão integrativa.....	31
Tabela 4 – Características da população (N=37).....	42
Tabela 5 – Conhecimentos da população quanto à influenza (N=37).....	44
Tabela 6 – Motivos para hesitação (N=6).....	45
Tabela 7 – Atitudes em relação a uma política de vacinação obrigatória (N=37).....	46
Tabela 8 – Sugestões para melhorar a cobertura vacinal no HCRP (N=37).....	47
Tabela 9 – Tentativa de entrevistas com supostos hesitantes em 2021.....	48

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CIA	Centro de Informações e Análises do HCRP
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
<i>GRADE</i>	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
HCRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<i>MEDLINE</i>	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
<i>MeSH</i>	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
RNA	Ácido Ribonucleico
SCIH	Serviço de Controle de Infecções Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. JUSTIFICATIVA.....	21
3. OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4. METODOLOGIA	23
4.1 Revisão integrativa.....	23
4.2 Programa Nacional de Imunizações	26
4.3 Campanha institucional de imunização do HCRP	26
4.4 Entrevistas estruturadas no HCRP	26
4.4.1 Participantes	27
4.4.2 Procedimento de coleta dos dados.....	27
4.4.3 Procedimento de análise dos dados	28
4.4.4 Procedimentos éticos.....	28
5. RESULTADOS	30
5.1 Revisão integrativa.....	30
5.2 Programa nacional de imunizações	36
5.3 Campanha institucional de imunização do HCRP	39
5.4 Entrevistas estruturadas no HCRP	41
6. DISCUSSÃO.....	49
7. CONCLUSÕES.....	58
8. REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE 1	66
APÊNDICE 2	67
APÊNDICE 3.....	68
ANEXO 1.....	69

1. INTRODUÇÃO

A influenza é uma doença viral aguda caracterizada por febre, tosse, sintomas sistêmicos e, sendo altamente transmissível, pode causar surtos e epidemias com grande morbimortalidade, além de encargos financeiros e sociais, como observado no início do século vinte com a gripe espanhola, e em 2009 com a gripe suína (FIGUEIREDO *et al*, 2011; ALABBAD *et al*, 2018; BRASIL, 2018).

Trata-se de uma zoonose de aves, equinos, suínos e humanos causada pelo vírus influenza, que é um microrganismo envolto por envelope contendo hemaglutininas e neuraminidasas, composto por RNA de fita simples e pertencente à família *Orthomyxoviridae* (VERONESI-FOCACCIA, 2015; BENNETT *et al*, 2019).

O vírus influenza divide-se entre os tipos A, B e C, além de vários subtipos, particularmente para o influenza do tipo A, que é o mais implicado em epidemias e pandemias (Quadro 1) e está mais associado aos casos de síndrome respiratória aguda grave. Já o influenza B geralmente causa quadros menos graves e o influenza C pode causar doença leve em crianças (VERONESI-FOCACCIA, 2015; BENNETT *et al*, 2019).

Quadro 1 – Características das últimas pandemias de influenza no mundo

Ano de emergência e nome comum	Área de origem	Subtipo de Influenza A	Mortalidade estimada	Letalidade	Grupos de idade mais afetados
1918-1920 "Gripe espanhola"	Incerta	H1N1	20-50 milhões	2-3%	Adultos jovens
1957-1958 "Gripe asiática"	Sul da China	H2N2	1-4 milhões	<0,2%	Todos os grupos
1968-1969 "Gripe de Hong Kong"	Sul da China	H3N2	1-4 milhões	<0,2%	Todos os grupos
2009-2010 "Gripe suína"	América do Norte	H1N1	100-400 mil	0,02%	Crianças e adultos jovens

Fonte: Adaptado de WHO, 2013.

Como observado no Quadro 1, as epidemias de influenza foram importante causa de morbimortalidade no decorrer da história, estimando-se ainda cerca de 3 a 5 milhões de casos de doença grave e de 250 a 500 mil óbitos a cada ano em todo o mundo (KFOURI; RICHTMANN, 2013).

Da mesma forma, desde o final de 2019, um surto de síndrome respiratória aguda grave, inicialmente descrito na China, atualmente acomete todo o planeta.

Causada por um novo tipo de coronavírus (SARS-CoV-2), esta doença recebeu o nome de covid-19 e já soma milhões de casos confirmados e milhares de mortes em todo o mundo (HELMY *et al*, 2020; LAZARUS *et al*, 2020).

A transmissão da influenza se dá por via respiratória com curto período de incubação, e, devido à evolução antigênica constante do vírus influenza, a infecção por determinado subtipo não confere imunidade permanente, podendo ocorrer reinfecção em indivíduos de todas as idades a cada novo surto da doença (VERONESI-FOCACCIA, 2015; BENNETT *et al*, 2019).

O diagnóstico considera parâmetros epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, sendo possível detectar a presença do vírus influenza, ou de seus antígenos, nas secreções respiratórias por meio de técnicas imunológicas ou de biologia molecular (BENNETT *et al*, 2019).

A vacinação, processo de imunização ativa que permite salvar milhões de vidas todos os anos, aumentar a expectativa de vida, além de prevenir e erradicar doenças em todo o mundo é a medida de prevenção mais importante contra a influenza, e também uma das apostas mais promissoras para conter a covid-19 (ALABBAD *et al*, 2018; MIZUTA *et al*, 2018; BENNETT *et al*, 2019; HARRISON; WU, 2020).

No atual cenário de pandemia pela covid-19 a vacinação contra a influenza, e demais doenças imunopreveníveis, torna-se ainda mais importante por reduzir sobrecargas aos sistemas de saúde e evitar possíveis surtos, além de reduzir o absenteísmo ao trabalho por doenças respiratórias, possibilitando o funcionamento de serviços essenciais (BRASIL, 2021).

Estas vantagens e conquistas protagonizadas pelos programas de vacinação começaram no final do século XVIII, com os resultados de Edward Jenner, demonstrando eficácia na inoculação do vírus da varíola bovina para prevenção da varíola humana. O progresso da técnica permitiu a erradicação mundial dessa doença, sendo descrito em 1977 o último caso de varíola na Somália (SANTOS; HESPANHOL, 2013; DUBÉ *et al*, 2015).

Com o passar dos anos, enorme progresso na área de imunizações tem sido observado. Grande parte dos países representados na Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta programas nacionais de vacinação, tendo como base o Programa Ampliado de Imunização, desenvolvido nos anos 1970 pela OMS, inicialmente para prevenção de sarampo, coqueluche, poliomielite, tuberculose,

tétano e difteria. Desde então, houve grande declínio na morbimortalidade dessas e outras doenças infecciosas selecionadas (FIGUEIREDO *et al*, 2011; SANTOS; HESPANHOL, 2013; DUBÉ *et al*, 2015).

No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi institucionalizado em 1975, buscando coordenar as ações de imunização no país. Já a estratégia de vacinação contra a influenza foi incorporada ao Programa brasileiro em 1999 (FIGUEIREDO *et al*, 2011; BRASIL, 2018).

Aqui e em muitos países do mundo, a vacinação anual contra influenza tem sido recomendada para algumas populações específicas, como idosos, imunossuprimidos, crianças, gestantes, além de profissionais de saúde, com meta de cobertura de 80% proposta pela OMS, e de 90% pelo Ministério da Saúde do Brasil, tendo como propósito reduzir os riscos de doença grave, internações, complicações e morte (KFOURI; RICHTMANN, 2013; HAGEMEISTER *et al*, 2018; BRASIL, 2021).

Entretanto, a cobertura vacinal para influenza entre profissionais de saúde é descrita como aquém do esperado em várias partes do mundo, cerca de 30% em alguns países da Europa, por exemplo, o que gera grande preocupação (NUTMAN; YOELI, 2016; DINI *et al*, 2018).

Como a vacinação é a medida de prevenção mais importante contra a influenza, caso profissionais de saúde hesitem em sua realização, podem agir como fonte de infecção para pacientes, causando surtos nosocomiais de influenza, resultando em significativo retrocesso de saúde pública e desperdício de recursos (ALABBAD *et al*, 2018; DINI *et al*, 2018; HAGEMEISTER *et al*, 2018).

Assim, os profissionais de saúde hesitantes estão diante de um dilema ético: o princípio da autonomia, no qual o indivíduo pode escolher realizar a vacina ou não, entra em conflito com o princípio da não maleficência, já que caso o profissional opte por não se imunizar, pode colocar em risco a saúde de outras pessoas, em especial dos pacientes que deve cuidar (SANTOS; HESPANHOL, 2013).

A OMS classifica hesitação vacinal como atraso na aceitação ou recusa da vacinação apesar da disponibilidade nos serviços de saúde. Trata-se de um fenômeno complexo, que varia ao longo do tempo, localização e tipo de vacina, estando principalmente relacionado com os fatores complacência, confiança e conveniência, conforme modelo proposto pela OMS em 2011 (SATO, 2018).

Esta situação tem se tornado uma preocupação crescente nos últimos anos, já que propiciou o ressurgimento de doenças que estavam em declínio, como demonstrado por surtos de poliomielite no norte da Nigéria e surtos de sarampo em partes dos Estados Unidos da América (EUA) e da Europa (ALABBAD *et al*, 2018).

Em 2019, por exemplo, visando ao fim do câncer de colo uterino, a OMS realizou ações para aumentar a cobertura da vacina contra o papilomavírus humano. Além disso, se empenhou na vacinação de todas as crianças do Afeganistão e do Paquistão contra a poliomielite, objetivando erradicar a transmissão do poliovírus selvagem nestes locais (SCHERES; KUSZEWSKI, 2019).

No Brasil os movimentos antivacinação são antigos. A Revolta da Vacina, por exemplo, foi uma rebelião popular ocorrida em 1904 que se opunha à campanha de vacinação obrigatória contra a varíola. Desde então, ainda temos poucos estudos sobre hesitação vacinal no país, embora já existam relatos de surtos de sarampo em Pernambuco e Ceará, além de queda importante na imunização contra poliomielite no ano de 2016 e contra a vacina pentavalente em 2020 (SATO, 2018; SATO, 2020).

Embora as altas taxas de cobertura vacinal infantil na maioria dos países indiquem que a vacinação continua sendo uma medida de saúde pública amplamente aceita, muitas pessoas mantêm-se indecisas ou hesitantes, de modo que movimentos antivacinação avançam por todo o mundo, fortalecidos pela disseminação de informações incorretas, especialmente na internet (SANTOS; HESPANHOL, 2013; DUBÉ *et al*, 2015; SATO, 2018).

Por isso, a OMS considerou a hesitação vacinal como uma das dez questões mais importantes para se abordar no mundo em 2019, já que a vacinação é uma das formas mais econômicas de se evitar doenças. As razões pelas quais as pessoas optam por não se vacinar são complexas, mas diversos estudos demonstram que os profissionais de saúde têm um importante papel em mitigar desinformações que prejudicam a confiança da população nas vacinas (SCHERES; KUSZEWSKI, 2019).

Assim, realizamos esta dissertação objetivando compreender e sintetizar o que já havia sido publicado sobre hesitação à vacina contra influenza, sua prevalência e motivação entre profissionais de saúde. Além de realizamos um levantamento de dados sobre o tema no Ministério da Saúde do Brasil e também no

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP) no período de 2015 a 2021.

2. JUSTIFICATIVA

Para reduzir a prevalência e a incidência de doenças imunopreveníveis, como a influenza e a covid-19, os programas de imunização dependem de adesão significativa da população. Assim, muitas vezes garante-se não só proteção direta para os indivíduos vacinados, mas também proteção indireta para a comunidade em geral, particularmente para aqueles que não podem receber a vacina por alguma contraindicação médica (DUBÉ *et al*, 2015).

No entanto, a vacinação encontra resistência em vários grupos, cuja motivação ainda não foi totalmente compreendida, principalmente em nosso meio.

Nesse cenário, com o advento da covid-19, em que a efetividade das vacinas passa a ser amplamente contestada e a imposição de medidas de distanciamento social pode ter dificultado o acesso a outras vacinas nos anos de 2020 e 2021, compreender a prevalência de hesitação vacinal e sua motivação pode ajudar a traçar planos para melhorar a adesão à vacinação, especialmente às doenças respiratórias virais potencialmente graves, como a influenza.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Compreender as motivações e a prevalência da hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde, além de realizar levantamento de dados sobre o tema no Brasil e no HCRP no período de 2015 a 2021.

3.2 Objetivos específicos

- realizar revisão integrativa da literatura sobre hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde;
- analisar os dados das campanhas vacinais contra influenza no Brasil no período de 2015 a 2021;
- analisar os dados das campanhas vacinais contra influenza no HCRP no período de 2015 a 2021;
- analisar a situação da hesitação à vacina contra influenza entre trabalhadores do HCRP, sobretudo em áreas críticas (enfermarias de pacientes imunossuprimidos e paciente em terapia intensiva);
- propor ações para aumentar a cobertura vacinal para influenza no HCRP.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, exploratório, de cunho predominantemente qualitativo e fundamentado no referencial metodológico de pesquisa clínico-qualitativa, definido como

[...] o estudo e a construção dos limites epistemológicos de certo método qualitativo, particularizado em *settings* de saúde, bem como abarca a discussão sobre um conjunto de técnicas e procedimentos adequados para descrever e compreender as relações de sentidos e significados dos fenômenos humanos referidos nesse campo (TURATO, 2003, p.25).

Apoia-se em revisão narrativa sobre a influenza e a vacinação e no protocolo de metodologia de revisão integrativa da literatura, conforme proposto por Torracco (2005) e Whitemore e Knafl (2005), estratégia esta que permite sintetizar o conhecimento por meio de investigação sistematizada. Além disso, apoia-se também na análise de dados secundários de programas de vacinação e em entrevistas estruturadas a profissionais de saúde.

4.1 Revisão integrativa

A busca de estudos para confeccionar revisão integrativa sobre o tema ocorreu no período de outubro a dezembro de 2020. Os critérios de inclusão foram: estudos em inglês, português e espanhol, publicados nos últimos dez anos, indexados nas bases de dados *MEDLINE*, *LILACS* e *BVS*, e que apresentassem em sua discussão considerações sobre a prevalência de hesitação à vacina contra influenza e sua motivação entre profissionais de saúde, isto é, que respondessem ao objetivo norteador deste trabalho.

