



Data de Submissão: 27/09/2024

Data de Aprovação: 07/10/2024

ARTIGO ORIGINAL

Situação vacinal de crianças e adolescentes internados nas enfermarias de um hospital universitário pediátrico

Vaccination card status of children and adolescents admitted to the wards of a paediatric university hospital

Luiza Maria Calvano¹, Ana Lúcia Ferreira¹, Bruna Camille Maciel de Oliveira², Carolina Costa Felgueiras², Esther Nepomuceno de Souza Oliveira², Louise do Valle Ribeiro², Victória Regina Santos Oliveira²

Palavras-chave:

Programas de
imunização,
Vacinas,
Criança,
Adolescente,
Hospitalização.

Resumo

Introdução: O Brasil oferece todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e foi pioneiro na incorporação de diversas vacinas, mas a alta taxa de cobertura vacinal caiu de forma preocupante. **Método:** Estudo transversal, descritivo, quantitativo. Entrevistados responsáveis por crianças e adolescentes internados nas enfermarias de um hospital universitário pediátrico para identificar a situação do cartão vacinal em relação ao recomendado pelo Ministério da Saúde. Alunos de Medicina aplicaram os questionários e verificaram os cartões de vacina. Perguntas diretas caracterizaram o perfil do paciente e a situação vacinal. Em caso de atraso de vacina(s), foi feita pergunta aberta para identificar o(s) motivo(s). **Resultados:** Entrevistados 55 responsáveis, maioria mães (81,8%). Entre os pacientes, predominaram: meninos (58,2%), lactentes (45,5%), hospitalização menor que 1 semana (47,3%) e como motivo de internação, afecções respiratórias (40,0%). Apresentavam outros problemas de saúde 58,1% dos pacientes. Na percepção dos responsáveis, 49,1% tinham atraso vacinal. Entretanto, 74,5% estavam com cartão atrasado, predominando a vacina contra a doença do coronavírus (61%). Como motivos alegados, foram mais frequentes as internações prolongadas ou repetidas (29,2%). Todos os pacientes com internação de 1 mês ou mais tinham vacina(s) atrasada(s). **Conclusão:** Percentual expressivo de pacientes internados apresentaram atraso vacinal, sendo a percepção dos responsáveis bem abaixo do que foi constatado com a verificação dos cartões. Checagem e atualização vacinal precisam ser realizadas durante internação (hospitalizações de longa duração) ou na alta hospitalar (hospitalizações de curta duração).

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Departamento de Pediatria - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

² Universidade Federal do Rio de Janeiro, Aluna de Iniciação Científica do Curso de Medicina - Rio de Janeiro - Rio de Janeiro - Brasil.

Endereço para correspondência:

Luiza Maria Calvano.

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Departamento de Pediatria, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Rua Bruno Lobo, 50, 3º andar, Ilha do Fundão, Cidade Universitária, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 21941-912. E-mail: luizamariacalvano@gmail.com



Keywords:

Immunization programs,
Vaccines,
Child,
Adolescent,
Hospitalization.

Abstract

Introduction: Brazil provides all vaccines recommended by the World Health Organization and was a pioneer in incorporating various vaccines; however, the high vaccination coverage rate has dropped alarmingly. **Method:** A cross-sectional, descriptive, quantitative study was conducted. The caregivers of children and adolescents hospitalized in the wards of a paediatric university hospital were interviewed to identify their vaccination card status in relation to the recommendations of the Ministry of Health. Medical students administered questionnaires and checked vaccination cards. Direct questions characterized the patient profile and vaccination status. In cases of vaccine(s) delay, an open question was asked to identify the reason(s). **Results:** A total of 55 caregivers were interviewed, mostly mothers (81.8%). Among the patients, the predominant characteristics were boys (58.2%), infants (45.5%), hospitalization of less than 1 week (47.3%), and respiratory illnesses as the reason for admission (40.0%). Other health problems were reported in 58.1% of the patients. According to the caregivers perception, 49.1% had delayed vaccination shots. However, 74.5% had an overdue vaccination card, with the COVID-19 vaccine being the most common (61%). The most frequently cited reasons were prolonged or repeated hospitalizations (29.2%). All patients who were hospitalized for 1 month or more had their vaccine shots overdue. **Conclusion:** A significant percentage of hospitalized patients presented with vaccination delays, and the caregivers perception was much lower than what was found through the verification of the cards. Vaccination checks and updates need to be conducted during hospitalization (for long-term stays) or at discharge (for short-term stays).

