



FIOCRUZ



URCA



UFC



UFPB



UFRN



UECE



UFMA



UVA



UFPI



UNILAB



UNCISAL

Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

VITÓRIA COSTA OLIVEIRA

**INTERVENÇÃO VIA TELEMÁTICA PARA ACOMPANHAMENTO
PÓS-VACINAL INFANTIL: ESTUDO EXPERIMENTAL**

Redenção–CE

2026

VITÓRIA COSTA OLIVEIRA

**INTERVENÇÃO VIA TELEMÁTICA PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-VACINAL
INFANTIL: ESTUDO EXPERIMENTAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PPGSF, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Freire de Sousa

Coorientadora: Profa. Dra. Emília Soares Chaves Rouberte

Área de concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde da Família

Eixo da Saúde Coletiva: Políticas, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde

Redenção–CE
2026

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Sistema de Bibliotecas da UNILAB
Catalogação de Publicação na Fonte.

Oliveira, Vitória Costa.

O42i

Intervenção via telemática para acompanhamento pós-vacinal infantil: estudo experimental / Vitória Costa Oliveira. - Redenção, 2026.

73f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Da Família, Programa De Pós-graduação em Saúde Da Família, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2026.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Freire de Sousa.

Coorientadora: Profa. Dra. Emília Soares Chaves Rouberte.

1. Vacinação. 2. Telemática. 3. Tecnologia da informação. 4. Atenção primária à saúde. 5. Evento adverso. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 614.47

VITÓRIA COSTA OLIVEIRA

**INTERVENÇÃO VIA TELEMÁTICA PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-VACINAL
INFANTIL: ESTUDO EXPERIMENTAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PPGSF, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. .Dr. Daniel Freire de Sousa

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Orientador

Profa. .Dra. Emília Soares Chaves Rouberte

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Coorientadora

Profa. .Dra. Leidiane Minervina Moraes de Sabino

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – Membro 1

Profa. .Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio

Universidade Federal de Alagoas – Membro 2

RESUMO

As orientações de cuidados e o acompanhamento pós-vacinal são fundamentais para a adesão à vacinação, e esse cuidado pode ser potencializado com o uso de tecnologias. Este estudo teve a seguinte questão de pesquisa: o acompanhamento pós-vacinal via telemática favorece o monitoramento e manejo de eventos adversos, além de orientar sobre os cuidados pós-vacinais, tornando-se superior ao método convencional de acompanhamento pós-vacinal da sala de vacinas? O objetivo foi avaliar a eficácia do acompanhamento pós-vacinal infantil via telemática em comparação ao procedimento convencional da sala de vacina. Trata-se de um estudo experimental, realizado em Unidades Básicas de Saúde do município de Redenção, Ceará, entre setembro de 2025 a fevereiro de 2026. Participaram 34 pais e responsáveis por crianças de 0 a 12 meses. Os participantes foram alocados em grupos controle e intervenção, com 17 participantes em cada. O grupo controle recebeu orientações conforme a rotina da sala de vacina e foi contatado 72 horas após a vacinação para investigação de eventos adversos e os cuidados adotados. O grupo intervenção recebeu orientações convencionais e acompanhamento via telemática, com contato em até 12 horas e após 72 horas, por meio de ligação telefônica e *WhatsApp* para orientações e investigação de reações adversas e condutas adotadas. Foram coletadas variáveis sociodemográficas, meios e preferências de acesso à informação em saúde, percepções sobre vacinação e exposição a *fake news*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira sob o CAAE n.º 90992025.0.0000.5576. A análise estatística incluiu frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (mediana e intervalo interquartil), teste exato de Fisher e Wilcoxon-Mann-Whitney, além de regressão de Poisson penalizada (Firth) para modelagem multivariada. Os grupos apresentaram perfis semelhantes, sem diferenças sociodemográficas significativas. Quanto aos eventos adversos em até 72 horas, não houve diferenças estatísticas entre os grupos, com reações leves predominantes, como dor (24% em ambos) e febre (5,9% no controle e 24% na intervenção). A adesão global foi baixa em ambos os grupos, sem diferença significativa ($p = 0,545$). Conclui-se que o acompanhamento telemático não foi superior ao método convencional quanto à ocorrência de eventos adversos e adesão aos cuidados, embora tenha se mostrado viável como estratégia complementar para o cuidado pós-vacinal na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Vacinação; telemática; tecnologia da informação; atenção primária à saúde; evento adverso.

ABSTRACT

Care guidelines and post-vaccinal support are fundamental for vaccination support, and this care can be enhanced through the use of technologies. This study addresses the following research question: does post-vaccinal support via telematics favor the monitoring and management of adverse events, in addition to providing guidance on post-vaccination care, becoming superior to the conventional method of post-vaccinal support in the vaccine room? The objective was to evaluate the effectiveness of post-vaccination support for children via telematics in comparison to the conventional procedure in the vaccination room. This is an experimental study, carried out in Basic Health Units of the municipality of Redenção, Ceará, between September 2025 and February 2026. 34 countries will participate and are responsible for children from 0 to 12 months. The participants were placed in control and intervention groups, with 17 participants in each. The control group received guidance in accordance with the vaccination room routine and was contacted 72 hours after vaccination for investigation of adverse events and the care provided. The intervention group receives conventional orientation and support via telematics, with contact within 12 hours and then 72 hours, by telephone connection and WhatsApp for orientation and investigation of adverse reactions and appropriate behaviors. There are varying sociodemographic data, methods and preferences for access to information in health, perceptions about vaccination and exposure to fake news. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira under CAAE no. 90992025.0.0000.5576. The statistical analysis included absolute and relative frequencies, measures of central tendency (median and interquartile interval), Fisher and Wilcoxon-Mann-Whitney exact tests, as well as penalized Poisson regression (Firth) for multivariate modeling. The groups present similar profiles, without significant sociodemographic differences. As for the adverse events within 72 hours, there were no statistical differences between the groups, with predominant mild reactions, such as fever (24% in both) and fever (5.9% not controlled and 24% in the intervention). The overall improvement was low in both groups, with a significant difference ($p = 0.545$). It was concluded that the telematic accompaniment was not superior to the conventional method in terms of the occurrence of adverse events and the addition of care, but it has been shown to be a complementary strategy for post-vaccine care in Primary Health Care.

Keywords: Vaccination; telematics; information technology; primary health care; Aaverse event.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Protocolo com conteúdo personalizável para a intervenção.....	20
Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra.....	27
Tabela 2 – Meio de obtenção de informação em saúde.....	29
Tabela 3 – Preferência de via e horário para contato.....	30
Tabela 4 – Distribuição das reações adversas após a vacinação por grupo.....	32
Tabela 5 – Modelos multivariados para ocorrência de eventos adversos pós-vacinação	33
Tabela 6 – Distribuição da adesão aos cuidados pós-vacinação por grupo.....	34
Tabela 7 – Distribuição da adesão global aos cuidados pós-vacinação por grupo.....	35
Tabela 8 – Distribuição da adesão global aos cuidados pós-vacinação segundo variáveis explicativas.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	10
2.1	OBJETIVO GERAL	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1	OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO.....	13
3.2	A SITUAÇÃO DA COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL.....	14
3.3	TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E TELECOMUNICAÇÃO.....	16
4	METODOLOGIA.....	17
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	16
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	18
4.3	POPULAÇÃO.....	18
4.3.1	Amostra.....	19
4.3.1.1	Seleção da amostra.....	19
4.3.1.2	Critérios de inclusão.....	19
4.3.1.3	Critérios de exclusão.....	19
4.3.1.4	Critérios de descontinuidade.....	19
4.4	INTERVENÇÃO.....	20
4.4.1	Conteúdo da intervenção.....	20
4.4.2	Abordagem via telemática.....	21
4.4.3	Grupo Controle.....	21
4.4.4	Grupo Intervenção.....	21
4.4.5	Randomização.....	22
4.4.6	Cegamento.....	22
4.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	22
4.5.1	Variáveis preditoras.....	22
4.5.2	Variáveis de desfecho.....	23
4.5.3	Variáveis de confusão.....	23
4.6	COLETA DE DADOS.....	24
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	24
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4.7.1	Riscos do estudo.....	25
4.7.2	Benefícios do estudo.....	26
5	RESULTADOS.....	27
6	DISCUSSÃO.....	38
6.1	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	42
6.2	CONTRIBUIÇÕES E PERSPECTIVAS PARA PESQUISAS FUTURAS.....	42
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	44
	REFERÊNCIAS	45
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados do responsável	56
APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados da criança.....	58
APÊNDICE D – Instrumento pós-vacinação e intervenção.....	59
APÊNDICE E – Instrumento pós-vacinação e controle.....	61
ANEXO A – Parecer Cosubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	62

1 INTRODUÇÃO

A vacinação é fundamental para a prevenção de doenças infectocontagiosas, principalmente aquelas que outrora foram controladas ou erradicadas. A vacina é uma substância biológica com antígenos, capazes de desencadear a produção de anticorpos contra doenças infecciosas (Silva, 2021). Além de apresentar o melhor custo-benefício, é uma das melhores intervenções para a redução da morbimortalidade infantil (UNICEF, 2020).