Para a realização da busca, foram utilizadas combinações entre as palavras-chave adotadas, consideradas descritores no *DeCS* (Descritores em Ciências de Saúde) e *MeSH* (*Medical Subject Headings*): influenza (*influenza*); recusa de vacinação (*vaccination refusal*); profissional da saúde (*health personnel*). Os termos foram cruzados como descritores, palavras do título, palavras do resumo e palavras do texto completo, conforme detalhado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das referências bibliográficas obtidas

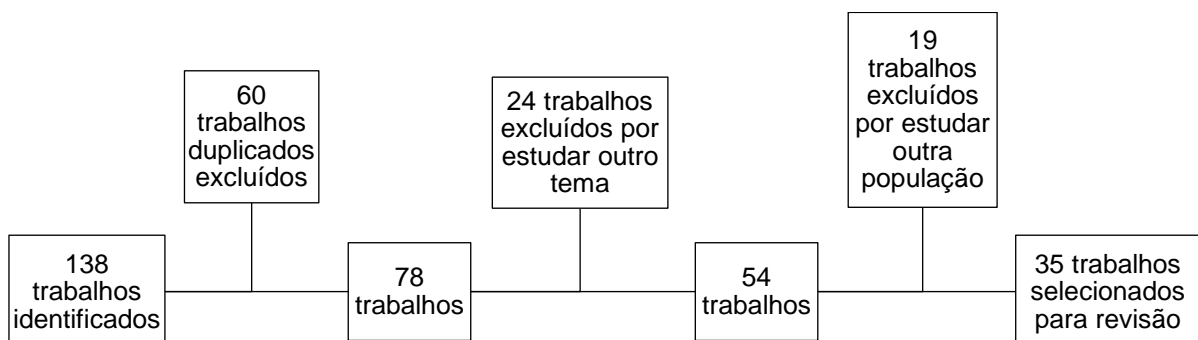
Base de dados	Termos cruzados concomitantemente	Referências obtidas	Resumos analisados	Selecionados para Revisão
MEDLINE (MeSH Terms)	Influenza, vaccination refusal, health personnel	8	7	6
MEDLINE (Title/Abstract)	Influenza, vaccination refusal, health personnel	1	1	1
MEDLINE (All Fields)	Influenza, vaccination refusal, health personnel	61*	47	22
LILACS (Subject Descriptor)	Influenza, vaccination refusal, health personnel	0	0	0
LILACS (Title/Abstract)	Influenza, vaccination refusal, health personnel	0	0	0
LILACS (All Fields)	Vaccination refusal, health personnel	1	1	0
BVS (Subject Descriptor)	Influenza, vaccination refusal, health personnel	0	0	0
BVS (Title/Abstract)	Influenza, vaccination refusal, health personnel	67*	16	6

* contém trabalhos em repetição

Fonte: Elaborado pelo autor

Desconsiderando referências repetidas nos bancos de dados consultados e em cruzamentos distintos entre as palavras-chave adotadas, foi obtido um total de 78 trabalhos, dos quais 43 foram excluídos por não responder ao objetivo norteador desta revisão, seja por estudar outras particularidades do tema abordado (24 trabalhos) ou por estudar outras subpopulações (19 trabalhos), conforme demonstrado na Figura 1. Já as justificativas para as exclusões realizadas estão descritas na Tabela 2.

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos trabalhos incluídos na revisão



Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 2 – Descrição das referências excluídas da revisão integrativa

	Autor	Ano	País	Justificativa
01	MCNALLY, V.V.; BERNSTEIN, H.H.	2020	EUA	Estudou outra população
02	PULATOĞLU, Ç.; TURAN, G.	2020	Turquia	Estudou outra população
03	EQUILS, O. <i>et al.</i>	2019	EUA	Estudou outro tema
04	ERB, M.L. <i>et al.</i>	2019	Suíça	Estudou outra população
05	MALTEZOU, H.C. <i>et al.</i>	2019	Grécia	Estudou outro tema
06	MALTEZOU, H.C. <i>et al.</i>	2019	Grécia	Estudou outro tema
07	MIZUTA, A.H. <i>et al.</i>	2019	Brasil	Estudou outra população
08	PRICE, S.A. <i>et al.</i>	2019	EUA	Estudou outra população
09	PROSPERO, E. <i>et al.</i>	2019	Itália	Estudou outra população
10	SQUERI, R. <i>et al.</i>	2019	Itália	Estudou outro tema
11	STEAD, M. <i>et al.</i>	2019	Reino Unido	Estudou outro tema
12	VAN HOOSTE, W.L.C. BEKAERT, M.	2019	Bélgica	Estudou outro tema
13	AJEJAS BAZAN, M.J. <i>et al.</i>	2018	Espanha	Estudou outro tema
14	BISSET, K.A.; PATERSON, P.	2018	Inglaterra	Estudou outra população
15	Committee on Infectious Diseases	2018	EUA	Estudou outra população
16	JACOBS, K. <i>et al.</i>	2018	EUA	Estudou outra população
17	MASSOT, E. EPAULARD, O.	2018	França	Estudou outro tema
18	OPEL, D.J. <i>et al.</i>	2018	EUA	Estudou outro tema
19	REISS, D.R.; DUBAL, V.B.	2018	EUA	Estudou outro tema
20	SUCCI, RCM	2018	Brasil	Estudou outro tema
21	COLINO ROMAY, E. <i>et al.</i>	2017	Espanha	Estudou outro tema
22	COTUGNO, S. <i>et al.</i>	2017	EUA	Estudou outra população
23	REAL, F.J. <i>et al.</i>	2017	EUA	Estudou outra população
24	FREW, P.M. <i>et al.</i>	2016	EUA	Estudou outra população
25	LUTHY, K.E. <i>et al.</i>	2016	EUA	Estudou outro tema
26	FORBES, T.A. <i>et al.</i>	2015	Austrália	Estudou outra população
27	JARRETT, C. <i>et al.</i>	2015	Reino Unido	Estudou outro tema
28	LEHMANN, B.A. <i>et al.</i>	2015	Alemanha	Estudou outra população
29	SALMON, D.A. <i>et al.</i>	2015	EUA	Estudou outra população
30	BETSCH, C.	2014	Alemanha	Estudou outro tema
31	LAWRENCE, H.Y. <i>et al.</i>	2014	EUA	Estudou outra população
32	HONDA, H. <i>et al.</i>	2013	Japão	Estudou outro tema
33	LIBBY, T.E. <i>et al.</i>	2013	EUA	Estudou outro tema
34	D'ALESSANDRO, E. <i>et al.</i>	2012	França	Estudou outra população
35	MODAK, R.M. <i>et al.</i>	2012	EUA	Estudou outro tema
36	MILLER, B.L. <i>et al.</i>	2011	EUA	Estudou outro tema
37	MILLER, B.L. <i>et al.</i>	2011	EUA	Estudou outro tema
38	ROMANI, M.H. <i>et al.</i>	2011	Líbano	Estudou outra população
39	POLGREEN, P.M. <i>et al.</i>	2010	EUA	Estudou outra população
30	ROTHAN-TONDEUR, M. <i>et al.</i>	2010	França	Estudou outro tema
41	RHUDY, L.M. <i>et al.</i>	2010	EUA	Estudou outro tema
42	THOON, K.C.; CHONG, C.Y.	2010	Singapura	Estudou outro tema
43	WICKER, S.; ROSE, M.A.	2010	Alemanha	Estudou outro tema

Fonte: Elaborado pelo autor

Os 35 trabalhos restantes foram selecionados como objeto de estudo para revisão integrativa por apresentarem aspectos que respondiam ao objetivo norteador deste estudo.

4.2 Programa Nacional de Imunizações

Para avaliar a prevalência de hesitação vacinal entre os profissionais de saúde no Brasil, foram analisados dados secundários do Programa Nacional de Imunizações (PNI) no período de 2015 a 2020, disponíveis em ambiente virtual no site DATASUS - Sistema de Informações do PNI (<http://sipni-gestao.datasus.gov.br/si-pni-web/faces/relatorio/consolidado/vacinometroInfluenza.jsf>), bem como em Informes divulgados pelo Ministério da Saúde.

Já os dados nacionais para a campanha do ano de 2021 foram coletados ainda em fase de consolidação e consta neste trabalho a atualização realizada no Painel Influenza 2021 - Ministério da Saúde, disponível em meio eletrônico (https://qsprod.saude.gov.br/extensions/Influenza_2021/Influenza_2021.html), na data de 31 de outubro de 2021, às 13h.

4.3 Campanha institucional de imunização do HCRP

Para avaliar os dados das Campanhas Institucionais de Imunização contra a Influenza no HCRP, no período de 2015 a 2021, foram consultados pareceres e laudos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) do hospital, relatórios de atividades do HCRP (<http://site.hcrp.usp.br/relatorios-de-atividades/>), bem como outros informes e planilhas divulgados internamente no serviço e gentilmente cedidos pelo Centro de Informações e Análises (CIA) do HCRP.

4.4 Entrevistas estruturadas no HCRP

Para avaliar as causas de hesitação vacinal no HCRP foi inicialmente planejada a realização de entrevistas estruturadas (Apêndice 1) a partir de janeiro de 2020. No entanto, devido à pandemia de covid-19, a fase piloto programada foi realizada apenas parcialmente. As limitações para o contato pessoal e os riscos de transmissão do SARS-CoV-2, somadas à sobrecarga de trabalho para todas as

equipes de saúde, particularmente para a infectologia, levou-nos a suspender a realização das entrevistas ainda em março de 2020.

Os dados obtidos até aquele momento, ainda que limitados pelo tamanho amostral reduzido, foram tabulados de maneira descritiva e submetidos à metodologia proposta, buscando a identificação de temas e núcleos temáticos comuns, conforme apresentado por Bardin (2011) e Minayo (2013).

4.4.1 Participantes

A amostra foi composta por profissionais de saúde do HCRP e os participantes foram escolhidos de maneira não probabilística e intencional, sendo incluídos aqueles que estivessem em seus postos de trabalho no momento das entrevistas, concordassem em participar do estudo e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 2).

Para essa amostra de conveniência seria considerada a seleção de múltiplos sujeitos em função do local de trabalho: áreas críticas (enfermarias de pacientes imunossuprimidos e de pacientes em terapia intensiva), área de ambulatórios e área administrativa. Esse critério de variedade de tipos tem a finalidade de ampliar a heterogeneidade entre os participantes do estudo e proporcionar maior fidedignidade em relação à população estudada.

O número de participantes seria definido *a posteriori*, considerando-se o critério de saturação das informações. Foram excluídos os profissionais de saúde que não concordaram em participar do estudo e tampouco assinaram o TCLE.

4.4.2 Procedimento de coleta dos dados

Foram realizadas entrevistas de roteiro semidirigido (Apêndice 1) buscando analisar relatos de profissionais de saúde do HCRP, com o objetivo de identificar conhecimentos a respeito da vacinação contra influenza, as causas relatadas para hesitação vacinal e atitudes em relação a uma política obrigatória de vacinação.

Para tal, após escolha arbitrária de algumas datas, entre janeiro e fevereiro de 2020, destinadas à coleta de dados, realizaram-se entrevistas-piloto nas áreas de interesse já citadas.

Primeiramente foi preenchido o questionário de identificação, de forma fechada, permitindo caracterizar os participantes da amostra quanto à profissão exercida no HCRP, idade, sexo e se, no exercício da profissão, há contato direto com pacientes.

A seguir foi iniciada a entrevista propriamente dita, a princípio ainda de forma fechada, com questões sobre os conhecimentos a respeito da influenza, vacinação contra influenza e adesão às campanhas. Após, prosseguiu-se com questões abertas que buscavam subsidiar o objetivo geral dessa pesquisa, e também com outras perguntas, necessárias para criar um contexto favorável de entendimento da situação relatada pelos profissionais.

Todas as respostas foram anotadas no Formulário de Entrevista e, após, transcritas para um editor de texto e planilha, sempre se primando pelo anonimato dos participantes.

4.4.3 Procedimento de análise dos dados

As entrevistas transcritas e tabuladas foram submetidas ao processo de análise do discurso, conforme proposto por Bardin (2011) e Minayo (2013).

Dessa forma, foram realizadas sucessivas leituras das entrevistas transcritas, proporcionando familiaridade e intimidade com o material de análise. A partir desse processo repetitivo e minucioso de leitura do *corpus*, a categorização temática foi construída, sendo constantemente aperfeiçoada dentro de um movimento cíclico de afastamento e aproximação do *corpus*. Assim, a elaboração das categorias de causas para hesitação vacinal surgiu *a posteriori*, permitindo maior confiabilidade sobre os conteúdos e motivos relatados pelos entrevistados.

4.4.4 Procedimentos éticos

Este estudo seguiu os critérios e observações descritos na Resolução 466/12, que aborda a ética em pesquisa no Brasil. Nesse sentido, teve consentimento e apoio prévio da Direção do Departamento de Atenção à Saúde do HCRP (Anexo 1) e foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCRP, sob certificado de apresentação de apreciação ética (CAAE)

14381719.0.0000.5440 e parecer de aprovação número 3.456.780, de 16 de julho de 2019.

A participação dos entrevistados nesta pesquisa foi voluntária. Foram enfatizadas a confidencialidade dos dados e a garantia do anonimato dos participantes. Além disso, os entrevistados foram informados dos objetivos e abrangência da pesquisa, bem como da possibilidade de retirarem seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo, conforme orientações apresentadas e lidas conjuntamente com o participante no TCLE.

5. RESULTADOS

5.1 Revisão integrativa

Para compreender as motivações e a prevalência da hesitação vacinal foi realizada revisão integrativa da literatura, combinando a análise de 35 estudos com diferentes metodologias e compondo os resultados, que se encontram reunidos na Tabela 3.

Em relação à variabilidade da amostra analisada, no que diz respeito ao ano de publicação, dos 35 trabalhos selecionados, 19 foram publicados entre 2010 e 2015, enquanto que 16, entre 2016 e 2020.

Já no que se refere à metodologia utilizada, grande parte da amostra foi composta por estudos do tipo transversal, representando 83% (29 de 35) dos trabalhos analisados. Os 17% (6 de 35) restantes são compostos por dois estudos de coorte, dois comentários, um editorial e uma revisão sistemática.

Quanto à origem das populações estudadas, infelizmente nenhum trabalho selecionado foi desenvolvido no Brasil, tampouco na América Latina. No entanto há representantes dos cinco continentes, divididos da seguinte forma: 43% (15 de 35) da Europa, 28% (10 de 35) da Ásia, 23% (8 de 35) da América, 3% (1 de 35) da África e 3% (1 de 35) da Oceania. Ressalta-se que, embora a Turquia seja um país transcontinental, nesta divisão ela foi considerada como um país asiático.

No que tange ao tamanho da amostra de profissionais de saúde, dentre os 35 trabalhos selecionados, foi alcançada uma população total de 74.009 indivíduos, sendo 19.081 profissionais de saúde da Europa, 5.197 da Ásia, 47.175 da América, 721 da África e 1.835 da Oceania.