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Imunização (PNI) do Ministério da Saúde (MS) tem como objetivo coordenar as ações de imunizações e é uma referência mundial. O Brasil oferece, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e foi pioneiro na incorporação de diversas vacinas. Ao consolidar uma estratégia de âmbito nacional, o PNI apresentou consideráveis avanços e metas foram alcançadas. A poliomielite, o sarampo e o tétano neonatal foram erradicados. Doenças imunopreveníveis como difteria, coqueluche, tétano acidental, hepatite B, meningites, foram controladas. Formas graves da tuberculose e rubéola foram evitadas¹.

Entretanto, a alta taxa de cobertura vacinal no Brasil caiu de forma preocupante, principalmente a partir de 2018 quando não atingiu nenhuma meta do calendário infantil, colocando em alerta especialistas e profissionais da saúde². Até 2016, o Brasil possuía o certificado de eliminação da circulação do vírus do sarampo pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), mas em 2018 começaram a ser registrados novos casos vindos da Venezuela, espalhando-se por diversas regiões do país. Em 2019, segundo o MS, foram registrados mais de 18 mil casos da doença³.

Com a pandemia da doença do coronavírus (COVID-19), a cobertura vacinal no Brasil caiu mais ainda e foi de apenas 66,62% no ano de 2020³. Em 2021, o Brasil ocupava o 7º lugar no *ranking* dos 20 países com mais crianças não imunizadas do mundo⁴.

São vários os fatores que justificam a diminuição da cobertura vacinal no Brasil. O próprio sucesso do PNI pode ser uma das causas da queda da cobertura. O programa imunizou amplamente a população que hoje tem entre 30 e 50 anos de idade e, como as doenças imunopreveníveis desapareceram, essas pessoas não conviveram com elas e, muitas vezes, não percebem a importância das imunizações para seus filhos. O atual modelo de atenção à saúde, priorizando condições

agudas, é outra causa apontada para a queda da cobertura vacinal. Além disso, em tempos de excesso de informações e superficialidade de conteúdos, um movimento conhecido como “antivacina” vem crescendo. Esse movimento, além de questionar a segurança das vacinas, também não acredita na susceptibilidade que as crianças têm às doenças. O inevitável fluxo de pessoas entre os países, tanto para turismo quanto para negócios, e o fato de algumas delas não estarem vacinadas, contribui para a volta de doenças imunopreveníveis extintas e todos os problemas de saúde pública que elas acarretam¹.

Em fevereiro de 2023, o governo brasileiro lançou o “Movimento Nacional pela Vacinação”, com o objetivo de retomar a confiança da população na ciência, no SUS e nas vacinas⁴. No mesmo ano também lançou o programa “Saúde com Ciência”, uma iniciativa em defesa da vacinação, voltada ao enfrentamento da desinformação e da propagação de *fake news*, fatores que impactaram a adesão da população às campanhas de imunização. São estratégias para recuperar as altas coberturas vacinais do Brasil diante de um cenário de retrocesso⁴.

Novo relatório da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), de julho de 2024, mostrou que o Brasil avançou na imunização infantil e conseguiu sair da lista dos 20 países com mais crianças não imunizadas no mundo⁴. Em 2023, 13 das 16 principais vacinas do calendário infantil apresentaram aumento das coberturas vacinais, quando comparadas ao ano de 2022. O Brasil se destacou positivamente, mesmo após enfrentar quedas consecutivas desde 2016, enquanto a maioria dos países não conseguiu alcançar as metas nas coberturas vacinais⁴.

Tanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) quanto a Resolução que dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados garantem o direito de acesso às vacinas a todos os meninos e meninas de 0 a 18 anos de idade^{5,6}. Apesar de ambos datarem da década de 1990,

esses direitos ainda não são conhecidos e incorporados pela grande maioria das instituições e dos profissionais de saúde, levando crianças e adolescentes a sofrimentos desnecessários. Além disso, devido ao perfil de pacientes internados (imunossuprimidos, com doenças crônicas, desnutridos, submetidos a procedimentos invasivos ou em uso de antimicrobianos por tempo prolongado), os surtos de doenças que incidem em hospitais são de grande preocupação, aumentando a morbidade e mortalidade de crianças e adolescentes internados. A vacinação atualizada dos pacientes é considerada uma das medidas de prevenção e bloqueio dos surtos de doenças imunopreveníveis em hospitais⁷. Este estudo teve como objetivo identificar a situação do cartão vacinal em crianças e adolescentes internados nas enfermarias de um hospital universitário pediátrico em relação ao recomendado pelo PNI.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado de novembro de 2023 a junho de 2024, no qual foram entrevistados os responsáveis por crianças e adolescentes internados nas enfermarias de um hospital universitário pediátrico. Critério de inclusão: responsáveis que estavam com a Caderneta de Saúde da Criança no momento da entrevista e que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os responsáveis por pacientes internados na enfermaria de Hematologia, os que não estavam com a Caderneta de Saúde da Criança no momento da entrevista e os que não concordaram em participar do estudo. Alunas de graduação do Curso de Medicina, sob supervisão, preencheram um questionário com perguntas diretas que caracterizaram: a relação do entrevistado com o paciente, a idade, o sexo, o município de residência, o motivo e o tempo de internação, a existência de outro problema de saúde além do que motivou a internação, a visão do responsável sobre a situação vacinal do paciente, a situação vacinal em relação ao calendário preconizado pelo PNI. Em caso de atraso vacinal, foi feita uma pergunta aberta para identificar o(s) motivo(s) alegado(s) para o atraso. Os resultados foram organizados por distribuição de frequência simples. As respostas às perguntas abertas foram agrupadas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em 21 de novembro de 2023 (CAAE: 74168223.1.0000.5264).

RESULTADOS

Foram entrevistados 55 responsáveis, na maioria mães, 81,8% (45/55). Os outros responsáveis entrevistados corresponderam ao pai, outro familiar ou outro tipo de relação não familiar, com uma frequência aproximada de 6,0% cada.

Em relação aos pacientes, foram mais frequentes: o sexo masculino, a faixa etária de lactente, o tempo de

internação menor que 1 semana e a moradia no município do Rio de Janeiro (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes segundo as características demográficas e o tempo de internação.

VARIÁVEL	n	%
SEXO DO PACIENTE		
- Masculino	32	58,2
- Feminino	23	41,8
- Não identificado	0	0,0
IDADE DO PACIENTE		
- Recém-nascido	2	3,6
- Lactente	25	45,5
- Pré-escolar	13	23,6
- Escolar	6	10,9
- Adolescente	9	16,4
TEMPO DE INTERNAÇÃO		
- Menor que 1 semana	26	47,3
- 1 semana a menos que 1 mês	22	40,0
- 1 mês ou mais	7	12,7
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE		
- Rio de Janeiro	45	81,8
- Outros	10	18,2
TOTAL	55	100

Os motivos que levaram às internações foram diversificados, prevalecendo as afecções respiratórias (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes segundo os motivos que levaram às internações.

AFEÇÕES	n	%
Respiratórias	22	40,0
Gastroenterológicas	7	12,7
Infectoparasitárias	6	11,0
Neurológicas	5	9,1
Hematológicas	4	7,2
Nefrológicas	4	7,2
Reumatológicas	2	3,6
Nutricionais e metabólicas	2	3,6
Genéticas	2	3,6
Oftalmológicas	1	1,8
TOTAL	55	100

Afecções de saúde prévias à internação afetavam 58,1% (32/55) dos pacientes, a saber: respiratórias 21,9% (7/32), nutricionais e metabólicas 18,7% (6/32), hematológicas 15,6% (5/32), neurológicas 12,5% (4/32), gastroenterológicas 9,4% (3/32), genéticas 9,4% (3/32), nefrológicas 6,2% (2/32), reumatológicas 3,1% (1/32) e alérgicas 3,1% (1/32).

Na percepção dos responsáveis, 49,1% (27/55) dos pacientes tinham atraso vacinal. No entanto, ao verificarmos os cartões de vacinas, 74,5% (41/55) dos pacientes apresentavam uma ou mais vacina(s) atrasada(s) em relação ao preconizado pelo MS.