No Brasil, a partir da reformulação da saúde pública, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa Nacional de Imunização (PNI), houve uma tendência à valorização e credibilidade nas campanhas de vacinação. As estratégias de vacinação possibilitaram alcançar a erradicação de doenças como a poliomielite e o sarampo. Porém, devido a atual redução da cobertura vacinal, essas e outras doenças preveníveis por vacina voltaram a ser notificadas (Rolemberg, 2024).

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) alerta que desde 2015 a cobertura vacinal de menores de cinco anos apresenta uma queda preocupante. Essa entidade identificou que fatores como a baixa percepção dos pais e responsáveis sobre o risco das doenças imunopreveníveis; o receio dos Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI); a indisponibilidade das vacinas; e a indisponibilidade dos pais para participarem das rotinas de vacinação, são fatores que contribuem para a baixa cobertura vacinal (UNICEF, 2020).

Apesar de ser uma das maiores invenções da humanidade, desde sua criação em 1796, a utilização de vacinas é questionada e criticada quanto a sua segurança e efetividade (Silva, 2021). Grupos contrários à vacinação divulgam *Fake News*, majoritariamente através das mídias sociais, para desacreditar a vacina, gerando incertezas, mesmo sendo amplamente incentivada por profissionais e autoridades em saúde (Lopes, 2022).

A problemática se agravou durante a pandemia de COVID-19, em 2020, quando a emergência de saúde pública exigiu adoção de medidas não farmacológicas e vacinação em massa, mas parte da população apresentou resistência na execução da estratégia. Estudos afirmam que a crise no Brasil foi intensificada pela disseminação de *Fake News*, falta de apoio político federal e desencorajamento da vacinação pelo representante do Estado. (Maia, 2024; Maciel, 2022)

O comportamento de hesitação vacinal pode gerar o atraso ou recusa vacinal e está associado a insegurança, agravada por fatores sociodemográficos e dinâmica familiar, políticas governamentais, acesso à informação e aos serviços de saúde (Palmieri, 2023; Neves, 2024). Modificar esse comportamento e alcançar os objetivos de imunização requer esforço global,

com apoio de líderes e representantes do governo, para investimentos em processos de trabalho que favoreçam a vacinação (UNICEF, 2024).

A disseminação de informações inverídicas não interfere na decisão de vacinar, mas aumenta a hesitação, mesmo que o indivíduo seja favorável à vacinação. Foi identificado que as principais fontes de informação sobre o tema são os meios de comunicação tradicionais, como televisão e rádio; redes sociais e profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) (UNICEF, 2020).

Uma comunicação eficaz deve ser um investimento para a qualidade da assistência à saúde, pois pode contribuir para satisfação do usuário e favorecer adesão ao cuidado continuado (Araújo, 2024). Entretanto, durante a rotina de vacinação na UBS as informações são dispensadas de forma verbal, como parte do procedimento de vacinação e, quando comunicadas inadequadamente, podem ser insuficientes ou não compreendidas. Além disso, não há monitoramento em saúde após a vacinação.

Com base nas vivências em sala de vacinas, percebe-se que convencionalmente as orientações sobre as vacinas, o cuidado pós-vacinal e o incentivo para a vacinação são procedimentos pontuais, o acompanhamento pós-vacinal não é rotina nas UBS. Este *método convencional* de orientação e acompanhamento pós-vacinal precisa ser qualificado e para isso podem ser utilizadas as Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC).

O acesso à informação foi democratizado por meio das TIC, que podem ampliar a socialização e possibilitar mudanças culturais e políticas (Silva, 2022). A utilização de dessas tecnologias propõe otimizar e auxiliar a assistência em saúde para a tomada de decisão, monitoramento e avaliação das ações e serviços. As TIC integram os serviços de saúde por meio da política de informação e informática do SUS e fazem parte do processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) (Bender, 2024).

A telemática engloba sistemas, processos, procedimentos e instrumentos, é parte integrante das TIC. Para a saúde, a telemática se conceitua como meios de telecomunicação e informática que permitem atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde (Meireles; Rivabem, 2023). A telemática é acessível e está presente no cotidiano da população brasileira, possibilita a comunicação por vias tecnológicas como televisão, telefone celular, computador e *tablets* permitem uma nova forma de viver, aprender e compartilhar (Silva, 2022).

Ligações telefônicas facilitam o acesso as informações e a comunicação, podem ser usadas para gerenciamento de serviços de saúde, implementação de intervenções educativas, acompanhamento da situação de saúde e controle de agravos, além de possuírem potencial para

melhora do bem estar e desenvolvimento de habilidades. É um recurso de fácil adesão que pode complementar a assistência em saúde prestada pela APS (Stamm, 2018).

A *Internet* remodelou os meios de comunicação tradicionais, as novas tecnologias digitais permitem mensagens instantâneas e redes sociais, que aceleram e modernizam a interação humana. As plataformas de mídias sociais mais populares para os brasileiros em 2024 foram: o *WhatsApp* com 93,7%; seguido do *Instagram* com 92%; e *Facebook* com 81,5% dos acessos. Ainda no *ranking* estavam o *TikTok* e *Telegram*, acessados por cerca de 63,9% e 57,1% dos usuários, respectivamente (Statista, 2025).

O acesso a mídias sociais está presente no cotidiano de profissionais e gestores de saúde. Em virtude necessidade de comunicação instantânea, o *WhatsApp* confere benefícios como agilidade e resolutividade na rotina. O aplicativo é fundamental para a organização do processo de trabalho, é capaz de aproximar as pessoas, registrar informações, além de possuir recursos como o envio de mensagens de texto e áudios; imagens e vídeos; e ligações de voz e vídeos, que favorecem uma comunicação interativa (Savio, 2021).

Com isso, por considerar as potencialidades do acompanhamento em saúde via telemática através de ligações telefônicas e mídias sociais, o problema de pesquisa deste estudo foi: o acompanhamento pós-vacinal via telemática favorece o monitoramento e manejo de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI), além de orientar sobre os cuidados pós-vacinais, tornando-se superior ao método convencional de acompanhamento pós-vacinal da sala de vacinas?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia do acompanhamento pós-vacinal infantil via telemática em comparação ao procedimento convencional de orientação e monitoramento na sala de vacina.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar um protocolo de acompanhamento pós-vacinal infantil para orientação e monitoramento em saúde baseado em evidências científicas;
- Construir um plano para implementação do protocolo de acompanhamento via telemática;
- Avaliar a adesão aos cuidados acerca dos ESAVI orientados no protocolo de acompanhamento entre os grupos acompanhados via telemática e os que receberam orientações na sala de vacina;
- Avaliar a interferência do perfil sociodemográfico na ocorrência de ESAVI e na adesão aos cuidados sobre o protocolo de acompanhamento entre os grupos acompanhados via telemática e os que receberam orientações na sala de vacina;
- Comparar os efeitos de ocorrência de ESAVI e a adesão aos cuidados sobre o protocolo de acompanhamento entre os grupos acompanhados via telemática e os que receberam orientações na sala de vacina;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO

O PNI, instituído em 1973 pelo Ministério da Saúde, é responsável por disponibilizar gratuitamente, por meio do Sistema Único de Saúde, 30 tipos de vacinas, 13 soros e 4 imunoglobulinas (Brasil, 2025). Essa política de saúde é uma das estratégias de saúde coletiva mais eficazes. Ele é essencial para o controle, eliminação e erradicação de doenças infectocontagiosas e imunopreveníveis (Dande, 2022).

O PNI foi regulamentado por meio da Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações da Vigilância Epidemiológica, normas para a notificação compulsória de doenças e competências do Ministério da Saúde para com o Programa Nacional de Imunizações, ficando responsável por coordenar a Política Nacional de Imunizações (Brasil, 1975; Brasil, 1976; Carvalho, 2024).