Assim, embora a maioria dos estudos seja de origem europeia, 64% (47.175 de 74.009) da amostra correspondem a uma população norte-americana. Além disso, África e Oceania estão representadas apenas por um estudo em cada um dos continentes, o que pode limitar análises pela baixa população em relação às demais.

Tabela 3 - Descrição das referências selecionadas para revisão integrativa

	Autor	Ano	País	Tipo de estudo	N	Prevalência hesitação	Principais razões para hesitação (%)
01	KESKE, Ş. <i>et al.</i>	2020	Turquia	Transversal	888	213 (24%)	Ineficácia (39); não estar em grupo de risco (32); doença gripal apesar da vacina (23); efeitos adversos (18); não ser doença grave (6).
02	MAFFEO, M. <i>et al.</i>	2020	Itália	Transversal	6822	5594 (82%)	Não estar em grupo de risco (22); efeitos adversos (20); não ser doença grave (17); doença gripal apesar da vacina (10); ineficácia (9).
03	RABAAN, A.A. <i>et al.</i>	2020	Arábia Saudita	Transversal	633	199 (31%)	Ineficácia; desnecessária; não estar em grupo de risco; efeitos adversos; medo de agulhas; não ser doença grave; alergia.
04	WANG, K. <i>et al.</i>	2020	China	Transversal	806	446 (55%)	Estudou motivação para vacinação contra influenza após a pandemia de covid-19.
05	OKUHARA, T. <i>et al.</i>	2019	Japão	Transversal	-	-	Ineficácia; efeitos adversos.
06	SHARPE, A.R. <i>et al.</i>	2019	EUA	Coorte	765	600 (78%)	Efeitos adversos (39); crença religiosa (30); ineficácia (13); não representa risco para pacientes (8); medo de agulhas (4).
07	TRILLA, A.; ALDEA, M.	2019	Espanha	Editorial	2265	489 (21%)	Desnecessária; ineficácia; efeitos adversos; inconveniência.
08	ALABBAD, A. A. <i>et al.</i>	2018	Arábia Saudita	Transversal	100	13 (13%)	Ineficácia (33); não estar em grupo de risco (17); inconveniência (17%); razão médica (25).
09	ANTOMMARIA, A.H.; PROWS, C.A.	2018	EUA	Transversal	15260	12 (0,08%)	Receber a vacina torna o indivíduo impuro (75); vacinas contêm células de fetos abortados (17); inconveniência (50).
10	GRAMEGNA, A. <i>et al.</i>	2018	Itália	Transversal	144	65 (45%)	Falta de tempo (45); efeitos colaterais (22); não estar em grupo de risco (22); desnecessária (9).
11	HAGEMEISTER, M.H. <i>et al.</i>	2018	Alemanha	Transversal	677	311 (46%)	Ineficácia; desnecessária; efeitos adversos; não estar em grupo de risco; falta de tempo; doença gripal apesar da vacina; alergia.
12	PARMET, W.E.	2018	EUA	Comentário	-	-	Crença religiosa.
13	SURTEES, T.C. <i>et al.</i>	2018	Austrália	Transversal	1835	52 (3%)	Escolha pessoal (41); efeitos colaterais (23); razão médica (23); sem contato com pacientes (8), ineficácia (3); não estar em grupo de risco (3).
14	MCCARTNEY, M.	2017	Escócia	Comentário	-	-	Sem contato com pacientes; ineficácia; crença religiosa.
15	MOSER, A. <i>et al.</i>	2016	Suíça	Transversal	62	24 (39%)	Ineficácia; alergia à vacina; efeitos adversos; não estar em grupo de risco; falta de tempo; medo de agulhas; preferência pela prevenção com uso de máscaras quando estiver sintomático.
16	NUTMAN, A.; YOELI, N.	2016	Israel	Transversal	468	158 (34%)	Efeitos adversos (66); medo de agulhas (19); falta de tempo (16); razão médica (4).

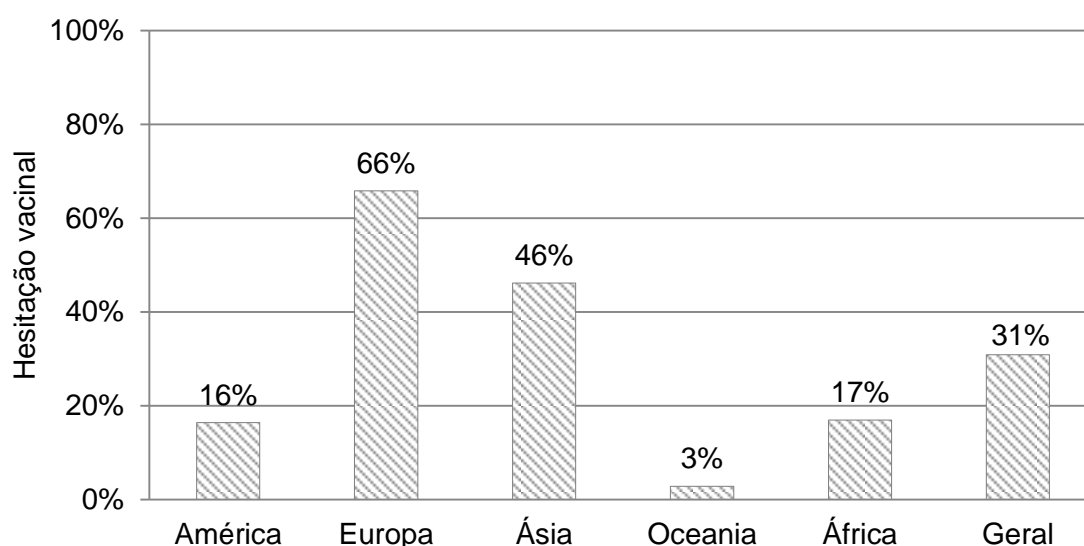
17	RYSER, A.J.; HEININGER, U.	2015	Suíça	Transversal	303	204 (67%)	Desnecessária (36); efeitos adversos (30); não estar em grupo de risco (29).
18	HEAD, S. <i>et al.</i>	2012	Reino Unido	Transversal	215	73 (34%)	Efeitos colaterais (40); não ser doença grave (38); ineficácia (37); razão médica (3); desnecessária (19); influenza prévia (10); inconveniência (7).
19	JOHANSEN, L.J. <i>et al.</i>	2012	EUA	Transversal	155	16 (10%)	Alergia (32); efeitos colaterais (28); escolha pessoal (11); desnecessária (7); inconveniência (7).
20	PREMATUNGE, C. <i>et al.</i>	2012	Canadá	Revisão sistemática	-	-	Falta de tempo; ineficácia; controvérsia midiática.
21	SCHULT, T.M. <i>et al.</i>	2012	EUA	Transversal	29834	6951 (23%)	Efeitos adversos; desnecessária; ineficácia; não estar em grupo de risco.
22	WICKER, S. <i>et al.</i>	2012	Alemanha	Transversal	212	145 (68%)	Medo dos adjuvantes (48); efeitos adversos (40); não estar em grupo de risco (31); não ser doença grave (17); ineficácia (11).
23	AZAP, A. <i>et al.</i>	2011	Arábia Saudita	Transversal	472	236 (50%)	Desnecessária (53); efeitos adversos (52); ineficácia (25); não estar em grupo de risco (16); não ser doença grave (15).
24	BRANDT, C. <i>et al.</i>	2011	Alemanha	Transversal	3900	2534 (65%)	Medo dos adjuvantes (34); não estar em grupo de risco (33); efeitos adversos (26); controvérsia midiática (15); não ser doença grave (13).
25	GAVAZZI, G. <i>et al.</i>	2011	França	Coorte	2485	1905 (77%)	Efeitos adversos; ineficácia; necessidade de reforço anual.
26	HAKIM, H. <i>et al.</i>	2011	EUA	Transversal	879	55 (6%)	Efeitos adversos; ineficácia; medo de agulhas; não estar em grupo de risco.
27	TAGAJDID, M.R. <i>et al.</i>	2011	Marrocos	Transversal	721	122 (17%)	Controvérsia midiática; efeitos adversos; não estar em grupo de risco; ineficácia; falta de tempo.
28	ZHANG, J. <i>et al.</i>	2011	Reino Unido	Transversal	522	334 (64%)	Efeitos adversos (63); desnecessária (46); ineficácia (35); falta de tempo (19); medo de agulhas (14); alergia (5); controvérsia midiática (2).
29	BARRIÈRE, J. <i>et al.</i>	2010	França	Transversal	506	246 (49%)	Efeitos adversos (43); ineficácia (26), razão médica (11).
30	MILLNER, V.S. <i>et al.</i>	2010	EUA	Transversal	282	104 (37%)	Medo de pegar gripe (57); ineficácia (16); não estar em grupo de risco (12).
31	RACHIOTIS, G. <i>et al.</i>	2010	Grécia	Transversal	441	366 (83%)	Efeitos adversos (43); não estar em grupo de risco (43); falta de tempo (3).
32	SAVAS, E.; TANRIVERDI, D.	2010	Turquia	Transversal	300	262 (87%)	Efeitos adversos; ineficácia; controvérsia midiática; medo de pegar gripe; recusa vacinal de autoridades em saúde.
33	TO, K.W. <i>et al.</i>	2010	China	Transversal	812	318 (39%)	Ineficácia; efeitos colaterais; não ser doença grave; não ser obrigatória.
34	TORUN, S.D.; TORUN, F.	2010	Turquia	Transversal	718	552 (77%)	Efeitos adversos (78); ineficácia (42); não ser doença grave (20); não estar em grupo de risco (16).
35	VÍRSEDA, S. <i>et al.</i>	2010	Espanha	Transversal	527	265 (50%)	Ineficácia; efeitos adversos; não estar em grupo de risco; falta de tempo; medo de pegar gripe.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que concerne à hesitação vacinal, observou-se que tal fenômeno esteve presente em 22.864 profissionais de saúde, dentre o total de 74.009, isto é, em 31% da amostra e, portanto, acima do valor máximo aceitável pela OMS de 20%, conforme meta de cobertura estabelecida em 80%.

Na Figura 2 foram elencadas as taxas de prevalência de hesitação vacinal encontradas nesta revisão integrativa, distribuídas entre os continentes. Ainda que seja uma análise limitada, pela ausência de randomização, é possível notar que a hesitação à vacina contra influenza é um fenômeno muito prevalente na Europa, conforme já demonstrado em revisão narrativa neste trabalho.

Figura 2 - Hesitação à vacina contra influenza na revisão realizada



Dentre as seis casuísticas com hesitação superior a 70%, três estão na Europa – Maffeo e colaboradores (2020), na Itália, com 82%; Gavazzi e colaboradores (2011), na França, com 77%; Rachiotis e colaboradores (2010), na Grécia, com 83% –, duas na Ásia – Savas e Tanriverdi (2010), na Turquia, com 87%; Torun e Torun (2010), também na Turquia, com 77% –, e uma na América – Sharpe e colaboradores (2019), nos EUA, com 78%.

Por outro lado, a meta de cobertura vacinal estabelecida no Brasil, de 90%, tolerando até o máximo de 10% de hesitação vacinal, foi alcançada apenas em 11% (4 de 35) dos trabalhos analisados, sendo por Antommara e Prows

(2018), nos EUA, com 0,08%; Surtees e colaboradores (2018), na Austrália, com 3%; Johansen e colaboradores (2012), nos EUA, com 10%; Hakim e colaboradores (2011), nos EUA, com 6%.

Já a meta de cobertura vacinal estabelecida pela OMS, de 80%, tolerando até o máximo de 20% de hesitação vacinal, foi alcançada em 17% (6 de 35) dos trabalhos analisados, sendo por Alabbad e colaboradores (2018), na Arábia Saudita, com 13%; Tagajdid e colaboradores (2011), no Marrocos, com 17%; além das outras quatro referências já citadas para a meta brasileira.

Por fim, no que se refere às motivações para hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde, os 35 estudos analisados, de certa forma, concordam com o modelo geral proposto pela OMS para explicar a hesitação vacinal, e as principais razões encontradas estão reunidas no Quadro 2, divididas entre os domínios de confiança, complacência e conveniência. Além disso, o domínio categorizado como “Outros” traz motivações que não se encaixam totalmente no modelo da OMS.

A hesitação vacinal motivada por crenças religiosas, por exemplo, foi estudada por Antommara e Prows (2018), nos EUA, após a implementação de uma política de vacinação mandatória para influenza em um hospital infantil em Ohio. Os autores revisaram os pedidos de liberação da vacinação por razão religiosa, que eram permitidos pelo programa local. A análise de conteúdo dos pedidos revelou que os hesitantes relatavam que receber a vacina os tornaria impuros, além de que vacina contra influenza continha células de fetos humanos abortados, o que impossibilitaria seu uso. Para atender às preocupações desses profissionais, os autores recomendaram parceria com líderes religiosos e a correção cuidadosa de informações equivocadas.

Cabe lembrar ainda que a meta de qualquer programa de vacinação não pode ser de 100%, uma vez que uma pequena parcela da população deve apresentar alguma razão médica que contraindique o imunizante. No caso da vacina contra influenza, idade inferior a seis meses ou história de anafilaxia a doses anteriores. Este motivo de hesitação – razão médica – foi observado por Alabbad e colaboradores (2018) na Arábia Saudita, Surtees e colaboradores (2018) na Austrália, Nutman e Yoeli (2016) em Israel, Head e colaboradores (2012) no Reino Unido e Barrière e colaboradores (2010) na França.

Quadro 2 – Descrição das principais razões para hesitação na revisão realizada

Confiança	Crença de que a vacina contra influenza seja ineficaz.
	Relato de que controvérsias midiáticas sobre o tema comprometem a confiança nas vacinas.
	Recusa vacinal de autoridades em saúde influenciando na hesitação da população geral.
	Receio de possíveis eventos adversos após a vacinação.
	Receio dos adjuvantes vacinais utilizados na vacina contra influenza.
	Receio de a vacina causar e/ou transmitir a influenza.
	Relato da ocorrência prévia de doença gripal leve, apesar do uso da vacina, evidenciando suposta ineficácia vacinal.
Complacência	Crença de que a vacina seja desnecessária.
	Autopercepção isenta de risco para influenza por se considerar uma pessoa jovem.
	Autopercepção isenta de risco para influenza por se considerar uma pessoa saudável.
	Crença de que profissionais de saúde que não têm contato direto com pacientes estão isentos do uso da vacina contra influenza.
	Crença de que a influenza não seja uma doença grave e, por isso a vacina seria dispensável.
	Relato de imunidade conferida por episódio prévio de influenza, tornando o uso atual da vacina desnecessário.
	Crença de que a hesitação à vacina contra influenza não representa risco aos pacientes internados.
Conveniência	Relato de que a vacina seja inconveniente pelo tempo dispendido com a vacinação.
	Relato de que a vacina seja inconveniente pelo incômodo e/ou dor secundários à aplicação da vacina.
	Relato de falta de tempo para se vacinar.
	Relato de incômodo com a necessidade de realizar reforço anual.
Outros	Escolha pessoal em não se vacinar, sem maiores detalhamentos.
	Relato de crenças religiosas que impedem o uso de vacinas.
	Relato de que a vacina não é obrigatória.
	Relato de razões médicas que contraindiquem a vacina contra influenza.
	Relato de preferência pela prevenção com uso de máscaras em detrimento do uso da vacina contra influenza.
	Relato de medo de agulhas.