Crianças e adolescentes com tempo de internação menor que 1 semana tiveram 65,4% (17/26) dos cartões com atraso vacinal. Aqueles com tempo de internação de 1 semana a menos de 1 mês tiveram 77,3% (17/22) dos cartões com atraso. Todos os pacientes (7/7) com tempo de internação de 1 mês ou mais tinham vacinas atrasadas.

Foi frequente encontrarmos mais de uma vacina atrasada no mesmo paciente. A vacina contra COVID-19 foi a que apresentou mais atraso no cartão vacinal (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das vacinas em atraso, segundo o calendário recomendado pelo MS.

TIPO DE VACINA EM ATRASO	n	% (n/41)
COVID-19	25	61
Poliomielite (oral e injetável)	11	26,8
Influenza	8	19,5
Meningocócica C	8	19,5
Varicela monovalente	6	14,6
Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola)	6	14,6
Febre Amarela	6	14,6
Pneumocócica 10 valente	5	12,2
Pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, hemófilo B)	4	9,8
Tríplice bacteriana (difteria, tétano, coqueluche)	4	9,8
Tetavalente viral (sarampo, caxumba, rubéola, varicela)	4	9,8
Papiloma Vírus Humano	4	9,8
Rotavírus	3	7,3
Hepatite A	3	7,3
Meningocócica ACWY	2	4,9
Hepatite B	1	2,4
BCG	1	2,4
Dupla (difteria, tétano)	0	0

Legenda: COVID-19 = Doença do Coronavírus; BCG = Bacilo de Calmettè e Guérin.

Os responsáveis alegaram diferentes motivos para o atraso vacinal, sendo o mais frequente as internações prolongadas ou repetidas (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos motivos alegados para o atraso vacinal.

MOTIVO	n	%
Internações prologadas ou repetidas	12	29,2
Recusa à vacina contra COVID-19	9	21,9
Não sabia do atraso da vacina	9	21,9
Infecção aguda na data preconizada da vacina	3	7,3
Imunossupressão na data preconizada da vacina	3	7,3
Vacina contraindicada pelo médico	3	7,3
Falta da vacina na Unidade Básica de Saúde	1	2,4
Não houve motivo alegado	1	2,4

As infecções agudas alegadas pelos responsáveis entrevistados como motivos para o atraso vacinal foram: respiratórias (resfriado comum, gripe) e gastrointestinais (diarreia aguda).

As imunossupressões alegadas pelos responsáveis entrevistados como motivos para o atraso vacinal foram:

história pregressa de leucemia, transplante de medula óssea e uso crônico de corticoide.

Foram várias as vacinas contraindicadas por médicos, segundo os responsáveis entrevistados: febre amarela, meningocócica C, pneumocócica 10-valente, rotavírus, poliomielite (injetável e oral) e pentavalente.

A vacina monovalente contra a varicela foi a vacina alegada pelo responsável como em falta na Unidade Básica de Saúde.

DISCUSSÃO

No nosso estudo, encontramos um percentual expressivo (74,5%) de crianças e adolescentes internados com uma ou mais vacina(s) atrasada(s) em relação ao preconizado pelo MS. O mais frequente motivo alegado pelos responsáveis para o atraso vacinal foram as internações prolongadas ou repetidas. Atualmente, na nossa instituição não há uma rotina de vacinação para os pacientes internados. Como não foi objetivo deste estudo verificar as internações prévias dos pacientes, a falta de atualização vacinal também pode ter ocorrido durante hospitalização em outra(s) instituição(ões) de saúde. Estudo realizado em 2015, com 155 crianças de 0 a 6 anos internadas na UTI Pediátrica e na Pediatria do Hospital Universitário do Paraná, mostrou 33% das crianças com algum atraso vacinal. As vacinas que mais apresentaram atraso foram a BCG e o reforço da pentavalente⁸. Nosso estudo revelou atraso vacinal bem acima deste e, relativo a vacinas contra outras doenças (COVID-19 e poliomielite injetável e oral); provavelmente, em decorrência da queda histórica da cobertura vacinal a partir de 2018, descrita anteriormente, e da recente pandemia da COVID-19, que suscitou grande discussão sobre a eficácia e os efeitos colaterais das vacinas, em decorrência da forma como a questão foi tratada pelas autoridades do país.