Assim, o PNI define o Calendário Nacional de Vacinação, atua na aquisição e distribuição dos imunobiológicos nas salas de vacinas públicas, estabelece normas e diretrizes para o funcionamento de salas de vacinas, recomendações e indicações da vacinação no território nacional. O Calendário Nacional de Vacinação define as vacinas disponibilizadas para crianças, adolescentes, adultos, idosos, gestantes, indígenas e pessoas vivendo com alguma condição especial (Pércio, 2023).

Com alta capacidade técnica em aspectos organizacionais para imunização, o PNI do Brasil é considerado um dos mais completos e eficientes programas dentre os países em desenvolvimento. As ações de saúde coletiva implementadas nas últimas décadas alcançaram a redução acelerada de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis, como sarampo, tétano, tuberculose, coqueluche e poliomielite, dentre outras (Dande, 2022; Percio, 2023).

A atuação local do PNI é fundamental para o alcance de metas. A Atenção Primária à Saúde (APS), coordenadora da rede de atenção à saúde, proporciona a integração dos serviços da rede com o programa de imunização, e dispõe de estrutura física e técnico-administrativa para a coordenação da rede de frios (Braga, 2023). A estruturação da APS propõe atuação em território por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), baseada em acesso ampliado e oferta de serviços de baixa complexidade (Holanda, 2022).

A ESF opera o PNI, oferta as vacinas, articula as estratégias de vacinação e monitora a situação epidemiológica do território. O enfermeiro é o responsável técnico pela coordenação da sala de vacina; planejamento e avaliação de ações de rotina e campanhas; gestão

de pessoas, gestão da rede de frios, imunobiológicos e outros insumos; e a promoção de estratégias de busca ativa de pessoas não vacinadas (Silva, 2024; Braga, 2024).

Além disso, a enfermagem atua em atividades específicas de conservação, preparo, administração, registro, descarte de resíduos, educação em saúde da população, educação permanente da equipe, análise da situação vacinal, vigilância e manejo em casos de ESAVI (Godinho, 2024), definido como:

“[...] qualquer ocorrência médica indesejada temporalmente associada à vacinação, não possuindo necessariamente uma relação causal com o uso de uma vacina ou outro imunobiológico (imunoglobulinas e soros heterólogos), podendo ser qualquer evento indesejável ou não intencional, isto é, sintoma, doença ou achado laboratorial anormal.” (Brasil, 2022)

Ademais, o Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação conceitua que:

“Os eventos adversos passíveis de serem imputados às vacinações são apenas uma fração dos que ocorrem após as vacinações. Eles podem ser inesperados ou esperados, tendo em vista a natureza e as características do imunobiológico, bem como o conhecimento já disponível pela experiência acumulada.” (Brasil, 2020)

Dito isso, a enfermagem, diante de sua competência científica, técnica e ética, desempenha papel essencial no PNI (Godinho, 2024). Para o gerenciamento adequado da sala de vacina e a segurança na administração desses imunobiológicos, é fundamental a atuação do enfermeiro. Entretanto, estudos evidenciam que a alta demanda de atividades afasta o enfermeiro da sala de vacina, sendo esse um dos principais desafios encontrados para a qualificação dos processos de trabalho na sala de vacina (Domingos, 2024; Silva, 2024; Braga, 2024).

Com isso, o procedimento de vacinação pode não estar adequado, com educação em saúde insuficiente, comunicação prejudicada e carência de acompanhamento pós-vacinal (Araújo, 2024). Essa problemática poderia ser minimizada com a adoção de TICs, as quais são ferramentas interativas de processamento de informações e auxílio na comunicação (Monteiro, 2024). O perfil da cobertura vacinal, então, é fundamental para se compreender o panorama atual do PNI.

3.2 A SITUAÇÃO DA COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL

Há uma tendência global de redução da cobertura vacinal (Braga, 2023). O Brasil, mesmo mundialmente reconhecido por altas taxas de cobertura vacinal e pelo primoroso desempenho do PNI, experiencia essa crise desde 2015. A redução da taxa de vacinação aumenta o risco de reintrodução e disseminação de doenças imunopreveníveis eliminadas no país, ameaçando o histórico de sucesso do PNI nos últimos 50 anos (Pontes, 2022; Braga, 2023; Pércio, 2023).

Apesar de promover proteção imunológica, imunidade heteróloga, prevenção de complicações graves, hospitalizações e óbito, as vacinas estão sendo desacreditadas (Neves, 2024). Compreende-se que os discursos antivacina são um problema de saúde pública por promoverem a desconfiança da população sobre a segurança dos imunobiológicos, resultando na hesitação vacinal (Pontes, 2022).

Um estudo sobre o padrão de tendência de vacinação no Brasil identificou uma queda progressiva da cobertura vacinal de pentavalente, poliomielite, tríplice viral e BCG na maioria dos estados, e que as demais vacinas apresentam dados estacionários ou decrescentes, não havendo aumento dos índices de vacinação (Neves, 2024).

Essa tendência ao declínio também foi observada em estudo realizado dentre as capitais da Região Nordeste. Ainda que Fortaleza–CE apresentasse a maior taxa de cobertura vacinal dentre as capitais, foi observada uma prevalência de queda da cobertura vacinal nos anos de 2018 a 2022 em todas as capitais analisadas, assim como foi percebido aumento da taxa de abandono vacinal (Carvalho, 2023).

O Brasil apresenta alto risco para reintrodução da poliomielite, e o Nordeste apresenta situação crítica da cobertura de vacina contra poliomielite em crianças menores de dois anos. Ao analisar o esquema vacinal de nascidos vivos entre 2017 e 2018, percebeu-se que nenhuma capital alcançou a meta de 95% preconizada pelo PNI, e quase um quinto da população do estudo não possuía o esquema completo (Ramos, 2024).

Para enfrentamento do problema, faz-se necessário o cumprimento da meta preconizada e a redução de esquemas incompletos. Para isso, orienta-se construir um plano operacional local com definição de prioridades, aprimoramento de estratégias e o monitoramento de dados de cobertura e abandono vacinal (Braga, 2023).

A exemplo de planejamento, conforme o Plano Regional de Saúde de Fortaleza–CE 2023-2027, pretende-se atingir a prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações de imunização. Para isso, foram definidas as metas: alcançar 95% de proporção de vacinas infantis com cobertura vacinal adequada; ampliar em 23,4% a proporção de salas de vacinas

com alimentação mensal no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações; e reduzir para 4,9 a taxa de abandono de esquema vacinal da Tríplice Viral até 2027 (Ceará, 2023).

3.3 TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E TELECOMUNICAÇÃO

Conceitua-se como TIC um conjunto de tecnologias de comunicação que possibilitam o acesso, a produção e a disseminação de informações, sendo um dos principais ramos da saúde digital. Através das TICs é possível promover autocuidado, educação em saúde e empoderamento do usuário. Os benefícios da tecnologia envolvem segurança nos processos, eficiência de comunicação e resultados organizados (Cirne, 2023).

As TICs, quando aplicadas propriamente, conforme o perfil do público, promove acesso à informação baseada em evidências, como livros, artigos científicos, jornais e banco de dados, potencializando a educação em saúde (Cirne, 2023). Com o advento dos computadores, *Internet* e redes de telefonia celular móvel, as TICs avançaram e atualmente é possível a utilização de *softwares* educativos, dispositivos eletrônicos e plataformas *on-line* que favorecem a comunicação por *e-mail*, redes sociais, e ligações celulares. (Monteiro, 2024).

O Brasil é a quinta maior população digital do mundo e a maior da América Latina e Caribe. Possui mais de 161,4 milhões de usuários *online*, e nos últimos cinco anos quase todos os usuários de *Internet* do país acessaram a *web* através dos seus celulares próprios. Assim, é possível observar uma redução das limitações de acesso entre classes sociais e regiões do país (Statista, 2025).

A comunicação via telemática facilita o acesso a serviços de saúde por meio do aprimoramento da intercomunicação entre esferas da saúde pública e também da comunidade. A telemática pode agilizar o agendamento, atendimento, diagnóstico, gerenciamento, monitoramento e avaliação em saúde, de forma organizada, em tempo real e com qualidade. São ferramentas facilitadoras para a manutenção de rotinas e fluxos, sendo fundamental para o bom funcionamento das equipes de saúde, considerando a atual e crescente informatização da população e APS (Bender, 2024).