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2 Programa nacional de imunizações

Já no Brasil, as campanhas de vacinação contra influenza vêm mantendo bom desempenho ao longo dos anos, o que possibilitou o avanço nas metas de cobertura estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de 70% da população-alvo desde 1999, para 80% em 2008 e para 90% a partir de 2017 (BRASIL, 2021).

A vacina contra a influenza está amplamente distribuída no país e disponível gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS) para todas as populações-alvo da campanha (BRASIL, 2018).

Trata-se de uma suspensão trivalente inativada, portanto incapaz de causar a doença, que contém os antígenos fragmentados e purificados de duas cepas de influenza A e uma cepa de influenza B, escolhidas conforme os dados de circulação viral no mundo. Em 2021, no hemisfério sul, foram utilizadas as cepas A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09, A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2) e B/Washington/02/2019 (linhagem B/Victoria) (BRASIL, 2021).

Este imunizante tem excelente perfil de segurança, sendo a dor local o evento adverso mais comum, ocorrendo em até 20% dos vacinados, com caráter benigno e autolimitado. Manifestações sistêmicas como febre, mal-estar e mialgia são notificadas em menos de 10% dos vacinados e, da mesma forma, têm caráter benigno e autolimitado em até 48 horas. Já manifestações graves, como reações anafiláticas e neurológicas, são extremamente raras e sua prevalência é muito menor que o risco de complicações da influenza, que podem ser prevenidas pela vacinação (BRASIL, 2021).

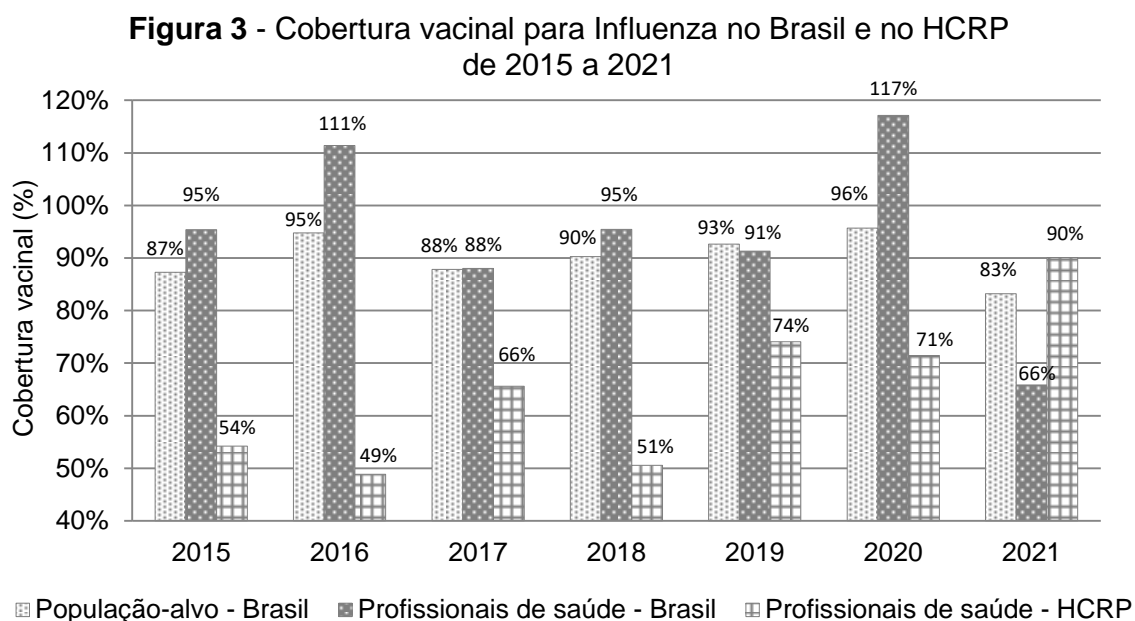
Tanto aqui, como em muitos outros países do mundo, a vacinação anual contra influenza é recomendada para algumas populações específicas, como idosos, imunocomprometidos, crianças e gestantes, tendo como propósito reduzir os riscos de doença grave, internações, complicações e morte (KFOURI; RICHTMANN, 2013; BRASIL, 2018).

Os profissionais de saúde também representam um importante grupo prioritário para a vacinação contra influenza, já que pelo risco aumentado de exposição a patógenos respiratórios, esses indivíduos podem não apenas adquirir, mas também transmitir e disseminar a infecção para pacientes vulneráveis (NUTMAN; YOELI, 2016; DINI *et al*, 2018).

As taxas de cobertura vacinal para influenza entre as populações-alvo brasileiras e a população de profissionais de saúde no Brasil e no HCRP, no período de 2015 a 2021, encontram-se reunidas na Figura 3.

Vale salientar que os dados nacionais para a campanha do ano de 2021 foram coletados ainda em fase de consolidação e consta neste trabalho a atualização realizada no Painel Influenza 2021 - Ministério da Saúde, disponível em meio eletrônico (https://qsprod.saude.gov.br/extensions/Influenza_2021/Influenza_2021.html), na data de 31 de outubro de 2021, às 13h.

Observa-se que a meta de cobertura de 80% estabelecida pela OMS sempre foi alcançada pela população-alvo no Brasil durante todo o período analisado. Da mesma forma, o segmento de profissionais de saúde do Brasil também atingiu essa meta no período, exceto na campanha de 2021, quando obteve cobertura vacinal de apenas 66%.



Já a meta de cobertura nacional – de 90% – não foi obtida pela população-alvo brasileira nos anos de 2015 (87%), 2017 (88%) e 2021 (83%), enquanto que os profissionais de saúde do Brasil não atingiram essa meta apenas em 2017 (88%) e 2021 (66%).

De modo geral as taxas de cobertura vacinal são elevadas, bem como o total de doses administradas nos últimos anos, que vem crescendo progressivamente para acompanhar a política de ampliação das populações-alvo da vacinação. O número de doses aplicadas quase triplicou nos últimos 10 anos, partindo de cerca de 25 milhões em 2011 para ao redor de 73 milhões de doses em 2020 (BRASIL, 2021).

Em 2020, com o advento da pandemia de covid-19, a campanha de vacinação contra a influenza ocorreu em três fases, sendo distribuídas 79.976.600 doses e administradas 73.671.762 doses, isto é, cerca de 92% do total. Além disso, a campanha precisou ser prorrogada por até três meses, como no caso de São Paulo, visto que a taxa de cobertura para alguns grupos prioritários ainda era insatisfatória.

Em 2021, ainda sob forte influência da pandemia de covid-19, com realização simultânea de campanha vacinal para esta doença, a campanha de vacinação contra a influenza também foi prorrogada nacionalmente, tendo se findado oficialmente em 31 de agosto de 2021.

Em relação aos profissionais de saúde no ano de 2020, a meta nacional de 90% foi alcançada em todas as Unidades Federadas. A cobertura vacinal foi em média 117%, com variações de 129% em Minas Gerais a 99% em Roraima.

Já no ano de 2021, a meta nacional de 90% foi alcançada apenas em Amapá (116%); e a meta da OMS de 80%, em Alagoas (85%) e Amazonas (83%). A cobertura vacinal foi em média 66%, com variações de 116% no Amapá e 36% no Acre.

Comparativamente com 2019, cuja taxa de cobertura para profissionais de saúde foi de 91%, em 2020 houve aumento para 117%, concomitantemente com o advento da pandemia de covid-19 e, após, queda expressiva em 2021, para 66%, associado à campanha de vacinação sincrônica contra a covid-19.

Ressalta-se, entretanto, que coberturas vacinais maiores que 100%, como ocorreu entre os profissionais de saúde brasileiros em 2016 (111%) e 2020 (117%), podem estar relacionadas com diversas situações, como estimativas equivocadas nos dados populacionais e sobreposição da população em diferentes categorias, não refletindo, necessariamente, aumento real de cobertura vacinal.

5.3 Campanha institucional de imunização do HCRP

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP), com seus 180 mil m², encontra-se na porção nordeste de São Paulo, a cerca de 300 km da capital do estado.

Foi oficialmente instituído como autarquia pública estadual no final de 1955, iniciando suas atividades no ano seguinte. Vinculado ao SUS, é referência para cerca de quatro milhões de pessoas de todo o Brasil, sobretudo para os paulistas.

Com a missão de desenvolver assistência, ensino e pesquisa, o HCRP vem protagonizando momentos marcantes da medicina brasileira, como o primeiro transplante renal com doador cadáver da América Latina, em 1968; o primeiro transplante no mundo de células-tronco hematopoiéticas para tratamento de diabetes mellitus do tipo 1, em 2004; a primeira separação de gêmeas siamesas unidas pelo crânio e parte do cérebro no Brasil, em 2018.

O Complexo do HCRP conta com várias unidades na região de Ribeirão Preto, sendo incluídas para análise neste trabalho apenas a Unidade do *Campus* e a Unidade de Emergência, que juntas somam pouco mais de 900 leitos, quase 300 consultórios e cerca de 30 salas cirúrgicas disponíveis para assistência em diversas áreas médicas.

Este atendimento de excelência é realizado por diversos colaboradores, equipes multiprofissionais e aprimorandos, nas Unidades citadas, totalizando números que variam ao longo do período analisado, mas representando cerca de 6.000 a 6.400 de colaboradores e de 800 a 1.100 residentes multiprofissionais e aprimorandos.

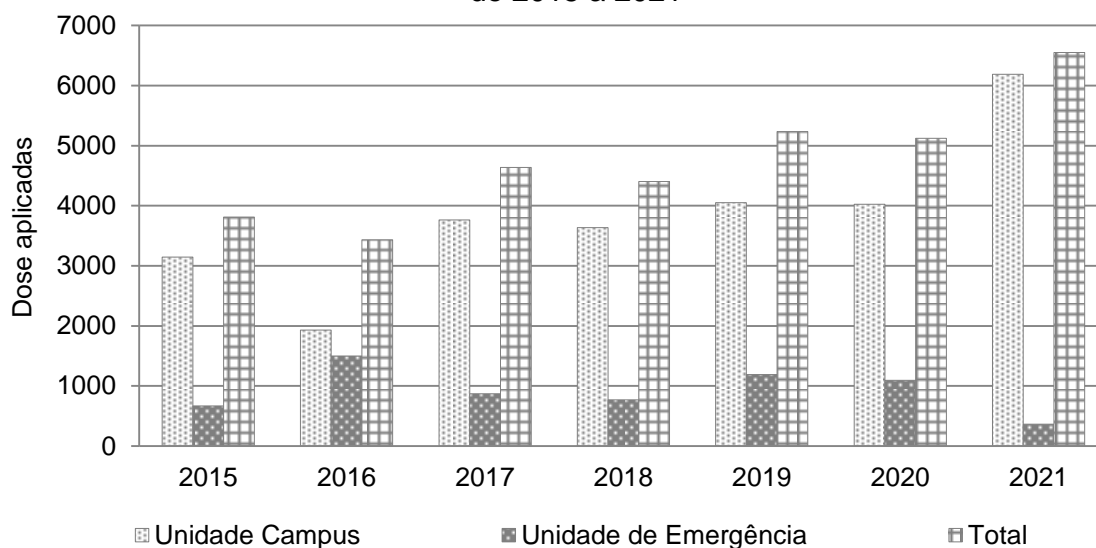
A vacinação contra influenza acontece no HCRP como esforço conjunto de toda a instituição, sobretudo do SCIH, CIA, Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, Gerência Geral do Ambulatório, Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Divisão de Enfermagem e Assessoria Técnica.

Em geral as campanhas institucionais de vacinação ocorrem simultaneamente na Unidade do *Campus* e na Unidade de Emergência, atualmente tendo como foco inicial vacinar os profissionais que estejam atuando

nos ambulatórios; após, a abordagem ocorre diretamente nas portarias principais das Unidades e, por fim, há uma fase itinerante nos diversos setores do hospital.

Os dados de cobertura vacinal dos profissionais de saúde do HCRP encontram-se reunidos na Figura 3. Já os dados de alcance vacinal pelas doses administradas na Unidade do *Campus* e na Unidade de Emergência, na Figura 4.

Figura 4 - Alcance vacinal, por doses aplicadas, no HCRP de 2015 a 2021



Especialmente nos anos de 2020 e 2021, devido à pandemia de covid-19, as vacinas contra influenza foram realizadas em vários pontos das Unidades analisadas, para evitar aglomeração e diminuir o risco de contato entre os profissionais. Além disso, em 2021 foi adotada uma estratégia de agendamento eletrônico com horários pré-definidos para a vacinação contra a covid-19 e contra a influenza, evitando-se assim filas de profissionais de saúde.

Em relação à cobertura vacinal para influenza, nota-se taxa inferior ao que ocorre no país durante todo o período analisado, exceto no ano de 2021, quando a cobertura entre os profissionais de saúde do HCRP foi de 90%, enquanto que a nível nacional, 66%. As taxas mais baixas de cobertura foram registradas no HCRP nos anos de 2016, 2018 e 2015, com 49%, 51% e 54%, respectivamente.

Já as metas de cobertura, de 80% da OMS e de 90% do Ministério da Saúde, foram alcançadas apenas no ano de 2021, quando 90% dos profissionais de saúde do HCRP foram imunizados contra influenza. Nos seis anos anteriores as campanhas institucionais tiveram taxa média de cobertura de apenas 61%.

No que diz respeito ao alcance vacinal, observa-se tendência de aumento de cerca de 70% nas doses aplicadas no período, comparando-se o total de aplicações de 2015 com 2021.

Em 2019 foram administradas 5.235 doses de vacina contra influenza. Já em 2020 houve discreta queda, sendo utilizadas 5.130 doses. Chama atenção, no entanto, que no ano de 2020 44,8% das doses foram administradas no primeiro dia da Campanha Institucional, em 23 de março. Vale lembrar que na ocasião o Brasil já entrava na primeira onda da pandemia de covid-19, contabilizando cerca de 2.000 casos confirmados e 34 óbitos causados pela nova infecção.