A recusa à vacinação contra COVID-19 foi o segundo mais frequente motivo alegado para o atraso vacinal no nosso trabalho. Em 2012, a OMS, por meio do grupo de trabalho SAGE (*Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*) propôs o conceito de hesitação vacinal como o atraso em aceitar ou a recusa a vacinas que estão disponíveis nos serviços de saúde. Indivíduos hesitantes estão localizados entre dois extremos: aqueles que aceitam todas as vacinas sem dúvidas até aqueles que recusam inquestionavelmente⁹⁻¹³. É um fenômeno bastante complexo. Envolve aspectos culturais, sociais e econômicos. Varia ao longo do tempo, local e tipos de vacinas. Até 2020, poucas pesquisas brasileiras estudavam a recusa ou o atraso em administrar as vacinas disponíveis no SUS e a maioria não utilizava o termo hesitação vacinal¹⁰. Em 2021, uma pesquisa realizada em 23 países, com 1.000 participantes em cada, demonstrou que a hesitação vacinal infantil no Brasil aumentou 56,3%¹¹. Neste mesmo ano, estudo *online* realizado com 173.178 participantes de todos os estados brasileiros encontrou 11,9% dos responsáveis com

hesitação vacinal. Medo de reação adversa apareceu como principal causa de insegurança, mesmo entre aqueles que eram a favor das vacinas tradicionalmente aplicadas. Cerca de 7,7% dos entrevistados demonstraram hesitação vacinal para a vacinação contra COVID-19¹².

Pesquisadores do Núcleo Interdisciplinar sobre Emergências em Saúde Pública (Niesp), da Fundação Oswaldo Cruz, realizaram um estudo que analisou a hesitação vacinal infantil e COVID-19 pelo olhar dos profissionais de saúde. Foram entrevistados 86 profissionais da Atenção Primária de Saúde e as respostas organizadas em três categorias: medo, desinformação e papel dos profissionais de saúde. O medo esteve relacionado à vacina ainda ser percebida como experimental, à ausência de estudos de longo prazo, à falsa percepção do risco reduzido da COVID-19 em crianças e às condutas do Governo Federal que geraram inseguranças quanto à vacina¹³. O medo justificando a recusa à vacinação contra COVID-19 foi encontrado no nosso estudo e é descrito também na literatura^{14,15}.

A percepção dos responsáveis pelas crianças e pelos adolescentes internados com atraso vacinal foi bem abaixo do que foi constatado por meio da verificação dos cartões. Dessa forma, o desconhecimento por parte dos responsáveis de que havia vacina(s) em atraso também apareceu como o segundo motivo mais frequentemente alegado para o atraso vacinal. Estudo realizado no Ambulatório de Pediatria Geral do mesmo hospital universitário pediátrico, com crianças de até 6 anos de idade, encontrou 44,4% dos cartões vacinais com uma ou mais vacinas atrasadas e o principal motivo alegado pelos responsáveis foi o desconhecimento da necessidade de vacinar a criança na idade recomendada. O estudo foi realizado nos anos de 2021 e 2022, quando houve queda nos atendimentos médicos de rotina em decorrência da pandemia COVID-19 e menor orientação das famílias sobre a importância da vacinação, o que pode explicar os resultados encontrados¹⁶.

Mesmo com eficácia comprovada na prevenção de diversas doenças, as vacinas encontram situações em que não devem ser aplicadas. São mais comuns as condições clínicas em que devem ser apenas adiadas (por exemplo, pacientes com doenças febris agudas ou em uso de imunossupressores), do que as verdadeiras contraindicações às vacinas^{17,18}. As infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, apresentadas pelos pacientes do nosso estudo na data preconizada da vacinação, poderiam justificar o adiamento, mas não contraindicar a vacinação. Estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2015, com crianças de 6 meses a 2 anos internadas, avaliou a frequência vacinal para *Influenza A H1N1* e os motivos da não vacinação. Encontrou como principais causas da não vacinação a gripe (31,4%) e a desinformação (22,5%), e, como maior estímulo para a vacinação, a campanha anual (69%)¹⁹. Infelizmente, ainda observamos as doenças febris agudas como um fator para justificar a não aplicação de vacinas nas campanhas anuais, tanto por parte dos responsáveis quanto por parte dos profissionais nos postos de vacinação, o que

reforça a necessidade de melhorar as orientações a respeito do tema.