A maior disponibilidade de telefones celulares e acesso à *Internet* favorece a troca de informações principalmente por ligações telefônicas e uso de redes sociais como *WhatsApp*, *Instagram* e *Facebook* para troca de mensagens de texto, áudio, fotos e vídeos, sendo as opções mais interativas e de melhor usabilidade pelo público jovem. Assim, o uso de tecnologias de telemática pode melhorar a saúde pública por proporcionar uma maior interação entre profissionais de saúde e usuários (Cirne, 2023).

Cerca de 92% dos usuários de *Internet* do Brasil utilizam aplicativos de mensagens instantânea, considera-se que essa é a forma de comunicação *on-line* mais popular do país, sendo o canal de interação e compartilhamento de informações mais utilizado. Essas mídias sociais extrapolam o entretenimento e hoje se comportam como ferramentas no processo de trabalho dos brasileiros (Statista, 2025).

O *WhatsApp* é indispensável na vida brasileiro, é a mídia social mais utilizada no país. Aproximadamente 93% da população é usuário ativo do aplicativo e 31% declaram que essa é sua mídia social preferida. O Brasil é o terceiro maior utilizador do aplicativo de mensagens (Statista, 2025).

Assim, o uso de ferramentas telemáticas no cuidado à saúde propicia acesso individualizado e coletivo, padronizado e baseado em evidências científicas, que promove maior participação do usuário nas tomadas de decisão a partir do melhor entendimento e acompanhamento do seu estado de saúde (Cirne, 2023). Ao considerar que a globalização, a evolução tecnológica e a situação sociopolítica de um país interferem na saúde pública, é possível reconhecer que o uso dessas tecnologias reduz barreiras e auxilia no cuidado à saúde.

Ao refletir sobre o atual cenário sociopolítico de divulgação de *Fake News* no Brasil, a telemática se destaca como uma potente ferramenta que possibilita a mitigação da desinformação disseminada por grupos negacionistas científicos por permitir que a informação confiável esteja disponível para ser consultada quando necessário (Monteiro, 2024).

Diante disso, é necessário e possível avaliar a eficácia do acompanhamento pós- vacinal via telemática na adesão à rotina de vacinação para redução da hesitação vacinal, objetivando potencializar os procedimentos convencionais de orientação e acompanhamento na sala de vacina.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo experimental, do tipo randomizado controlado (Vasconcelos, 2012). Experimento é conceituado como uma situação criada com o intuito de observar, sob condições controladas, a relação que existe entre determinados fenômenos (Gerhardt; Silveira, 2009). Assim, o método experimental consiste em determinar o objeto de estudo, identificar variáveis que possam influenciá-lo e indicar formas de controle e observação dos efeitos produzidos pela variável (Gil, 1999). Este método auxilia na interpretação e estimativa da

relação causa-efeito, avaliando o impacto e desfecho de uma intervenção (Gerhardt; Silveira, 2009).

Esse estudo foi realizado em campo, onde foram construídas condições específicas para a manipulação da realidade dos sujeitos a partir da aplicação da intervenção via telemática. Os sujeitos foram alocados aleatoriamente em dois grupos homogêneos, nomeados como grupo intervenção e grupo controle (Fonseca, 2002).

A distribuição dos participantes em grupo intervenção e grupo controle utilizando métodos de aleatorização é conceituada como randomização. A randomização e o uso de grupo controle possibilitam a redução de viés de seleção e comparação entre os grupos, visto que mantém as variáveis semelhantes entre os dois grupos, excetuando-se somente a intervenção de interesse do estudo (Sharma; Srivastav; Samuel, 2020).

Desse modo, esse estudo se caracteriza como experimental por atender aos critérios de **manipulação** com a aplicação de uma intervenção; **controle** a partir da distribuição dos sujeitos em dois grupos homogêneos; e **randomização** por meio da alocação aleatória (Polit; Beck; Hungler, 2011).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, na cidade de Redenção, localizada na mesorregião norte do Ceará, a 64 km² de distância da capital do Estado. A cidade possui população estimada de 29.238 habitantes e integra a Área Descentralizada de Saúde de Maracanaú, parte da Superintendência Regional de Saúde de Fortaleza (Ceará, 2023). Possui atualmente 12 Unidades Básicas de Saúde equipadas com sala de vacinas e 15 equipes de Estratégia Saúde da Família.

De acordo com o Relatório Gerencial de Vacinação gerado pela Coordenação de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde de Redenção–CE, no último ano, em média, foram mensalmente aplicadas 705 doses de imunizantes, em crianças de zero a 12 meses. Aproximadamente 58 doses por sala de vacina (Redenção, 2025). Desse modo, foram escolhidas quatro UBS, sendo duas na zona rural e duas na zona urbana do município.

4.3 POPULAÇÃO

Considerando o estudo de estimativa populacional de Redenção–CE para o ano de 2024, dados extraídos do DATASUS via TabNet, a população deste estudo é composta por 353 crianças menores de um ano de idade (Brasil, 2024). Assim, participaram deste estudo pais ou

responsáveis legais de crianças de zero a 12 meses, considerando a maior frequência de aplicação de doses de vacinas nessa faixa etária (Brasil, 2025); que residam em Redenção-CE e que levaram as crianças para vacinação, sob anuência da pesquisa.

4.3.1 Amostra

A amostra aleatória por conveniência foi constituída por 34 pais e responsáveis de crianças de zero a 12 meses que residem em Redenção-CE e levaram as crianças para vacinação nas UBS do local do estudo.

4.3.1.1 Seleção da amostra

Os participantes foram identificados com auxílio da equipe de saúde, na Unidade Básica de Saúde, quando compareceram para a vacinação e foram convidados a participar do estudo.

4.3.1.2 Critérios de inclusão

Foram adotados como critérios de inclusão ser pai, mãe ou responsável de criança de zero a 12 meses, residente no município que aloca os locais de estudo, que frequentou alguma sala de vacina do local do estudo e aceitou participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.3.1.3 Critérios de exclusão

Para a exclusão foram eleitos os critérios: participante responsável por criança com doença ou em tratamento imunossupressor ou histórico de reação alérgica aos componentes das vacinas; não possuir acesso a aparelho de telemática e rede telefônica ou *Internet*.

4.3.1.4 Critérios de descontinuidade

Os critérios para descontinuidade do estudo foram: participante responsável por criança submetida a internação hospitalar durante o estudo; falta de contato com a pesquisadora em duas tentativas, em horários diferentes e por duas tecnologias de telemática diferentes; desistência de participar do estudo após início da coleta de dados; óbito do participante responsável ou da criança.

4.4 INTERVENÇÃO

Os participantes foram alocados em dois grupos, conforme o tipo de intervenção a qual foram submetidos. O contato ocorreu após a administração da vacina, em até 12h para o grupo intervenção e em 72h para os grupos intervenção e controle, considerando que estes são os marcos temporais de maior ocorrência de ESAVI conforme o Manual de vigilância epidemiológica de ESAVI (Brasil, 2020).

Considera-se que em rotina de vacinação, aqui representado pelo termo *método convencional*, as orientações sobre as vacinas, o cuidado pós-vacinal e o incentivo para a vacinação são procedimentos pontuais, o acompanhamento pós-vacinal não é rotina nas UBS.

O *acompanhamento pós-vacinal via telemática* proposto por este estudo forneceu informações sobre as vacinas administradas, a doença a qual ela protege, o esquema de doses e reforço; os possíveis eventos adversos, os cuidados que podem ser adotados para a minimização de eventos adversos; a importância da comunicação à UBS sobre a ocorrência dos eventos adversos; e o incentivo ao retorno a sala de vacina da data aprazada.

4.4.1 Conteúdo da intervenção

O protocolo de *acompanhamento pós-vacinal via telemática* foi personalizado conforme a dose administrada, o esquema vacinal adequado para a idade da criança, os possíveis eventos adversos e os cuidados que deveriam ser adotados (Brasil, 2025; Brasil; 2020), como exibe o quadro 1.

Quadro 1 – Protocolo com conteúdo personalizável para a intervenção

Orientações em até 12h:	Orientações após 72h:
- A criança tomou a vacina [adicionar vacina], aplicada em [adicionar doses] doses, que é indicada para os meses [adicionar meses]; - Esta vacina protege contra as doenças [adicionar doenças]; - As possíveis reações são: [adicionar reações];	- A próxima vacina a ser administrada será [adicionar nome], no dia [adicionar aprazamento] procure a UBS e leve consigo os documentos da criança e a caderneta de vacinação; - Esta vacina protege contra as doenças [adicionar doenças]; - Vacine sua criança!