5.4 Entrevistas estruturadas no HCRP

Devido à pandemia de covid-19 a realização das entrevistas foi suspensa precocemente, ainda em fase de aprimoramento, pelo risco de aumentar a disseminação da doença em nosso serviço. Assim, os resultados apresentados se fundamentam em apenas 37 entrevistas, cujos dados, ainda que limitados, foram analisados conforme metodologia proposta e encontram-se reunidos nas Tabelas 4, 5, 6, 7 e 8.

Os dados provenientes das variáveis quantitativas contínuas e qualitativas nominais foram agrupados na Tabela 4. Nota-se grande maioria de profissionais jovens e do sexo feminino. Quase a totalidade das entrevistas foi realizada com técnicos de enfermagem (17 de 37 profissionais), mas também enfermeiros (7 de 37), médicos (5 de 37), escriturários (5 de 37), vigilante (1 de 37), nutricionista (1 de 37) e assistente social (1 de 37). De todos, apenas os escriturários e os vigilantes não têm contato direto com os pacientes.

Já no que diz respeito aos dados de entendimento desses profissionais acerca do potencial preventivo da vacina contra influenza, a prevalência e os riscos relativos à hesitação vacinal, além de atitudes em relação a uma política obrigatória de vacinação encontram-se reunidos na Tabela 5.

Tabela 4 – Características da população (N=37)

Característica	n (%)
Sexo	
Feminino	33 (89%)
Masculino	4 (11%)
Idade	
18-39 anos	21 (57%)
40-65 anos	15 (40%)
> 65 anos	1 (3%)
Profissão	
Técnicos de enfermagem	17 (46%)
Enfermeiros	7 (19%)
Médicos	5 (13%)
Outros	8 (22%)
Contato direto com pacientes?	
Sim	31 (84%)
Não	6 (16%)

Fonte: Elaborado pelo autor

Quase todos os participantes concordaram que a influenza é uma infecção que pode acometer qualquer pessoa em qualquer idade, que pode ter complicações graves, e que a melhor forma de prevenção é a vacinação, cujos possíveis efeitos adversos não são piores do que a doença propriamente dita e que a vacina não causa gripe, demonstrando bom conhecimento a respeito do tema. No entanto, mais de um terço dos entrevistados (38%) discorda que, como profissionais de saúde, eles têm risco aumentado de infecção por influenza. Esse resultado está de acordo com o que foi observado na revisão integrativa realizada, em que profissionais tinham a falsa ideia de não pertencerem a grupo de risco por serem jovens ou se autoavaliarem como saudáveis.

Todos os participantes acreditam ser importante vacinar seus pacientes e familiares e demonstraram boa compreensão de que, caso fiquem doentes, podem infectar pessoas próximas. Em relação à necessidade de vacinação para pessoas que já tiveram gripe, quase um terço dos entrevistados (32%) acredita ser dispensável, número que pode estar superdimensionado pela confusão em negar uma pergunta negativa.

Já no que diz respeito à hesitação vacinal nota-se que durante as Campanhas de 2018 e 2019, analisadas nas entrevistas, a taxa geral de cobertura para influenza foi de 86% e 84%, respectivamente. O melhor resultado

foi dentre os enfermeiros na Campanha de 2018, com cobertura de 100%. Já o grupo composto por escriturários, vigilante, assistente social e nutricionista foi o de pior desempenho, com cobertura de 62% em 2018 e 75% em 2019. Todos os outros grupos atingiram a meta da OMS de pelo menos 80% de cobertura em ambas as campanhas. Já a meta de 90% do Ministério da Saúde foi alcançada apenas na Campanha de 2018 pelos enfermeiros e pelos técnicos de enfermagem, com cobertura de 100% e 94%, respectivamente.

Os dados referentes aos motivos alegados para a hesitação vacinal na Campanha de 2019 encontram-se reunidos na Tabela 6 e cujas porcentagens excedem o valor de 100% já que alguns profissionais apresentaram mais de uma resposta.

Em consonância com os resultados encontrados na revisão integrativa, aqui os entrevistados declararam falta de tempo e a crença de não se enquadrarem em grupo de risco para influenza, embora sejam todos profissionais de saúde.

Além disso, os entrevistados alegaram doença febril concomitante com a época da Campanha e também a falta do cartão de vacina, embora o evento perdure em média por cerca de duas semanas no HCRP e exija apenas o crachá pessoal de identificação para aplicação da vacina.

Os dados referentes às atitudes dos profissionais em relação a uma política de vacinação obrigatória para influenza encontram-se reunidos na Tabela 7, cujas porcentagens excedem o valor de 100% já que alguns profissionais também apresentaram mais de uma resposta.

A maioria dos entrevistados foi contrária (21 de 37) a uma política de vacinação obrigatória. Dentre as razões apontadas estão: a necessidade de conscientização individual (43%), perda de autonomia (43%), necessidade de ações informativas sobre a importância da vacina antes de torná-la obrigatória (24%) e risco de efeitos adversos inerentes à vacinação (14%).

Também foram apresentadas justificativas menos esperadas, como a disponibilização da vacina (5%), que no Brasil já se encontra amplamente distribuída de modo gratuito, e ainda o receio de que uma campanha obrigatória pudesse ser parte de teoria conspiratória para reduzir a população (5%).

Tabela 5 – Conhecimentos da população quanto à influenza (N=37)

	Todos	Técnicos de enfermagem	Enfermeiros	Médicos	Outros
A influenza pode afetar qualquer pessoa em qualquer idade?					
Sim, n (%)	37 (100)	17 (100)	7 (100)	5 (100)	8 (100)
Não, n (%)	0	0	0	0	0
A influenza pode ter complicações graves, como a morte?					
Sim, n (%)	35 (94,6)	16 (94,1)	6 (85,7)	5 (100)	8 (100)
Não, n (%)	2 (5,4)	1 (5,9)	1 (14,3)	0	0
Os profissionais de saúde têm mais risco de contrair influenza pelo seu trabalho?					
Sim, n (%)	23 (62,2)	8 (47,1)	5 (71,4)	5 (100)	5 (62,5)
Não, n (%)	14 (37,8)	9 (52,9)	2 (28,6)	0	3 (37,5)
A melhor forma de prevenir a influenza é a vacinação?					
Sim, n (%)	34 (91,9)	17 (100)	6 (85,7)	4 (80)	7 (87,5)
Não, n (%)	3 (8,1)	0	1 (14,3)	1 (20)	1 (12,5)
Os efeitos colaterais da vacina podem ser mais severos que a gripe?					
Sim, n (%)	3 (8,1)	3 (17,6)	0	0	0
Não, n (%)	34 (91,9)	14 (82,4)	7 (100)	5 (100)	8 (100)
A vacina pode causar gripe?					
Sim, n (%)	7 (18,9)	4 (23,5)	0	0	3 (37,5)
Não, n (%)	30 (81,1)	13 (76,5)	7 (100)	5 (100)	5 (62,5)
Pessoas que já tiveram gripe não precisam ser vacinadas?					
Sim, n (%)	12 (32,4)	5 (29,4)	3 (42,9)	0	4 (50)
Não, n (%)	25 (67,6)	12 (70,6)	4 (57,1)	5 (100)	4 (50)
Se eu pegar gripe eu posso infectar minha família?					
Sim, n (%)	37 (100)	17 (100)	7 (100)	5 (100)	8 (100)
Não, n (%)	0	0	0	0	0
Se eu pegar gripe eu posso infectar meus pacientes?					
Sim, n (%)	35 (94,6)	17 (100)	7 (100)	5 (100)	6 (75)
Não, n (%)	2 (5,4)	0	0	0	2 (25)
Você acredita ser importante vacinar sua família contra gripe?					
Sim, n (%)	37 (100)	17 (100)	7 (100)	5 (100)	8 (100)
Não, n (%)	0	0	0	0	0
Você acredita ser importante vacinar os pacientes que você cuida?					
Sim, n (%)	37 (100)	17 (100)	7 (100)	5 (100)	8 (100)
Não, n (%)	0	0	0	0	0
Você recebeu a vacina contra influenza na campanha de 2018?					
Sim, n (%)	32 (86,5)	16 (94,1)	7 (100)	4 (80)	5 (62,5)
Não, n (%)	5 (13,5)	1 (5,9)	0	1 (20)	3 (37,5)
Você recebeu a vacina contra influenza na campanha de 2019?					
Sim, n (%)	31 (83,8)	15 (88,2)	6 (85,7)	4 (80)	6 (75)
Não, n (%)	6 (16,2)	2 (11,8)	1 (14,3)	1 (20)	2 (25)
Você é a favor de vacinação obrigatória para profissionais de saúde?					
Sim, n (%)	16 (43,2)	5 (29,4)	4 (57,1)	3 (60)	4 (50)
Não, n (%)	21 (56,8)	12 (70,6)	3 (42,9)	2 (40)	4 (50)
Você tem alguma sugestão para melhorar a cobertura vacinal entre profissionais do HCRP?					
Sim, n (%)	24 (64,9)	12 (70,6)	5 (71,4)	4 (80)	3 (37,5)
Não, n (%)	13 (35,1)	5 (29,4)	2 (28,6)	1 (20)	5 (62,5)

Fonte: Elaborado pelo autor

Já os profissionais favoráveis (16 de 37) a uma política obrigatória citaram principalmente o potencial preventivo da vacina (81%) e o efeito de proteção indireta àqueles que não podem ser vacinados (25%). Além disso, foi salientada a gravidade da influenza (6%), a possibilidade de a obrigatoriedade incentivar o autocuidado em saúde (6%) e ainda a chance de evitar que o medo de efeitos adversos equivocados impeça a vacinação (6%).

Tabela 6 – Motivos para hesitação (N=6)

Tema	n (%)
Falta de tempo	
“porque perdi o prazo”	3 (50%)
“por falta de tempo”	1 (17%)
Doença febril concomitante	
“porque tive dengue na época”	1 (17%)
“estava resfriada”	1 (17%)
Não estar em grupo de risco	
“não tinha idade suficiente”	1 (17%)
Outros	
“estava sem o cartão de vacina”	1 (17%)

Fonte: Elaborado pelo autor

Os dados relativos a possíveis melhorias para aumentar a cobertura vacinal no HCRP encontram-se reunidos na Tabela 8, cujas porcentagens excedem o valor de 100% já que alguns profissionais apresentaram mais de uma resposta.

Grande parte dos entrevistados citou a divulgação da campanha (19%) como ponto chave, inclusive reforçando a positividade dos avisos exibidos nas catracas do hospital (5%). Além disso, foi proposta flexibilização no local (19%) e nos horários (5%) de aplicação da vacina. Promover ações informativas sobre a importância da vacina (14%), ampliar a publicação dos dados das últimas campanhas (3%) e escalar profissionais experientes para aplicação das vacinas (5%) também foram questões mencionadas.

Cerca de um terço dos entrevistados declarou não ter sugestões, seja por já considerar a campanha adequada (11%), por não ter acompanhado a última campanha (11%), ou simplesmente não apresentou sugestões (11%).

Foi proposta a possibilidade de encaminhar relatório dos profissionais que ainda não se vacinaram para sua chefia imediata, para que fosse realizado

estímulo para vacinação (3%), medida que se não for cautelosa, poderia incorrer no espectro do assédio moral.

Tabela 7 – Atitudes em relação a uma política de vacinação obrigatória (N=37)

Contrários (N=21)	n (%)
Consciência pessoal	
“depende muito da consciência de cada um”	9 (43%)
Perda de autonomia	
“porque aí tira o livre arbítrio de cada um”	7 (34%)
“cada um tem que ter responsabilidade de si”	2 (9%)
Informação	
“tem que ter mais orientação da importância para a pessoa decidir”	5 (24%)
Efeitos adversos	
“a vacina pode ter reação, aí a pessoa seria obrigada a tomar e passar mal”	3 (14%)
Outros	
“obrigar não, mas deve-se disponibilizar a vacina para todos”	1 (5%)
“será que não seria uma medida para reduzir a população? conspiração?”	1 (5%)
Favoráveis (N=16)	n (%)
Prevenção	
“para prevenção de todos”	11 (69%)
“benefício social de controle das doenças”	1 (6%)
“reduzir o número de surtos nos hospitais”	1 (6%)
Imunidade de rebanho	
“proteger pacientes imunossuprimidos que não podem tomar a vacina”	4 (25%)
Outros	
“a influenza é uma doença que pode matar”	1 (6%)
“incentivaria o profissional a cuidar da própria saúde”	1 (6%)
“evitar que alguém não tome a vacina por medo de pegar gripe”	1 (6%)

Fonte: Elaborado pelo autor

A sugestão de parceria do SCIH com a Medicina do Trabalho para aumentar a adesão (3%) esbarra no fato da campanha ser um evento institucional, do qual já participam todos os setores.

Novamente foi citada de maneira equivocada a necessidade de portar a carteira de vacina para participar da campanha (3%), demonstrando desconhecimento dos entrevistados a respeito das normas da campanha.

Conforme objetivo secundário deste trabalho, ainda em janeiro de 2020, os dados preliminares das entrevistas foram compilados e encaminhados sob o formato de Carta (Apêndice 3) para a Comissão Organizadora da Campanha de Vacinação Contra a Influenza de 2020 do HCRP, apontando medidas sugeridas

pelos próprios profissionais do serviço para melhorar a cobertura vacinal na Campanha daquele ano.

Tabela 8 – Sugestões para melhorar a cobertura vacinal no HCRP (N=37)

Tema	n (%)
Divulgação	
“melhorar a divulgação da campanha”	7 (19%)
“reforçar avisos na catraca e no crachá”	2 (5%)
Flexibilização de local	
“se a equipe viesse até o nosso setor aumentaria a adesão”	6 (16%)
“abordar os profissionais no ambulatório”	1 (3%)
Informação	
“explicar a importância da vacina”	5 (14%)
“divulgar os dados da última campanha”	1 (3%)
Flexibilização de horários	
“ampliar os horários para vacinação”	2 (5%)
Aplicadores experientes	
“algumas pessoas são brutas na hora de aplicar a vacina, causando dor”	2 (5%)
Sem sugestões	
“acho que assim já está bom”	4 (11%)
“não sei, porque não participei da última campanha daqui”	4 (11%)
“não tenho sugestões”	4 (11%)
Outros	
“a adesão seria maior se o SCIH fizesse parceria com a medicina do trabalho”	1 (3%)
“enviar relatório de quem não vacinou para as chefias estimularem”	1 (3%)
“não exigir o cartão de vacina”	1 (3%)

Fonte: Elaborado pelo autor

Contudo, como a suspensão das entrevistas ocorreu precocemente, em março de 2020, na tentativa de obter mais dados para analisar o fenômeno de hesitação à vacina contra influenza no HCRP, optou-se por retomar a realização de novas entrevistas com profissionais da saúde em 2021.