Pacientes em uso de imunossupressores ou que foram submetidos a transplante de medula óssea devem adiar a vacinação com bactérias e vírus atenuados, pois podem desenvolver formas graves das doenças após receber os componentes de algumas dessas vacinas¹⁸. No nosso estudo, a imunossupressão alegada para o atraso vacinal em dois pacientes não justificava ou não tinha relação temporal com a vacina em atraso. O paciente com história pregressa de leucemia tinha como vacina em atraso a pneumocócica 10-valente. O paciente com história de transplante de medula óssea era um escolar com anemia falciforme, cujo transplante tinha sido realizado 2 anos antes da entrevista e as vacinas em atraso contra a poliomielite (injetável e oral) já deveriam ter sido administradas na faixa etária prevista no PNI para as vacinas. Somente um paciente em uso de imunossupressor, por doença autoimune, tinha verdadeira justificativa ao adiamento, pois as vacinas em atraso eram a tríplice viral, tetravalente viral, varicela monovalente, mas este paciente também não havia recebido vacinação contra COVID-19. Considerando que tanto os responsáveis dos pacientes quanto os profissionais das unidades básicas de saúde podem se sentir inseguros em vacinar crianças e adolescentes portadores de patologias crônicas ou complexas, é de grande importância que os profissionais que acompanham esses pacientes informem, por escrito, as vacinas que estariam liberadas ou encaminhem os pacientes a um Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE).

Nos nossos pacientes, quando houve relato por parte do responsável que a vacinação foi contraindicada pelo médico, em todos os casos não havia contraindicação verdadeira. Um paciente com mais de 6 meses de idade e quadro neurológico, por asfixia perinatal, teve a vacina contra a febre amarela contraindicada. Neste paciente, somente se houvesse história prévia de anafilaxia a substâncias presentes na vacina ou o quadro neurológico fosse relacionado à imunossupressão, doença autoimune ou doença desmielinizante no período de 6 semanas após a aplicação de dose anterior é que a vacina contra a febre amarela seria contraindicada¹⁸. O paciente que, segundo o responsável, foi contraindicado receber vacinas com componentes de vírus vivos, na verdade tinha como vacinas em atraso a meningocócica C e a pneumocócica 10-valente. Um paciente, na faixa etária de lactente, teve as vacinas contra rotavírus, poliomielite injetável e oral, pneumocócica 10-valente e pentavalente contraindicadas por estar em investigação diagnóstica. Esses resultados apontam para a necessidade de educação permanente dos profissionais de saúde quanto às verdadeiras contraindicações às vacinas.

Como principal limitação do estudo temos o pequeno número de responsáveis entrevistados, decorrente principalmente da ausência da Caderneta de Saúde da Criança no momento da entrevista. Esse dado chama a atenção para a necessidade de a equipe de saúde solicitar esse documento

durante a internação nas enfermarias da instituição, tal como ocorre nas consultas ambulatoriais.

Outra limitação foi não termos avaliado se as crianças e os adolescentes internados nas enfermarias tinham indicação de terem sido encaminhados ao CRIE para receber doses adicionais de vacinas, visto que encontramos mais da metade das crianças e dos adolescentes com outras afecções de saúde prévias à internação que poderiam indicar o encaminhamento.

A internação hospitalar deve ser considerada um momento de checar e atualizar o cartão vacinal, seja na alta (nas hospitalizações de curta duração) ou durante a internação (nas hospitalizações de longa duração, após a estabilização clínica do paciente). Estabelecer uma rotina institucional de atualização dos cartões vacinais é de extrema importância, além de ser um direito de crianças e adolescentes hospitalizados.

Ressaltamos também a importância da educação permanente dos profissionais de saúde sobre as vacinas, para que estejam corretamente atualizados, pois o contato contínuo que a internação hospitalar proporciona (entre profissionais da saúde e responsáveis por crianças e adolescentes) é uma grande oportunidade para conscientizar a família sobre a situação vacinal da criança, compreender as razões da hesitação vacinal, dirimir as dúvidas, melhorar as orientações, sensibilizar e reforçar a importância da vacinação atualizada. Somente dessa forma estaremos contribuindo para o aumento da cobertura vacinal no nosso país.