- Para minimizá-las você pode manter a criança em repouso; ofertar leite materno, água, sucos e vitaminas; ofertar medicamentos prescritos para febre e dor; realizar compressa fria; e procurar uma UBS em caso de dúvidas ou reações graves;	
---	--

Fonte: Autoria própria, 2025.

4.4.2 Abordagem via telemática

O participante foi contatado de acordo com a preferência do horário e tipo de tecnologia informada na coleta de dados inicial. As orientações ocorreram via *WhatsApp*, por meio dos recursos de mensagem de texto, mensagem de áudio, ligação de voz e ligação por vídeo. Também poderia ocorrer por envio de SMS por operadora telefônica e ligação de voz por operadora telefônica.

O contato ocorreu entre 8h e 18h, em dias úteis da semana. Entretanto, para o seguimento do estudo, o participante foi informado que a pesquisadora poderia entrar em contato em outros horários e por outras vias telemáticas caso o participante não respondesse a primeira tentativa de contato.

4.4.3 Grupo Controle

O participante alocado no grupo controle recebeu orientações de acordo com o ***método convencional***, conforme a rotina da sala de vacina. O conteúdo e a forma de reprodução das orientações estavam a critério do vacinador, sem interferência da pesquisadora.

O grupo controle foi contatado 72h após a vacinação, em que foi questionado sobre a ocorrência de ESAVI, as informações recebidas na sala de vacina e os cuidados realizados, a partir de um questionário estruturado (APÊNDICE E).

4.4.4 Grupo Intervenção

O participante alocado no grupo intervenção recebeu orientações de acordo com o ***método convencional***, conforme a rotina da sala de vacina. O conteúdo e a forma de reprodução das orientações estavam a critério do vacinador, sem interferência da pesquisadora. Além disso, teve acesso ao ***acompanhamento pós-vacinal via telemática***.

Durante o acompanhamento o grupo intervenção recebeu contato via telemática em dois momentos: 1) em até 12h após a administração da vacina os participantes receberam informações sobre a vacina administrada e orientações de cuidados pós-vacinal; e foram questionados sobre a ocorrência de ESAVI. 2) 72h após a administração da vacina os participantes foram questionados sobre a ocorrência de ESAVI, cuidados realizados, vacina administrada; e foram orientados sobre a importância de seguir o próximo aprazamento vacinal (APÊNDICE D).

4.4.5 Randomização

A alocação dos sujeitos nos grupos controle e intervenção foi homogênea e aleatória, com randomização com dois tratamentos, com razão de 1:1, a partir de uma lista com informações codificadas dos participantes (INICIAIS DO NOME + IDADE), com sequência sorteada aleatoriamente via *Google Sheets*, por colaborador não participante do estudo, para minimização do viés de seleção (Veras, 2023; Silva, 2020; Silva 2021). A randomização foi diária, após a coleta de dados do perfil do sociodemográfico dos participantes, considerando que a intervenção via telemática iniciou em até 12h após a vacinação.

4.4.6 Cegamento

Ocorreu cegamento dos participantes para garantir que não ocorresse interferência no desfecho, reduzindo o viés nas estimativas do efeito da intervenção. Para isso, os participantes foram codificados por um conjunto de letras e números. Ainda para minimizar a ocorrência de viés, foi adotado coleta de dados uniforme e consistente, através do preenchimento do questionário digital via *Google Forms* (Santiago *et al.*, 2021).

4.5 VARIÁREIS DO ESTUDO

4.5.1 Variáveis preditoras

- Sexo – feminino e masculino;
- Idade – em anos completos;
- Raça – preto, pardo, branco;
- UBS da vacinação – Barra Nova, Guassi, Joana Regis e Centro de Saúde;

- Grau de escolaridade – sem estudo, fundamental, médio, superior, pós-graduação;
- Renda familiar – menos que 1 salário mínimo, 1 salário mínimo, 2-3 salários mínimos, 4-5 salários mínimos, mais que 5 salários mínimos;
- Ocupação – referida pelo participante;
- Estado civil – solteiro, casado/união estável, divorciado/separado, viúva;
- Grau de parentesco com a criança – mãe, pai, avó, avô, irmã, irmão, tia, tio, prima, primo, responsável legal;
- Quantidade de crianças sob responsabilidade – referida pelo participante;
- Acesso à rede telefônica – se possui ou não;
- Acesso à *Internet* – se possui ou não;
- Letramento digital – se considera possuir ou não;
- Preferência para o tipo de comunicação – mensagem de texto por *WhatsApp*, áudio por *WhatsApp*, SMS, ligação de voz por *WhatsApp*, ligação de vídeo por *WhatsApp*; SMS por operadora telefônica, ligação de voz por operadora telefônica;
- Preferência de horário para comunicação – referida pelo participante entre 8h e 18h;

4.5.2 Variáveis de desfecho

- Redução da ocorrência de ESAVI a partir da implementação dos cuidados de enfermagem adotados pelos pais e responsável legal do grupo intervenção em comparação ao grupo controle como medida de minimização de complicações dos eventos adversos;
- Aumento na implementação dos cuidados adotados pelos pais e responsável legal diante da ocorrência de eventos adversos do grupo intervenção em comparação ao grupo controle como medida de minimização de complicações dos eventos adversos;

4.5.3 Variáveis de confusão

As orientações do método convencional foram dispensadas conforme a rotina da sala de vacina, a critério do vacinador. Não houve observação ou interferência do pesquisador sobre o conteúdo, intensidade, veracidade e forma de reprodução da informação. Desse modo, os participantes tiveram acesso a níveis variados de informação.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em dezembro de 2025. Após identificação dos participantes, foi realizada entrevista presencial com os participantes captados na UBS. Os participantes foram alocados em dois grupos para a intervenção telemática. As respostas obtidas com a coleta de dados foram registradas em instrumento digital via *Google Forms* e posteriormente convertidas em planilhas *Microsoft Excel*, via *Google Sheets*.

De acordo com as recomendações para segurança na transferência e armazenamento de dados, quando concluída a coleta de dados, o pesquisador responsável realizou o *download* da planilha e armazenou os dados em um dispositivo eletrônico local do tipo *pen-drive* e seguiu com a exclusão do registro dos dados de todas as plataformas virtuais, ambientes compartilhados e nuvem (Brasil, 2021).

A coleta de dados para identificação do perfil sociodemográfico foi realizada por meio de entrevista presencial com aplicação de questionário direcionado aos pais ou responsável (APÊNDICE B) e questionário direcionado à criança (APÊNDICE C).

O instrumento direcionado aos pais e responsáveis possuía 22 questões sobre o perfil sociodemográfico do participante (sexo, idade, raça, grau de escolaridade, renda familiar, ocupação, estado civil, grau de parentesco com a criança, quantidade de crianças sob responsabilidade); informações para contato e a preferência de tipo e horário para comunicação via telemática, visando reduzir perdas e descontinuidade da coleta (APÊNDICE B). Além disso, foi aplicado um instrumento composto por oito questões relacionadas à criança (sexo, idade, histórico de saúde e aprazamento de vacinas) (APÊNDICE C).

A coleta de dados do grupo intervenção e do grupo controle ocorreu com apoio dos instrumentos para acompanhamento pós-vacinal (APÊNDICE D) (APÊNDICE E).

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística foi estruturada em três etapas principais: descrição da amostra; avaliação das associações bivariadas; e modelagem multivariada. Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva, na qual variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas, enquanto variáveis contínuas foram descritas por medianas e intervalos interquartis (IIQ), dada a assimetria observada nas distribuições, verificada por inspeção gráfica e pela ausência de normalidade presumida.

Para a comparação entre os grupos controle e intervenção, empregou-se o teste exato de Fisher nas variáveis categóricas, e o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para variáveis contínuas. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Para avaliar fatores associados às reações adversas pós-vacinação, dois modelos foram utilizados: (i) regressão de Poisson penalizada (Firth) para o desfecho “reações até 12h”, visando corrigir viés decorrente de dados raros; e (ii) regressão de Poisson com variância robusta para o desfecho “reações até 72h”. Os resultados foram expressos por Razões de Taxas de Incidência (IRR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Para explorar o comportamento da adesão aos cuidados pós-vacinação, empregou-se regressão de Poisson com variância robusta, expressando-se as estimativas como Razões de Prevalência (RP) e IC95%. A adesão global aos cuidados foi categorizada em níveis, conforme o número de práticas realizadas.