Como neste ano a campanha de vacinação contra influenza foi organizada por meio de agendamento eletrônico, tal qual a campanha de vacinação contra a covid-19, o CIA realizou ao final da campanha uma lista com pouco mais de setecentos profissionais de saúde do HCRP que poderiam ter se vacinado contra a influenza, mas que supostamente não o fizeram.

Assim, para dirigir as entrevistas aos profissionais supostamente hesitantes, realizou-se busca aleatória de dez profissionais que constavam nessa

lista dos dissidentes, gentilmente cedida pelo CIA, conforme detalhado na Tabela 9.

Tabela 9 – Tentativa de entrevistas com supostos hesitantes em 2021

Profissional	Área de trabalho	Recebeu a vacina em outro serviço?
KDC	Médica contratada	Sim
YMO	Médico residente	Sim
MEMS	Técnica de enfermagem	Sim
WAM	Técnico de enfermagem	Sim
AAMSN	Técnica de enfermagem	Sim
JMPN	Enfermeiro	Sim
LHOP	Técnica de enfermagem	Sim
BCASF	Técnica de enfermagem	Sim
JMA	Técnica de enfermagem	Sim

Fonte: Elaborado pelo autor

No entanto, observou-se que todos os profissionais contatados relatavam ter recebido a vacina contra a influenza em outros serviços de saúde. Por conta disso, as entrevistas não puderam ser concluídas, denotando-se que, talvez, a cobertura vacinal para influenza no HCRP possa estar subestimada no período analisado.

6. DISCUSSÃO

O complexo fenômeno de hesitação vacinal torna-se novamente uma grande preocupação de autoridades em saúde no mundo todo devido ao surgimento da pandemia causada pela covid-19, que impõe medidas de isolamento social e interrupção temporária de serviços de saúde considerados não essenciais (HARRISON; WU, 2020).

A hesitação vacinal é uma manifestação determinada por múltiplos fatores e que varia ao longo do tempo, localização e tipo de vacina, estando principalmente relacionada com os temas complacência, confiança e conveniência, conforme modelo proposto pela OMS em 2011 (SATO, 2018).

A complacência refere-se à crença de que a vacinação não é considerada uma ação preventiva necessária pela baixa percepção de risco em contrair doenças. Já a confiança trata da crença sobre eficácia e segurança das vacinas, dos serviços de saúde onde são fornecidas e das equipes que as recomendam. Por fim, a conveniência é sobre a disponibilidade física da vacina, acessibilidade geográfica, financeira e de informação (MACDONALD; SAGE, 2015).

Em 2020, possivelmente pela pandemia de covid-19, um declínio na cobertura vacinal foi observado em países da Europa e nos EUA para vacinas contra o sarampo, por exemplo. Esta redução na taxa de vacinação é problemática porque expõe a população a possíveis surtos de doenças potencialmente evitáveis pela imunização em massa, como é o caso da influenza (MCDONALD *et al*, 2020; SANTOLI *et al*, 2020).

Tal preocupação torna-se ainda maior quando se observam dados preexistentes à pandemia de covid-19 que já indicavam grande hesitação à vacina contra influenza entre profissionais de saúde, como demonstrado por Torun e Torun (2010), na Turquia, com 87%, Ryser e Heininger (2015), na Suíça, com 67% e por Sharpe e colaboradores (2019), nos EUA, com 78%.

No Brasil, ainda que a legislação vigente instaure a vacinação, de modo geral, como obrigatória em todo o território nacional, não existem meios reais para aplicar esta política e a aceitação das vacinas ainda é insatisfatória (BRASIL, 1976; BRASIL, 2018).

A Revolta da Vacina, por exemplo, foi uma rebelião popular brasileira ocorrida em 1904 que se opunha à campanha de vacinação obrigatória contra a varíola. Desde então, ainda temos poucos estudos sobre hesitação vacinal no país, embora já existam relatos de surtos de sarampo em Pernambuco e Ceará, além de queda importante na taxa de imunização com a vacina pentavalente em 2020 (SATO, 2018; SUCCI, 2018; SATO, 2020).

No início da pandemia de covid-19 no Brasil, em 2020, a orientação de procurar serviços de saúde apenas em casos de emergência favoreceu o absentismo para recebimento de vacina de influenza entre alguns grupos prioritários no país, o que motivou a prorrogação da Campanha Nacional por até três meses, como ocorreu em São Paulo.

Da mesma forma, em 2021, a campanha foi estendida oficialmente até o fim de agosto em todo o país. No entanto, os dados nacionais relativos à cobertura vacinal foram insatisfatórios, particularmente para a população de profissionais de saúde, já que a taxa de cobertura registrada com dados consolidados até o fim de outubro de 2021, foi de 66%, muito aquém das metas propostas pela OMS e Ministério da Saúde e também do que vinha sendo observado em anos anteriores.

Tal redução observada pode estar relacionada com o fato de as campanhas de vacinação contra influenza e covid-19 terem acontecido de forma simultânea, além da exigência, na época, de um intervalo mínimo de 14 dias entre os imunizantes. Nesse cenário, provavelmente os profissionais de saúde priorizaram a vacina contra a covid-19 e, após postergar a vacina contra influenza, podem ter deixado de se vacinar por motivos diversos.

Comparativamente entre os anos de 2019 e 2020, foi observado discreto aumento na cobertura vacinal para influenza de 92,64% para 95,69% dentre a população-alvo do Brasil e um aumento mais expressivo entre profissionais de saúde, com um aumento de 91,25% para 117,12% no mesmo período.

Vale lembrar que naquela ocasião apenas a campanha contra influenza ocorreu, visto que as vacinas contra covid-19 ainda não estavam disponíveis para uso.

Ressalta-se, ainda, que coberturas vacinais maiores que 100%, como ocorreu entre os profissionais de saúde brasileiros em 2016 (111%) e 2020

(117%), podem estar relacionadas com subestimação no denominador, isto é, estimativas equivocadas nos dados populacionais, gerando taxas superdimensionadas.

Além disso, existe a possibilidade de sobreposição da população em diferentes categorias de modo simultâneo, alterando da mesma forma o valor dos denominadores. Ou ainda, o registro de vacinas realizadas em estudantes da área de saúde na categoria de profissionais de saúde, o que faz aumentar o numerador, sem aumentar o denominador, gerando coberturas vacinais superestimadas.

Já no HCRP, nota-se que a taxa de vacinação entre profissionais de saúde varia ao longo do tempo, ocorrendo elevação da cobertura, particularmente nas últimas três campanhas, com taxas sempre acima de 70%, sendo 74% em 2019, 71% em 2020 e 90% em 2021, sendo esta última a melhor campanha em termos de cobertura, no período analisado.

Contudo, as metas propostas pela OMS e pelo Ministério da Saúde apenas foram alcançadas na campanha de 2021. Nos seis anos anteriores, as campanhas institucionais tiveram taxa média de cobertura de apenas 61%.

Interessante salientar que as abordagens utilizadas nas campanhas foram se modificando durante o período analisado, observando-se melhora de cobertura dos profissionais do HCRP a partir de 2019, exatamente quando foi incorporada a estratégia de realizar busca ativa e itinerante de profissionais hesitantes nos diversos setores do hospital.

Inclusive essa foi uma das medidas sugeridas e elogiadas pelos profissionais de saúde do HCRP para melhorar a cobertura vacinal na Campanha de 2020, conforme dados das entrevistas realizadas neste estudo e encaminhadas para a Comissão Organizadora da Campanha em formato de carta (Apêndice 3), atendendo a objetivo secundário deste trabalho.

Por outro lado, vale lembrar que muitos servidores do HCRP também trabalham em outras instituições de saúde que promovem campanhas próprias de vacinação. E como não há cruzamento de dados entre as instituições, o número de profissionais imunizados pode ter sido subestimado no HCRP no período estudado, o que pode limitar essa análise.

Esta especulação encontra respaldo em documentos disponibilizados pelo CIA sobre a campanha de 2021, a qual foi organizada por meio de agendamento eletrônico. Ao final do evento, foi gerada uma lista com os nomes dos profissionais que poderiam ter se vacinado no HCRP, mas que não o fizeram.

Então, na tentativa de retomar as entrevistas com profissionais hesitantes, realizou-se busca aleatória de dez profissionais que constavam nessa lista dos dissidentes. No entanto, ao serem contatados, todos relatavam ter recebido a vacina contra influenza em outros serviços de saúde.

O bom desempenho geral do programa de imunização brasileiro, em relação aos países estudados na revisão integrativa desta dissertação, favorece proteção adequada em nossa população, já que para reduzir a prevalência e a incidência de doenças, os programas de imunização dependem de adesão significativa. Assim, muitas vezes garante-se não só proteção direta para os indivíduos vacinados, mas também proteção indireta para a comunidade em geral (DUBÉ *et al*, 2015).

No entanto, este conceito – *imunidade de rebanho* – se aplica apenas parcialmente à influenza, visto a alta taxa de mutação genética do vírus e também por se tratar de uma zoonose, isto é, mesmo as pessoas com infecções prévias continuam suscetíveis a novos subtipos virais e, além disso, o vírus continua circulando entre aves, suínos e outros animais. De qualquer forma, quanto mais pessoas imunizadas em determinada população, menor a circulação do patógeno, com conseqüente queda na probabilidade de surtos e óbitos (VERONESI-FOCACCIA, 2015).

Postula-se que no atual cenário de pandemia de síndrome respiratória aguda grave os profissionais de saúde brasileiros, cientes que a imunização para influenza colabora no diagnóstico diferencial para covid-19, associado ao acesso facilitado e gratuito à vacina contra influenza em seus próprios locais de trabalho, atingiram a meta de cobertura com celeridade, particularmente no HCRP, onde a campanha de 2021 foi a mais bem sucedida em termos de cobertura vacinal alcançada.

Essa linha de pensamento pôde ser exemplificada com os resultados da Campanha Institucional do HCRP de 2020, que já no primeiro dia de evento aplicou quase metade de todas as doses aplicadas naquela campanha, e também

com os dados da cobertura nacional de 2020, que aumentou quase 30% em relação ao ano anterior.

Apesar disso, a hesitação vacinal ainda está presente em nosso meio, sendo motivada por razões diversas. Muitos profissionais de saúde, mesmo tendo acesso às evidências científicas que respaldam a importância das imunizações, acabam hesitando, pois a interpretação do risco vacinal não é baseada na avaliação racional de fatos, mas sim na sensação de incertezas e ambiguidades que permanecem mesmo frente às evidências (SATO, 2018).

No HCRP, em consonância com resultados da revisão integrativa, os profissionais de saúde alegam falta de tempo e crença de não se enquadrarem em grupo de risco para não se vacinarem contra a influenza. Em contrapartida, a campanha institucional tem duração média de duas semanas e os profissionais, ainda que tenham apenas contato indireto com pacientes, estão sob risco aumentado de influenza apenas por trabalharem em um serviço de saúde.

Essa problemática envolvendo o tema de complacência, do modelo proposto pela OMS para explicar a hesitação vacinal, é bastante prevalente no HCRP, já que mais de um terço dos entrevistados (38%) discorda que, como profissionais de saúde, eles têm risco aumentado de infecção por influenza.

Inclusive o grupo composto por escriturários, vigilante, assistente social e nutricionista foi o de pior desempenho nas campanhas analisadas nas entrevistas no HCRP, com cobertura de 62% em 2018 e 75% em 2019, possivelmente por conta dessa crença de que a vacinação não é considerada uma ação preventiva necessária pela baixa percepção de risco em contrair influenza no trabalho.

Além disso, sabe-se que a vacinação em profissionais de saúde é mais eficaz do que em pacientes devido à superioridade da vacina em adultos saudáveis. Nesse cenário, pelo conceito de imunidade de rebanho e a possibilidade de surtos hospitalares de influenza, os profissionais de saúde que hesitam em relação à vacina estariam diante de um dilema ético, em que os interesses individuais – princípio da autonomia – estão em desacordo com os interesses coletivos – princípio da não maleficência –, já que caso optem por não se imunizar, podem colocar em risco a saúde de outras pessoas (SANTOS; HESPANHOL, 2013; BETSCH, 2014; HAGEMMEISTER *et al*, 2018).

Os profissionais de saúde do HCRP demonstraram bom conhecimento a respeito da influenza, do potencial preventivo da vacina, e do padrão benigno de possíveis efeitos adversos. Curiosamente, uma das medidas sugeridas por esses mesmos profissionais foi realizar atividades de informação (aulas, palestras, folders) para esclarecer sobre a importância da vacinação com linguagem acessível para pessoas leigas, conforme pode ser observado em carta encaminhada para a Comissão Organizadora da Campanha de Vacinação Contra a Influenza de 2020 do HCRP (Apêndice 3).

Sob outra perspectiva, os profissionais de saúde do HCRP discordam de uma política de vacinação obrigatória, alegando necessidade de “consciência pessoal” e “perda de autonomia”.

Contudo, por conta da cobertura vacinal entre profissionais de saúde ser descrita como abaixo do esperado em vários países, o debate acerca de vacinação compulsória para esse grupo está bastante em voga. Nos EUA, por exemplo, muitas instituições implementaram políticas mandatórias de vacinação (NUTMAN; YOELI, 2016; MIZUTA *et al*, 2018).

Uma política de vacinação obrigatória para influenza encontra respaldo ético quando se demonstra benefício para o paciente, reduzindo risco de gripe e morte, justificando a violação da autonomia dos profissionais de saúde (WICKER; MARCKMANN, 2014; DE SERRES *et al*, 2017; DINI *et al*, 2018).

No entanto, o impacto da vacinação obrigatória nesse grupo ainda é um tema controverso, dado a escassez de evidências científicas e a baixa qualidade dos estudos já realizados sobre o tema, de modo que o benefício ainda é um dado mais teórico que empírico.

Uma revisão sistemática conduzida por De Serres e colaboradores (2017) demonstrou que a vacinação de profissionais de saúde pode ter pouco ou nenhum efeito em termos de redução de infecção comprovada laboratorialmente, além de ter sido calculado que de 6.000 a 32.000 profissionais precisam ser vacinados para evitar uma morte por influenza. No entanto, são descritos diversos vieses no estudo, como a falta de cegamento, a contaminação nos grupos de controle e as taxas relativamente baixas de cobertura vacinal.

Por outro lado, Ahmed e colaboradores (2014) demonstraram que a vacinação contra influenza entre profissionais de saúde reduziu os episódios de

gripe em 42% e a mortalidade dos pacientes em 29%. O estudo avaliou os resultados obtidos pela ferramenta *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), tendo classificado a evidência geral encontrada como de qualidade moderada.

Dessa forma, ainda que não tenha sido estabelecida base empírica sólida, considerando os benefícios individuais, o impacto subsequente e a obrigação ética profissional de não causar danos, a vacinação obrigatória pode ser considerada (DE SERRES *et al*, 2017; WYNIA, 2007).