REFERÊNCIAS

1. Cruz A. A queda da imunização no Brasil. Redução da cobertura vacinal no país é preocupante. *Rev Consensus* [Internet]. 2017; [citado 2023 Out 14]; 25:20-29. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/revistaconsensus_25_a_queda_da_imunizacao.pdf.
2. Lisboa V. Em queda há 5 anos, coberturas vacinais preocupam Ministério da Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Agência Brasil; 2020; [citado 2024 Jun 18]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-10/em-queda-ha-5-anos-coberturas-vacinais-preocupam-ministerio-da-saude>.
3. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Coberturas vacinais por ano Segundo Região. Brasília: Ministério da Saúde; 2020; [acesso em 2023 Out 14]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?bd_pni/cpnibr.def.
4. Ministério da Saúde (BR). Brasil sai da lista dos 20 países com mais crianças não vacinadas. Brasília: Agência Gov; 2024; [acesso em 2024 Ago 30]. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202407/brasil-avanca-na-imunizacao-e-sai-da-lista-dos-20-paises-com-mais-criancas-nao-vacinadas>.
5. Presidência da República (BR). Casa Civil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. [Acesso em 2024 Ago 30]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.
6. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (BR). Resolução nº 41, de 17 de outubro de 1995. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004. [Acesso em 2024 Ago 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucoes-1-a-99.pdf>.
7. Sampaio MG, Araújo JM, Gardel AC, Bello F, Esch S. Prevenção e bloqueio de surtos nos hospitais. *Resid Pediatr*. 2013;3(3):96-101.
8. Chiciuc J, Labegalini MPC, Fernandes MIM. Avaliação da situação vacinal de crianças internadas em um Hospital Universitário do Paraná. *Rev Uningá*. 2016;47(2):25-30.
9. MacDonald NE; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>.
10. Sato APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? *Rev Saúde Pública*. 2018;52:96. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>.
11. Lazarus JV, Wyka K, White TM, Picchio CA, Gostin LO, Larson HJ, et al. A survey of COVID-19 vaccine acceptance across 23 countries in 2022. *Nat Med*. 2023;29:366-75. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-022-02185-4>.
12. Moore DCBC, Nehab MF, Camacho KG, Reis AT, Junqueira-Marinho MF, Abramov DM, et al. Low COVID-19 vaccine hesitancy in Brazil. *Vaccine*. 2021;39(42):6262-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.09.013>.
13. Souto EP, Fernandez MV, Rosário CA, Petra PC, Matta GC. Hesitação vacinal infantil e COVID-19: uma análise a partir da percepção dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(3):e00061523. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT061523>.
14. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. 46o ano do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(2):e00222919. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>.
15. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Departamento Científico de Imunizações. O desafio das coberturas vacinais e o fenômeno da hesitação. Documento Científico [Internet]. 2024; [acesso em 2024 Jun 18]; 159:1-6. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/sbp/2024/agosto/14/24539e-DC-_DesafCobertVacina_e_FenomHesitacao.pdf.
16. Calvano LM, Ferreira AL, Fragoso LS, Oliveira JP, Sica JCS, Vitor LC, et al. Cobertura Vacinal em crianças atendidas no Ambulatório de Pediatria Geral de um Hospital Universitário Pediátrico [pôster eletrônico]. Rio de Janeiro: V Congresso de Pediatria da UFRJ; 2023.
17. Neves V. São poucas, mas existem contraindicações para vacinas. Rádio USP (S Paulo) [Internet]. 2018; [citado em 2024 Set 08]. Disponível em: <https://jornal.usp.br/radio-usp/sao-poucas-mas-existem-contraindicacoes-para-vacinas/>.
18. Ministério da Saúde (BR). Vacinação. Perguntas Frequentes - Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2023. [Acesso em 2024 Ago 30]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/faq>.
19. Lopes PSD, Scheibel IM. Cobertura vacinal contra influenza e motivos da não vacinação em crianças com idade de risco internadas em hospital terciário. *Rev AMRIGS*. 2015;59(2):73-77.