Todos os modelos foram ajustados considerando plausibilidade teórica, significância estatística prévia nas análises bivariadas e estabilidade de convergência. O processamento dos dados foi realizado em ambiente estatístico do Programa R versão 4.5.2, adotando-se nível de significância de 5% para decisões inferenciais.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira para apreciação e aprovado sob o CAAE n.º 90992025.0.0000.5576. A coleta de dados iniciou após aprovação do CEP e assinatura do TCLE pelo participante. Foram respeitados os preceitos éticos estabelecidos na Resolução de n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e na Carta Circular (BRASIL, 2021).

Os participantes foram informados de forma verbal quanto aos objetivos, riscos e benefícios, direito a retirado do consentimento do estudo a qualquer momento, preservação da confidencialidade, privacidade e anonimato. Receberam os termos de forma impressa e foram orientados a ler e assinar os termos em duas vias, a qual uma ficou em posse do participante e outra foi arquivada pela pesquisadora.

4.8.1 Riscos do estudo

Os riscos deste estudo incluíram: a perda da confidencialidade, privacidade e anonimato; atraso em compromissos; cansaço físico e mental relacionado ao uso da tecnologia; e constrangimento ao participar da entrevista e responder às perguntas. Para a minimização dos

riscos foram tomados os respectivos cuidados: durante a coleta de dados presencial o participante foi convidado para um ambiente reservado e silencioso na UBS, enquanto a coleta de dados via teleinformática ocorreu em horário, via telemática e em ambiente escolhido pelo participante, assim se pretendeu promover privacidade, confidencialidade e evitar importunações e atraso em compromissos. Foi possível realizar pausas durante a coleta de dados, quando o participante julgou necessário; o participante pôde se recusar a responder perguntas que julgou desnecessárias ou desconfortáveis; durante o preenchimento do instrumento de coleta de dados não houve registro de informações que identificassem nominalmente o participante, as informações foram registradas seguindo a codificação (INICIAIS DO NOME + IDADE). Com isso, pretendeu-se que somente a pesquisadora identificasse o autor das respostas; os dados de identificação codificados e as respostas aos questionários foram armazenadas em planilha *online* e posteriormente transferidas para dispositivo eletrônico local do tipo *pen-drive* e foram excluídos os dados de todas as plataformas virtuais, ambientes compartilhados e nuvem.

4.8.2 Benefícios do estudo

Os participantes foram informados que este estudo contribuiria com a construção de uma tecnologia para o acompanhamento pós-vacinal, com vistas a melhorar as rotinas de vacinação, ajudaria também na identificação do perfil sociodemográfico dos pais e responsáveis das crianças, e na definição de fatores que interferem ou favorecem a adesão à vacinação das crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde do local do estudo.

5 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das participantes dos grupos controle e intervenção, cada um composto por 17 responsáveis por crianças vacinadas, totalizando 34 participantes no estudo. No geral, os grupos apresentaram distribuições semelhantes, sem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis analisadas. Quanto ao sexo, a amostra foi majoritariamente feminina em ambos os grupos (94% no controle e 88% na intervenção; $p > 0,999$), indicando perfil similar das responsáveis. A idade também não diferiu, com mediana de 29 anos (IIQ: 24–31) no grupo controle e 26 anos (IIQ: 22–30) no grupo intervenção ($p = 0,782$).

A composição racial foi semelhante entre os grupos ($p = 0,554$). No controle, 59% das participantes se declararam pardas, 29% brancas e 12% pretas, enquanto no grupo intervenção a maioria também era parda (65%), seguida de brancas (35%). Em relação ao estado civil, não houve diferenças importantes ($p = 0,491$). No grupo controle, 53% eram solteiras e 47% casadas ou em união estável; já no grupo intervenção, 35% eram solteiras e 59% casadas/união estável.

O grau de escolaridade também se manteve equilibrado entre os grupos ($p = 0,663$). O ensino médio foi o mais comum (65% no controle e 76% no grupo intervenção), seguido por ensino fundamental e superior, ambos com baixa frequência. A ocupação das participantes variou, mas sem diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,603$). Donas de casa foram as mais frequentes (53% no controle e 29% no grupo intervenção), seguidas por estudantes, recepcionistas e outras ocupações distribuídas em pequenas proporções.

A renda familiar também foi semelhante ($p = 0,418$). No grupo controle, 53% tinham renda de um salário-mínimo e 24% menos que isso. No grupo intervenção, houve maior frequência nas faixas de dois a três salários-mínimos (35%) e menos que um salário-mínimo (29%).

Em síntese, as características sociodemográficas demonstram boa comparabilidade entre os grupos, sem evidência de diferenças significativas, o que fortalece a adequação da análise subsequente dos desfechos.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
Idade (anos)	Mediana (Q1–Q3)	29,0 (24,0–31,0)	26,0 (22,0–30,0)	0,782
Sexo				>0,999

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
Raça/Cor	Feminino	16 (94%)	15 (88%)	0,554
	Masculino	1 (5,9%)	2 (12%)	
	Preto	2 (12%)	0 (0%)	
	Pardo	10 (59%)	11 (65%)	
	Branco	5 (29%)	6 (35%)	
Estado civil	Solteira	9 (53%)	6 (35%)	0,491
	Casada/união estável	8 (47%)	10 (59%)	
	Divorciada/separada	0 (0%)	1 (5,9%)	
Escolaridade	Fundamental	4 (24%)	1 (5,9%)	0,663
	Médio	11 (65%)	13 (76%)	
	Superior	1 (5,9%)	2 (12%)	
	Pós-graduação	1 (5,9%)	1 (5,9%)	
Ocupação	Estudante	3 (18%)	4 (24%)	0,603
	Desempregada	0 (0%)	2 (12%)	
	Dona de casa	9 (53%)	5 (29%)	
	Professora	1 (5,9%)	1 (5,9%)	
	Recepcionista	1 (5,9%)	2 (12%)	
	Técnica de enfermagem	1 (5,9%)	0 (0%)	
	Diarista/Faxineira	1 (5,9%)	0 (0%)	
	Confeiteira	0 (0%)	1 (5,9%)	
	Operador de caixa	1 (5,9%)	0 (0%)	
	Vendedora	0 (0%)	1 (5,9%)	
	Motorista	0 (0%)	1 (5,9%)	
Renda familiar	< 1 salário mínimo	4 (24%)	5 (29%)	0,418
	1 salário mínimo	9 (53%)	4 (24%)	
	2–3 salários mínimos	3 (18%)	6 (35%)	
	4–5 salários mínimos	1 (5,9%)	2 (12%)	

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
	> 5 salários mínimos	0 (0%)	0 (0%)	

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

A Tabela 2 apresenta os meios pelos quais as participantes costumam buscar informações em saúde. De modo geral, observou-se alta similaridade entre os grupos, com poucas diferenças nas proporções, e nenhuma variável mostrou diferença estatisticamente significativa.

Observou-se que a maioria referiu receber orientações do Agente Comunitário de Saúde (ACS), embora a proporção tenha sido maior no grupo controle (65%) do que na intervenção (41%), sem significância estatística ($p = 0,303$). O uso de amigos como fonte de informação também foi mais comum no grupo intervenção (35% vs. 12%; $p = 0,225$), mas sem diferença estatística.

Nenhuma participante relatou receber informações de sua comunidade local. Para meios tradicionais, como televisão (12% vs. 24%; $p = 0,656$) e rádio (0% vs. 12%; $p = 0,485$), as frequências foram baixas e semelhantes. O acesso à internet como meio informacional mostrou prevalência moderada, sendo 35% no controle e 53% no grupo intervenção ($p = 0,491$). As redes sociais foram utilizadas por mais da metade das participantes em ambos os grupos (59% e 65%, respectivamente; $p > 0,999$).