Por outro lado, outras estratégias menos impositivas também podem ser implantadas, talvez até com melhor adesão de profissionais de saúde. O uso de máscaras pelos hesitantes, por exemplo, ação que já se encontra amplamente difundida devido à pandemia de covid-19, mas que também pode esbarrar no problema da obrigatoriedade atual, com perda de autonomia.

Além disso, também poderia ser discutido o uso de “selo vacinal” em crachás institucionais, como é feito no HCRP, podendo favorecer a adesão por expor, de certa forma, os profissionais hesitantes perante aos colegas de trabalho que estejam portando tal selo.

Contudo, com o advento da covid-19, em que a efetividade das vacinas passa a ser amplamente contestada, a imposição de políticas obrigatórias para vacinação contra influenza, ou qualquer outro programa, pode fomentar o discurso dos movimentos antivacinação que avançam por todo o mundo.

Talvez seja mais efetivo tentar conscientizar as pessoas indecisas ou hesitantes sobre os vários benefícios da vacinação. Inclusive com os dados de queda expressiva no número de casos novos e óbitos por covid-19 após avanço do programa de vacinação contra esta doença.

No Brasil, embora a cobertura para profissionais de saúde contra influenza pareça satisfatória nos últimos anos, outros grupos prioritários ainda mantêm taxas alarmantes.

Esse aumento de hesitação vacinal, segundo análise de Kennedy (2019), também guarda relação com questões de ordem política, conforme ratificado em pesquisa realizada recentemente na França, em que se demonstrou que a maior parte das pessoas que recusaria uma vacina para covid-19 votavam em candidatos de extrema direita ou de extrema esquerda (COCONEL, 2020).

Essa influência política no âmbito vacinal não deve ser ignorada, já que a postura de governantes e ativistas pode reduzir a confiança da população nas vacinas de modo geral, sobretudo durante a pandemia atual de covid-19, em que os políticos – e não os especialistas – dão face ao gerenciamento público da crise. Tal situação é particularmente preocupante no Brasil, onde a condução política da pandemia pelo governo ultraconservador de Bolsonaro é desastrosa (THE LANCET, 2020; THE LANCET INFECTIOUS DISEASES, 2020).

Além disso, a revisão integrativa realizada demonstrou que essas questões, como relato de que controvérsias midiáticas sobre o tema e a recusa vacinal de autoridades em saúde influenciando na hesitação da população geral, comprometem a confiança nas vacinas.

Durante a pandemia de influenza de 2009, na França, a condenação da recém-criada vacina contra influenza por muitos políticos, alegando que sua produção foi apressada e que ainda carecia de mais testes, foi crucial para cobertura irrisória de 8% da população francesa na época (COCONEL, 2020).

Assim, embora menos tangível, a hesitação à vacina contra influenza precisa ser combatida para evitar implicações em outros programas de imunização, com possível advento de doenças quase erradicadas, como sarampo e poliomielite, e favorecer a contenção da pandemia atual de covid-19 por meio da vacinação em massa (DE SERRES *et al*, 2017; WYNIA, 2007).

Por fim, no que se refere às limitações encontradas para realizar este trabalho, vale salientar novamente que os dados sobre hesitação vacinal no HCRP devem ser analisados com cautela, visto o tamanho amostral reduzido, de modo que as discussões aqui propostas talvez não representem de modo fidedigno toda a população de profissionais de saúde do HCRP, sendo tampouco possível analisar a situação da hesitação vacinal por áreas críticas, conforme inicialmente planejado.

Da mesma forma, os dados sobre a cobertura vacinal para influenza no HCRP são limitados porque não há um sistema de informação que integre os registros de vacinação realizados em locais distintos, isto é, um mesmo profissional pode constar como vacinado no HCRP e não vacinado em outro serviço, e vice-versa, dependendo de onde recebeu o imunizante.

E, finalmente, os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, sobre as taxas de cobertura vacinal para influenza no período analisado, também sugerem alguma imprecisão pelos valores que excedem o limite de cem por cento de cobertura, suscitando dúvidas sobre os denominadores utilizados e os demais dados de cobertura divulgados nas campanhas.

7. CONCLUSÕES

Considerando as limitações já citadas e atendendo aos objetivos propostos, os dados apresentados neste estudo permitem concluir que:

- a hesitação à vacina contra influenza no Brasil não é tão prevalente como em outros países, especialmente entre os profissionais de saúde, mas quando ocorre quase sempre está ligada a questões de confiança, complacência, ou conveniência, conforme modelo proposto pela OMS em 2011;

- no Brasil, a cobertura vacinal para influenza dentre os profissionais de saúde sempre foi elevada, estando acima da meta de 80% da OMS durante todo período analisado, exceto no ano de 2021, quando atingiu apenas 66% da população em questão;

- no HCRP, a cobertura vacinal para influenza dentre os profissionais de saúde esteve abaixo da meta de 80% da OMS durante todo período analisado – em média 60% –, exceto no ano de 2021, quando apresentou expressiva elevação, com cobertura de 90% da população em questão;

- no HCRP, em consonância com os dados de outros países, os profissionais hesitantes à vacina contra a influenza alegam principalmente questões de conveniência (falta de tempo) e complacência (autopercepção isenta de risco para influenza), demonstrando, no entanto, boa confiança na vacina;

- para aumentar a cobertura vacinal para influenza no HCRP é necessário, fundamentalmente, integrar os dados de vacinação dos profissionais de saúde que se imunizaram em outros serviços, para que a taxa não seja equivocadamente subestimada e, além disso, atender às colocações dos próprios profissionais: realizar mais atividades de informação (aulas, palestras, folders), divulgar melhor a campanha vigente, comparar dados e metas com campanhas prévias, ampliar os horários para vacinação e manter a estratégia de vacinação itinerante pelo hospital.

8. REFERÊNCIAS

AHMED, F. *et al.* Effect of Influenza Vaccination of Healthcare Personnel on Morbidity and Mortality Among Patients: Systematic Review and Grading of Evidence. **Clin Infect Dis**. 2014. vol. 58. n. 1. p. 50-57. doi: 10.1093/cid/cit580.

ALABBAD, A. A. *et al.* Prevalence of influenza vaccine hesitancy at a tertiary care hospital in Riyadh, Saudi Arabia. **J Infect Public Health**. 2018. vol. 11. n. 4. p. 491-499. doi: 10.1016/j.jiph.2017.09.002.

ANTOMMARIA, A.H.; PROWS, C.A. Content analysis of requests for religious exemptions from a mandatory influenza vaccination program for healthcare personnel. **J Med Ethics**. 2018. vol. 44. n. 6. p. 389-391. doi: 10.1136/medethics-2017-104271.

AZAP, A. *et al.* Vaccination against pandemic influenza A H1N1 among health care workers. Lessons for the next pandemic. **Saudi Med J**. 2011. vol. 32. n. 8. p. 858-60. PMID: 21858399.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRIÈRE, J. *et al.* Acceptance of the 2009 A(H1N1) influenza vaccine among hospital workers in two French cancer centers. **Vaccine**. 2010. vol. 28. n. 43. p. 7030-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.08.021.

BENNETT, J.E. *et al.* **Mandell, Douglas e Bennett - Manual de Doenças Infecciosas**. 1 ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2019. p. 228-230.

BETSCH, C. Overcoming healthcare workers vaccine refusal – competition between egoism and altruism. **Euro Surveill**. 2014. vol. 19. n. 48. doi: 10.2807/1560-7917.ES2014.19.48.20979.

BRANDT, C. *et al.* The impact of the 2009 influenza A (H1N1) pandemic on attitudes of healthcare workers toward seasonal influenza vaccination 2010/11. **Euro Surveill**. 2011. vol. 16. n. 17. PMID: 21543044.

BRASIL. **Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976**. 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm. Acesso em: 20.ago.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico - 20ª Campanha Nacional de Vacinação contra**

a **Influenza**. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/18/Informe-Cp-Influenza---01-03-2018-Word-final-28.03.18%20final.pdf>. Acesso em: 20.dez.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe técnico - 23ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/16/informe-tecnico-influenza-2021.pdf>. Acesso em: 20.ago.2021.

COCONEL Group. A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. **Lancet Infect Dis**. 2020. vol. 20. n. 7. p. 769-770. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30426-6.

DE SERRES, G. *et al.* Influenza Vaccination of Healthcare Workers: Critical Analysis of the Evidence for Patient Benefit Underpinning Policies of Enforcement. **PLoS One**. 2017. vol. 12. n. 1. doi:10.1371/journal.pone.0163586.

DINI, G. *et al.* Influenza vaccination in healthcare workers: A comprehensive critical appraisal of the literature. **Hum Vaccin Immunother**. 2018. vol. 14. n. 3. p. 772–789. doi: 10.1080/21645515.2017.1348442.

DUBÉ, E. *et al.* Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. **Expert Review of Vaccines**. 2015. vol. 14. n. 1. p. 99-117. doi: 10.1586/14760584.2015.964212.

EVARISTO, C. **Poemas da recordação e outros movimentos**. Belo Horizonte: Nandyala, 2008.

FIGUEIREDO, G.L.A. *et al.* Experiences of families in the immunization of Brazilian children under two years old. **Rev. Latino-Am**. 2011. vol. 19. n. 3. p. 598-605. doi: 10.1590/S0104-11692011000300020.

GAVAZZI, G. *et al.* French Geriatric Infection Risk Institute (ORIG). French healthcare workers in geriatric healthcare settings staunchly opposed to influenza vaccination: the VESTA study. **Vaccine**. 2011. vol. 29. n. 8. p. 1611-6. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.12.067.

GRAMEGNA, A. *et al.* Knowledge and attitudes on influenza vaccination among Italian physicians specialized in respiratory infections: an Italian Respiratory Society (SIP/IRS) web-based survey. **J Prev Med Hyg**. 2018. vol. 59. n. 2. p. 128-131. PMID: 30083619.

HAGEMEISTER, M.H. *et al.* Self-reported influenza vaccination rates and attitudes towards vaccination among health care workers: results of a survey in a German university hospital. **Public Health**. 2018. vol. 154. p. 102-109. doi: 10.1016/j.puhe.2017.10.027.

HAKIM, H.. *et al.* Motivating factors for high rates of influenza vaccination among healthcare workers. **Vaccine**. 2011. vol. 29. n. 35. p. 5963-9. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.06.041.

HARRISON, E.A.; WU, J.W. Vaccine confidence in the time of COVID-19. **Eur J Epidemiol**. 2020. vol. 35. n. 4. p. 325-330. doi: 10.1007/s10654-020-00634-3.

HEAD, S. *et al.* Vaccinating health care workers during an influenza pandemic. **Occup Med (Lond)**. 2012. vol. 62. n. 8. p. 651-4. doi: 10.1093/occmed/kqs098.

HELMY, Y.A. *et al.* The COVID-19 Pandemic: A Comprehensive Review of Taxonomy, Genetics, Epidemiology, Diagnosis, Treatment, and Control. **J Clin Med**. 2020. vol. 9. n. 4. doi: 10.3390/jcm9041225.

JOHANSEN, L.J. *et al.* The decision to receive influenza vaccination among nurses in North and South Dakota. **Public Health Nurs**. 2012. vol. 29. n. 2. p. 116-25. doi: 10.1111/j.1525-1446.2011.00966.x.

KENNEDY, J. Populist politics and vaccine hesitancy in Western Europe: an analysis of national-level data. **Eur J Public Health**. 2019. vol. 29. n. 3. p. 512-516. doi: 10.1093/eurpub/ckz004.

KESKE, Ş. *et al.* Influenza vaccination among infection control teams: A EUCIC survey prior to COVID-19 pandemic. **Vaccine**. 2020. vol. 38. n. 52. p. 8357-8361. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.11.003.

KFOURI, R.A.; RICHTMANN, R. Influenza vaccine in pregnant women: immunization coverage and associated factors. **Einstein (Sao Paulo)**. 2013. vol. 11. n. 1. p. 53-57. doi: 10.1590/s1679-45082013000100010.

LAZARUS, J.V. *et al.* A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. **Nat Med**. 2020. doi: 10.1038/s41591-020-1124-9.

MACDONALD, N.E.; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**. 2015. vol. 33. n. 34. p. 4161-4. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036.

MAFFEO, M. *et al.* 2019 Influenza Vaccination Campaign in an Italian Research and Teaching Hospital: Analysis of the Reasons for Its Failure. **Int J Environ Res Public Health**. 2020. vol. 17. n. 11. doi: 10.3390/ijerph17113881.

MCCARTNEY, M. New York University sacks professor for refusing flu shot. **BMJ**. 2017. vol. 357. doi: 10.1136/bmj.j1975.

MCDONALD, H.I. *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. vol. 25. n. 19. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.19.2000848.

MILLNER, V.S. *et al.* Influenza vaccination acceptance and refusal rates among health care personnel. **South Med J**. 2010. vol. 103. n. 10. p. 993-8. doi: 10.1097/SMJ.0b013e3181eda3d5.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIZUTA, AH. *et al.* Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. **Rev. paul. pediatr**. 2018. doi: 10.1590/1984-0462/;2019;37;1;00008.

MOSER, A. *et al.* Vaccination Against Seasonal or Pandemic Influenza in Emergency Medical Services. **Prehosp Disaster Med**. 2016. vol. 31. n. 2. p. 155-62. doi: 10.1017/S1049023X16000121.

NUTMAN, A.; YOELI, N. Influenza vaccination motivators among healthcare personnel in a large acute care hospital in Israel. **Isr J Health Policy Res**. 2016. vol. 5. n. 52. doi: 10.1186/s13584-016-0112-5.

OKUHARA, T. *et al.* Japanese anti- versus pro-influenza vaccination websites: a text-mining analysis. **Health Promot Int**. 2019. vol. 34. n. 3. p. 552-566. doi: 10.1093/heapro/day015.

PARMET, W.E. Beyond Employer-Mandates: Improving Influenza Vaccination Rates among Health Care Workers. **J Law Med Ethics**. 2018. vol. 46. n. 3. p. 763-765. doi: 10.1177/1073110518804238.

PREMATUNGE, C. *et al.* Factors influencing pandemic influenza vaccination of healthcare workers--a systematic review. **Vaccine**. 2012. vol. 30. n. 32. p. 4733-43. doi: 10.1016/j.vaccine.2012.05.018.

RABAAN, A.A. *et al.* Influenza vaccine acceptance by healthcare workers in Saudi Arabia: A questionnaire-based analysis. **Infez Med**. 2020. vol. 28. n. 1. p. 70-77. PMID: 32172263.

RACHIOTIS, G. *et al.* Low acceptance of vaccination against the 2009 pandemic influenza A(H1N1) among healthcare workers in Greece. **Euro Surveill**. 2010. vol. 15. n. 6. PMID: 20158980.