Tabela 2 – Meio de obtenção de informação em saúde

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
ACS				0,303
	Sim	11 (65%)	7 (41%)	
	Não	6 (35%)	10 (59%)	
Amigos				0,225
	Sim	2 (12%)	6 (35%)	
	Não	15 (88%)	11 (65%)	
Comunidade	Não	17 (100%)	17 (100%)	—
Televisão				0,656
	Sim	2 (12%)	4 (24%)	
	Não	15 (88%)	13 (76%)	
Rádio				0,485
	Sim	0 (0%)	2 (12%)	
	Não	17 (100%)	15 (88%)	
Internet				0,491

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
Rede Social	Sim	6 (35%)	9 (53%)	>0,999
	Não	11 (65%)	8 (47%)	
	Sim	10 (59%)	11 (65%)	
	Não	7 (41%)	6 (35%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Os participantes de ambos os grupos relataram ter acesso à internet (100% em cada grupo), e a maioria também declarou possuir acesso à rede telefônica, com proporções de 88% no grupo controle e 94% no grupo intervenção ($p > 0,999$). O letramento digital, definido como capacidade de uso básico de recursos tecnológicos, foi referido pela maior parte das participantes (82% no controle e 94% na intervenção; $p = 0,601$), revelando bom nível de habilidade digital entre as responsáveis.

Todas as participantes dos dois grupos relataram preferência de contato por mensagens de texto do *WhatsApp*, indicando ampla disponibilidade de comunicação digital, conforme o exposto na tabela 3. Quanto ao recebimento de áudios via *WhatsApp*, observou-se uma proporção maior no grupo intervenção (47%) em comparação ao controle (12%), embora essa diferença não tenha alcançado significância estatística ($p = 0,057$). Resultado semelhante foi observado para ligação de voz via *WhatsApp*, também mais frequentes no grupo intervenção (47% vs. 5,9%; $p = 0,017$), representando a única variável do bloco com diferença estatística significativa.

Quanto ao melhor horário para contato, ambos os grupos apresentaram grande variabilidade e distribuição semelhante ($p = 0,883$). Os períodos mais citados foram tarde e noite, representando cerca de metade das preferências em cada grupo.

De forma geral, observa-se que ambos os grupos possuem perfis muito semelhantes de acesso à informação, caracterizados pela centralidade do *WhatsApp* para comunicação e baixa utilização de meios tradicionais. As diferenças observadas, como maior uso de áudios e mensagens de voz no grupo intervenção, não parecem comprometer a comparabilidade entre os grupos, embora indiquem nuances importantes na forma de recepção de mensagens.

Tabela 3 – Preferência de via e horário para contato

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
Mensagem de texto	Sim	17 (100%)	17 (100%)	0,057
Mensagem de áudio	Sim	2 (12%)	8 (47%)	
	Não	15 (88%)	9 (53%)	
Ligação de voz	Sim	1 (5,9%)	8 (47%)	0,017
	Não	16 (94,1%)	9 (53%)	
Horário para contato				
	Manhã	5 (29%)	4 (24%)	0,883
	Meio-dia	2 (12%)	2 (12%)	
	Tarde	4 (24%)	6 (35%)	
	Noite	6 (35%)	5 (29%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A percepção sobre a vacinação infantil foi amplamente positiva e uniforme entre os grupos, com 100% das participantes considerando-a importante. De forma semelhante, 88% expressou interesse em receber mais informações sobre vacinação, com 88% em cada grupo manifestando esse desejo ($p > 0,999$).

Quanto à exposição a informações falsas sobre vacinação, 12% das participantes do grupo controle e 18% do grupo intervenção relataram ter recebido algum conteúdo desse tipo ($p > 0,999$). As *Fake News* mais frequentemente mencionadas incluíram alegações de que vacinas causam autismo, fazem mal ao coração ou que a população atuou como “cobaia” durante a vacinação contra a COVID-19. A maioria, contudo, afirmou não ter recebido esse tipo de informação (88% no controle e 82% no grupo intervenção).

A Tabela 4 apresenta as reações adversas relatadas até 72 horas após a vacinação nos grupos controle e intervenção. De modo geral, os padrões foram semelhantes entre os grupos, e nenhuma variável apresentou diferença estatisticamente significativa.

A ocorrência de qualquer reação adversa até 72 horas foi relatada por 29% das participantes do grupo controle e 41% do grupo intervenção, sem diferença significativa ($p = 0,721$). Entre os sintomas específicos, a dor foi a reação mais comum em ambos os grupos (24% em cada; $p > 0,999$). A febre apresentou maior frequência no grupo intervenção (24%) em comparação ao controle (5,9%), embora sem significância estatística ($p = 0,335$). Reações como

irritabilidade, nódulo, hiperemia, inapetência e também ocorreram em proporções semelhantes, sempre com prevalências baixas. Não ocorreram reações como cefaleia náuseas e sonolência.

Tabela 4 – Distribuição das reações adversas após a vacinação por grupo

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)		p-valor
Período		72h	12h	72h	
Reação adversa					0,721
	Sim	5 (29%)	8 (47%)	7 (41%)	
	Não	12 (71%)	9 (53%)	10 (59%)	
Febre					0,335
	Sim	1 (5,9%)	7 (41%)	4 (24%)	
	Não	16 (94%)	10 (59%)	13 (76%)	
Irritabilidade					>0,999
	Sim	3 (18%)	3 (18%)	4 (24%)	
	Não	14 (82%)	14 (82%)	13 (76%)	
Inapetência					>0,999
	Sim	1 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Não	16 (94%)	17 (100%)	17 (100%)	
Cefaleia	Não	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)	—
Náuseas	Não	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)	—
Sonolência	Não	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)	—
Dor					>0,999
	Sim	4 (24%)	12 (71%)	4 (24%)	
	Não	13 (76%)	5 (29%)	13 (76%)	
Nódulo					0,656
	Sim	2 (12%)	3 (18%)	4 (24%)	
	Não	15 (88%)	14 (82%)	13 (76%)	
Calor local					0,485
	Sim	0 (0%)	3 (18%)	2 (12%)	
	Não	17 (100%)	14 (82%)	15 (88%)	
Hiperemia local					>0,999
	Sim	1 (5,9%)	5 (29%)	2 (12%)	

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
	Não	16 (94%)	12 (71%)	15 (88%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A Tabela 5 apresenta o modelo multivariado utilizando regressão de Poisson penalizada (método de Firth) para avaliar fatores associados à ocorrência de reações adversas até 12h e 72h após a vacinação. Nenhuma das variáveis incluídas no modelo apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho, sugerindo que, após o ajuste, nenhum fator estudado foi capaz de prever de maneira independente a ocorrência de reações adversas imediatas.

A variável grupo (controle vs. intervenção) não pôde ser interpretada na forma tradicional, pois o modelo resultou em estimativas instáveis decorrentes da ausência de investigação de eventos adversos no grupo controle até 12h após a vacinação. O método de Firth corrige esse problema matematicamente, mas ainda assim o resultado indica ausência de evidência de efeito. Ao analisar as variáveis grupo (controle vs. intervenção) e a ocorrência de reações dentro do período de 72h, também foi observado ausência de efeito significativo da intervenção.

A idade da criança, analisada em meses, não mostrou indícios de associação com reações imediatas ou tardias. Estar em tratamento médico para alguma condição clínica prévia apresentou RP elevado, indicando possível tendência de maior ocorrência de reações entre crianças que já haviam realizado algum tratamento. Contudo, a amplitude extremamente larga do intervalo de confiança e a ausência de significância estatística reforçam que essa aparência de efeito deve ser interpretada com cautela, provavelmente, associada ao baixo número de casos na categoria.

Alergias e a adesão global aos cuidados pós-vacinação não apresentaram associação estatisticamente significativa. A proximidade do RP ao valor nulo sugere que esse fator não influenciou a ocorrência de reações adversas após a vacinação. Em conjunto, os resultados indicam que nenhuma das variáveis avaliadas foi capaz de prever a ocorrência de reações adversas. Mesmo após o ajuste, os potenciais fatores clínicos, sociodemográficos e comportamentais não influenciaram de forma independente a ocorrência de reações adversas imediatas ou tardias. Cabe ressaltar que o modelo multivariado evidenciou a limitação da amostra para detectar efeitos pequenos ou moderados.