RYSER, A.J.; HEININGER, U. Comparative acceptance of pertussis and influenza immunization among health-care personnel. **Vaccine**. 2015. vol. 33. n. 41. p. 5350-5356. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.08.078.

SANTOLI, J.M. *et al.* Effects of the COVID-19 Pandemic on Routine Pediatric Vaccine Ordering and Administration - United States, 2020. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. 2020. vol. 69. n. 19. p. 591-593. doi: 10.15585/mmwr.mm6919e2.

SANTOS, P. HESPANHOL, A. Recusa vacinal - o ponto de vista ético. **Rev Port Med Geral Fam**. 2013. vol. 29. n. 5. p. 328-333. ISSN: 2182-5173.

SATO, A.P.S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil?. **Rev Saude Publica**. 2018. vol. 52. doi: 10.11606/s1518-8787.2018052001199.

SATO, A.P.S. Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas. **Rev Saude Publica**. 2020. vol. 54. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054003142.

SAVAS, E.; TANRIVERDI, D. Knowledge, attitudes and anxiety towards influenza A/H1N1 vaccination of healthcare workers in Turkey. **BMC Infect Dis**. 2010. vol. 10. doi: 10.1186/1471-2334-10-281.

SCHERES, J. KUSZEWSKI, K. The Ten Threats to Global Health in 2018 and 2019. A welcome and informative communication of WHO to everybody. **Zdrowie Publiczne i Zarządzanie**. 2019. vol. 17. n. 1. p. 2-8. doi: 10.4467/20842627OZ.19.001.11297.

SCHULT, T.M. *et al.* Innovative approaches for understanding seasonal influenza vaccine declination in healthcare personnel support development of new campaign strategies. **Infect Control Hosp Epidemiol**. 2012. vol. 33. n. 9. p. 924-31. doi: 10.1086/667370.

SHARPE, A.R. *et al.* Healthcare worker influenza vaccine waivers at an academic health system. **Infect Control Hosp Epidemiol.** 2019. vol. 40. n. 7. p. 826-828. doi: 10.1017/ice.2019.113.

SUCCI, R. Vaccine refusal - what we need to know. **J Pediatr.** 2018. vol. 98. n. 6. p. 574-581. doi: 10.1016/j.jpeds.2018.01.008.

SURTEES, T.C. *et al.* Factors contributing to declination of annual influenza vaccination by healthcare workers caring for cancer patients: An Australian experience. **Vaccine.** 2018. vol. 36. n. 14. p. 1804-1807. doi: 10.1016/j.vaccine.2018.02.098.

TAGAJDID, M.R. *et al.* Factors influencing uptake of influenza vaccine amongst healthcare workers in a regional center after the A (H1N1) 2009 pandemic: lessons for improving vaccination rates. **Int J Risk Saf Med.** 2011. vol. 23. n. 4. p. 249-54. doi: 10.3233/JRS-2011-0544.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: "So what?". **Lancet.** 2020. vol. 395. n. 10235. p. 1461. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31095-3.

THE LANCET INFECTIOUS DISEASES. Political casualties of the COVID-19 pandemic. **Lancet Infect Dis.** 2020. vol. 20. n. 7. p. 755. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30496-5.

TO, K.W. *et al.* Exploring determinants of acceptance of the pandemic influenza A (H1N1) 2009 vaccination in nurses. **Am J Infect Control.** 2010. vol. 38. n. 8. p. 623-30. doi: 10.1016/j.ajic.2010.05.015.

TORRACO, R. J. Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. **Humam Resource Development Review.** 2005. vol. 4. n. 3. p. 356–367. doi: 10.1177/1534484305278283.

TORUN, S.D.; TORUN, F. Vaccination against pandemic influenza A/H1N1 among healthcare workers and reasons for refusing vaccination in Istanbul in last pandemic alert phase. **Vaccine.** 2010. vol. 28. n. 35. p. 5703-10. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.06.049.

TRILLA, A.; ALDEA, M. Influenza vaccination in health-care workers: Auctoritas and potestas. **Med Clin (Barc).** 2019. vol. 152. n. 2. p. 59-61. doi: 10.1016/j.medcli.2018.10.024.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VERONESI, R. FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2015. vol. 1. p. 743-747.

VÍRSEDA, S. *et al.* Seasonal and Pandemic A (H1N1) 2009 influenza vaccination coverage and attitudes among health-care workers in a Spanish University Hospital. **Vaccine**. 2010. vol. 28. n. 30. p. 4751-7. doi: 10.1016/j.vaccine.2010.04.101.

WANG, K. *et al.* Intention of nurses to accept coronavirus disease 2019 vaccination and change of intention to accept seasonal influenza vaccination during the coronavirus disease 2019 pandemic: A cross-sectional survey. **Vaccine**. 2020. vol. 38. n. 45. p. 7049-7056. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.021.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. 2005. vol. 52. n. 5. p. 546–553. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WHO. **Pandemic Influenza Risk Management - WHO Interim Guidance**. 2013. Disponível em: https://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/GIP_PandemicInfluenzaRiskManagementInterimGuidance_Jun2013.pdf. Acesso em: 20.ago.2021.

WICKER, S. *et al.* Attitudes of dental healthcare workers towards the influenza vaccination. **Int J Hyg Environ Health**. 2012. vol. 215. n. 4. p. 482-6. doi: 10.1016/j.ijheh.2011.08.005.

WICKER, S. MARCKMANN, G. Vaccination of health care workers against influenza: Is it time to think about a mandatory policy in Europe? **Vaccine**. 2014. vol. 32. n. 38. p. 4844–4848. doi: 10.1016/j.vaccine.2013.09.062.

WYNIA, M. K. Mandating Vaccination: What Counts as a “Mandate” in Public Health and When Should They Be Used? **Am J Bioet**. 2007. vol. 7. n. 12. p. 2–6. doi: 10.1080/15265160701795809.

ZHANG, J. *et al.* Nurses' knowledge and risk perception towards seasonal influenza and vaccination and their vaccination behaviours: a cross-sectional survey. **Int J Nurs Stud**. 2011. vol. 48. n. 10. p. 1281-9. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.03.002.

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA – HESITAÇÃO VACINAL PARA INFLUENZA ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UM DILEMA ÉTICO

Profissão: _____ Idade: _____ anos

Sexo: Masculino | Feminino | Outro Você tem contato direto com pacientes: Sim | Não

1. A influenza pode afetar qualquer pessoa em qualquer idade? Sim | Não
2. A influenza pode ter complicações graves, como a morte? Sim | Não
3. Os profissionais da saúde têm mais risco de contrair influenza pelo seu trabalho? Sim | Não
4. A melhor forma de prevenir a influenza é a vacinação? Sim | Não
5. Os efeitos colaterais da vacina podem ser mais severos que a gripe? Sim | Não
6. A vacina pode causar gripe? Sim | Não
7. Pessoas que já tiveram gripe não precisam ser vacinadas? Sim | Não
8. Se eu pegar gripe eu posso infectar minha família? Sim | Não
9. Se eu pegar gripe eu posso infectar meus pacientes? Sim | Não
10. Você acredita ser importante vacinar sua família contra gripe? Sim | Não
11. Você acredita ser importante vacinar os pacientes que você cuida? Sim | Não
12. Você recebeu a vacina contra influenza na campanha de 2018? Sim | Não

13. Você recebeu a vacina contra influenza na campanha de 2019? Sim | Não Por gentileza, descreva suas razões: _____

14. Você é a favor de vacinação obrigatória para profissionais da saúde? Sim | Não Por gentileza, descreva suas razões: _____

15. Você tem alguma sugestão para melhorar a cobertura vacinal entre profissionais da saúde do HCRP? Sim | Não Em caso afirmativo, por gentileza descreva abaixo: _____

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - HESITAÇÃO VACINAL PARA INFLUENZA ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UM DILEMA ÉTICO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa chamada **“HESITAÇÃO VACINAL PARA INFLUENZA ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UM DILEMA ÉTICO”**. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, e caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

1. O trabalho tem por finalidade analisar dados de cobertura vacinal contra o vírus influenza, identificando o entendimento de profissionais da saúde acerca do potencial preventivo da vacina, os riscos relativos e os motivos que levam à hesitação vacinal e as atitudes em relação a uma política obrigatória de vacinação
2. Ao participar deste trabalho, você estará contribuindo para que os pesquisadores façam uma análise do panorama da hesitação vacinal neste hospital, permitindo o planejamento de medidas para aumentar a cobertura vacinal aqui.
3. Caso aceite participar, você autoriza a utilização dos dados relatados aos pesquisadores durante o preenchimento dos formulários de entrevistas.
4. A sua participação como voluntário(a) consiste em responder um formulário de entrevista.
5. Durante a execução do projeto, você poderá se sentir constrangido(a) ou ter lembranças desagradáveis durante o preenchimento do formulário de entrevista, mas neste caso, esteja ciente de que poderá entrar em contato com os pesquisadores, os quais se comprometem a manter total discrição e sigilo necessários em relação ao que foi relatado. Apesar desse risco, a sua participação neste estudo colabora para que se faça uma análise cuidadosa da hesitação vacinal neste serviço, permitindo, assim, que estratégias de prevenção sejam traçadas.
6. Os procedimentos que compõem este trabalho não têm a intenção de provocar danos morais, físicos, financeiros ou religiosos.
7. Você não terá nenhuma despesa ao participar do estudo.
8. Você poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento.
9. Caso você se sinta prejudicado/lesado por ter participado desta pesquisa, você deverá buscar por indenização na justiça comum
10. Seus dados pessoais, as informações colhidas nos formulários de entrevistas, bem como qualquer outro dado particular utilizado nesta pesquisa serão mantidos em sigilo, assegurando assim a sua privacidade. Caso deseje, você deverá ser informado dos resultados desta pesquisa quando concluída.
11. Você autoriza a publicação deste trabalho em periódicos científicos, quando finalizado.
12. Quaisquer dúvidas ou solicitação de esclarecimentos, você poderá entrar em contato com a equipe científica composta por Valdes Bollela e Leonardo Vinicius através do telefone (16) 981640801 ou e-mail lvmoraes@outlook.com.
13. Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016) 3602-2228.

Diante dos esclarecimentos prestados, assinando abaixo, você concorda em participar do estudo **“Hesitação Vacinal para Influenza entre Profissionais da Saúde: um Dilema Ético”**, na qualidade de voluntário(a).

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

_____/_____/_____
Data

Nome do(a) participante

Assinatura do(a) participante

_____/_____/_____
Data

APÊNDICE 3

Ribeirão Preto, 22 de janeiro de 2020.

Prezada Comissão Organizadora da Campanha de Vacinação Contra a Influenza de 2020 – HCRP,

Conforme cronograma de projeto de pesquisa em andamento na instituição, intitulado “*Hesitação Vacinal para Influenza entre Profissionais da Saúde: um Dilema Ético*”, encaminho dados parciais obtidos por meio de entrevistas dirigidas a profissionais de saúde do HCRP, após a Campanha de 2019.

Seguem abaixo algumas medidas sugeridas pelos próprios profissionais do serviço para melhorar a cobertura vacinal na Campanha de 2020:

- realizar atividades de informação (aulas, palestras, folders) para esclarecer sobre a importância da vacinação com linguagem para leigos;
- esclarecer para profissionais que gripe e influenza são coisas diferentes;
- melhorar a divulgação da campanha, com lembretes no ponto, na catraca, no refeitório, ao entrar no sistema *Athos*;
- divulgar mais os dados de campanhas anteriores e estabelecer metas;
- ampliar os horários disponibilizados para vacinação;
- estabelecer momentos de deslocamento da equipe de vacinação até os andares e diversos setores do HCRP, inclusive abordando os profissionais nos ambulatórios;
- melhorar a abordagem realizada na portaria, visto que foi descrita por alguns funcionários como “agressiva”;
- selecionar as pessoas escaladas para aplicar a vacina pelo tempo de experiência, pois alguns profissionais descreveram “brutalidade” no momento da aplicação, causando efeitos indesejados como dor local após o procedimento;
- realizar parceria entre CCIH e Medicina do Trabalho para aumentar a adesão, visto que a vacinação seria mais divulgada;
- liberar a vacinação para profissionais que não portem o cartão de vacina (caso já seja liberado, divulgar que não há necessidade do cartão);
- fornecer para chefia dos setores uma relação dos funcionários que ainda não vacinaram para que os chefes possam estimular a vacinação.

Certo da criteriosa análise das informações prestadas e disponível para maiores esclarecimentos, despeço-me cordialmente.



Leonardo Vinicius de Moraes, médico residente e mestrando.

ANEXO 1

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Ribeirão Preto, 29 de março de 2019.

Ilmo Prof. Dr. Antonio Pazin Filho
Diretor do Departamento de Atenção à Saúde (DAS) do HCRP

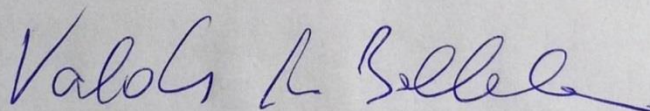
Venho por meio desta solicitar autorização para a realização de coleta de dados da pesquisa intitulada "HESITAÇÃO VACINAL PARA INFLUENZA ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UM DILEMA ÉTICO" sob a minha orientação e com a participação do médico residente Leonardo Vinicius de Moraes.

O trabalho tem como objetivo analisar dados de cobertura vacinal contra o vírus influenza entre os profissionais de saúde, identificando o entendimento desses trabalhadores acerca do potencial preventivo da vacina, prevalência e motivações de hesitação vacinal, além de atitudes em relação a uma política obrigatória de vacinação.

Informo que o referido projeto será submetido à avaliação ética junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Desde já coloco-me a disposição para esclarecimentos de quaisquer dúvidas.

Antecipadamente agradeço a colaboração,



Prof. Dr. Valdes Roberto Bollela - Orientador responsável

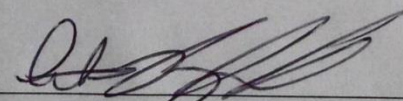
PARA PREENCHIMENTO DO REPRESENTANTE DA INSTITUIÇÃO HCRP

“Declaro que no caso de aprovação deste projeto, e durante a vigência do respectivo contrato, o Orientador e o Orientado terão todo apoio institucional necessário para realização da pesquisa, desde que seja respeitado o compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos recrutados.”

Deferido (X)

Indeferido ()

Assinatura:



Prof. Dr. Antonio Pazin Filho - Diretor do DAS do HCRP

Carimbo:

Prof. Dr. Antonio Pazin Filho
Diretor do Depto. de Atenção à Saúde
CRM 78136

Data: 01 / 04 / 2019