Tabela 5 – Modelos multivariados para ocorrência de eventos adversos pós-vacinação

Variáveis	Evento adverso até 12h		Evento adverso até 72h	
	RP (IC95%)	p-valor	RP (IC95%)	p-valor
Grupo	–	–	RP = 1,11 (0,28 – 4,41)	0,900
Idade da criança	RP = 0,83 (0,61 – 1.15)	0,300	RP = 0,91 (0,75 – 1,11)	0,400
Tratamento médico	RP = 0,09 (0,00 – 2.30)	0,150	RP = 0,34 (0,02 – 6,79)	0,500
Alergias	RP = 2,86 (0,61 – 13.5)	0,200	RP = 1,72 (0,47 – 6,35)	0,400
Aderência total	RP = 1,08 (0,58 – 2.03)	0,800	RP = 1,55 (0,96 – 2,51)	0,073

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Com base nas medidas de cuidado realizadas após 72 horas, expostos na tabela 6, a oferta de líquidos foi relatada por 35% das participantes do grupo controle e 24% do grupo intervenção ($p = 0,708$), enquanto a oferta de leite apresentou maiores frequências em ambos os grupos, especialmente no grupo intervenção (65% no controle e 88% no intervenção; $p = 0,225$). O uso de medicamentos para alívio de sintomas foi moderadamente comum, sendo reportado por 53% das participantes do grupo controle e 71% do grupo intervenção ($p = 0,481$).

Outras práticas, como aplicação de compressas frias (24% no controle; 35% no intervenção; $p = 0,708$), uso de dispositivos de alívio (0% vs. 5,9%; $p > 0,999$) e realização de massagem local (18% em ambos; $p > 0,999$) também foram relatadas com baixa frequência e sem diferenças significativas entre os grupos.

Tabela 6 – Distribuição da adesão aos cuidados pós-vacinação por grupo

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
Oferta de líquidos				0,708
	Sim	6 (35%)	4 (24%)	
	Não	11 (65%)	13 (76%)	
Oferta de leite				0,225
	Sim	11 (65%)	15 (88%)	
	Não	6 (35%)	2 (12%)	
Oferta de medicamentos				0,481
	Sim	9 (53%)	12 (71%)	

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
Compressa fria	Não	8 (47%)	5 (29%)	0,708
	Sim	4 (24%)	6 (35%)	
Dispositivo para alívio da dor	Não	13 (76%)	11 (65%)	>0,999
	Sim	0 (0%)	1 (5,9%)	
Massagem local	Não	17 (100%)	16 (94%)	>0,999
	Sim	3 (18%)	3 (18%)	
	Não	14 (82%)	14 (82%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A variável composta de adesão global aos cuidados pós-vacinação mostrou que a maioria das participantes se enquadraram nas categorias de baixa adesão, conforme exibe a tabela 7. No grupo controle, 29% foram classificadas como “totalmente não aderentes” e 47% como “muito não aderentes”, enquanto no grupo intervenção essas proporções foram de 12% e 53%, respectivamente ($p = 0,545$).

Esses resultados demonstram que a adesão aos cuidados pós-vacinação foi, de modo geral, baixa em ambos os grupos, com pouca variabilidade entre eles e ausência de diferenças estatisticamente significativas. Tal padrão sugere que as orientações recebidas no momento da vacinação podem não ter sido suficientes para promover adesão plena, independentemente da alocação no grupo controle ou intervenção. Além disso, esse achado também pode estar relacionado ao reduzido tamanho da amostra.

Tabela 7 – Distribuição da adesão global aos cuidados pós-vacinação por grupo

Variável	Categoria	Controle (n = 17)	Intervenção (n = 17)	p-valor
Adesão	Totalmente não aderente	5 (29%)	2 (12%)	0,545
	Muito não aderente	8 (47%)	9 (53%)	
	Nem não aderente/nem aderente	4 (24%)	4 (24%)	
	Muito aderente	0 (0%)	1 (5,9%)	
	Totalmente aderente	0 (0%)	1 (5,9%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

A Tabela 8 apresenta as associações entre os níveis de adesão aos cuidados pós-vacinação e um conjunto de variáveis explicativas. De modo geral, poucas variáveis mostraram associação estatisticamente significativa, indicando que a adesão aos cuidados foi relativamente homogênea entre diferentes perfis. As variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa foram uso de medicamentos nas 72h ($p = 0,014$), uso de compressas frias ($p = 0,017$) e massagem local ($p = 0,025$). As demais variáveis não mostraram relação significativa com os níveis de adesão.

Em relação ao grupo, não houve associação estatisticamente significativa ($p = 0,545$). Tanto controle quanto intervenção apresentaram maior frequência de participantes nas categorias de baixa adesão (“totalmente não aderente” e “muito não aderente”), reforçando o padrão identificado anteriormente.

O uso de líquidos e leite nas primeiras 72 horas não se associou ao nível de adesão ($p = 0,252$ e $p = 0,299$, respectivamente). Contudo, observou-se que todas as participantes classificadas como “muito aderentes” relataram ter oferecido leite, embora esse padrão não tenha produzido significância estatística.

O uso de medicamentos, por sua vez, apresentou associação significativa com a adesão ($p = 0,014$). As participantes consideradas “nem aderentes/nem não aderentes”, “muito aderentes” ou “aderentes” relataram uso de medicamentos em maior proporção, enquanto os níveis mais baixos de adesão concentraram maior proporção de participantes que não utilizaram medicamentos.

A utilização de compressas frias também apresentou associação significativa ($p = 0,017$). Enquanto nas categorias de baixa adesão o uso foi pouco frequente, nas categorias mais elevadas (“nem aderente/nem não aderente” e “aderentes”) houve maior ocorrência dessa prática.

A variável massagem local igualmente se associou à adesão ($p = 0,025$), estando presente apenas entre participantes classificadas como “muito aderentes” ou “aderentes” e ausente entre aquelas com menor adesão.

Em síntese, embora grande parte das variáveis não tenha se associado à adesão, três comportamentos, uso de medicamentos, compressas frias e massagem local, mostraram relação significativa, indicando que práticas específicas podem estar vinculadas a níveis mais elevados de adesão aos cuidados pós-vacinação.

Tabela 8 – Distribuição da adesão global aos cuidados pós-vacinação segundo variáveis explicativas.

Variável	Categoria	Totalmente não aderente	Muito não aderente	Nem não aderente/ nem aderente	Muito aderente	Totalmente aderente	p-valor
		(N=7)	(N=17)	(N=8)	(N=1)	(N=1)	
grupo	Controle	5 (71%)	8 (47%)	4 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	0,545
	Intervenção	2 (29%)	9 (53%)	4 (50%)	1 (100%)	1 (100%)	
Oferta de líquidos							0,252
	Sim	1 (14%)	7 (41%)	1 (13%)	1 (100%)	0 (0%)	
	Não	6 (86%)	10 (59%)	7 (88%)	0 (0%)	1 (100%)	
Oferta de leite							0,299
	Sim	4 (57%)	12 (71%)	8 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	
	Não	3 (43%)	5 (29%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Oferta de medicamentos							0,014
	Sim	2 (29%)	9 (53%)	8 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	
	Não	5 (71%)	8 (47%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Compressa fria							0,017
	Sim	0 (0%)	4 (24%)	5 (63%)	0 (0%)	1 (100%)	
	Não	7 (100%)	13 (76%)	3 (38%)	1 (100%)	0 (0%)	
Dispositivo para alívio da dor							0,059
	Sim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	
	Não	7 (100%)	17 (100%)	8 (100%)	1 (100%)	0 (0%)	
Massagem local							0,025
	Sim	0 (0%)	2 (12%)	2 (25%)	1 (100%)	1 (100%)	
	Não	7 (100%)	15 (88%)	6 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2026.

Esses, foram, então, os achados do estudo realizado.

6 DISCUSSÃO

A análise do perfil sociodemográfico das participantes evidenciou elevada homogeneidade entre os grupos controle e intervenção, o que pode reduzir a interferência de fatores de confusão e reforçar a validade interna do estudo (Orione *et al.*, 2025). As participantes eram predominantemente mulheres jovens, que cursaram ensino médio e possuem renda familiar de um salário mínimo, perfil similar ao encontrado por Lima *et al.* (2023) entre responsáveis por crianças na região Nordeste do país.

O cenário de amplo acesso à *Internet*, à telefonia móvel e ao aplicativo *WhatsApp*, além de elevado nível de letramento digital configura um contexto favorável à implementação de estratégias de acompanhamento em saúde mediadas por tecnologias digitais, especialmente no âmbito da APS (Stamm *et al.*, 2018). Um estudo sobre a experiência de uso de tecnologias digitais no SUS mostrou que telessaúde, e seus termos relacionados; redes sociais e aplicativos de mensagens como o *WhatsApp* se destacam entre as estratégias adotadas entre os profissionais para a promoção e educação em saúde (Soibelman *et al.*, 2025).

Neste estudo, o *WhatsApp* como meio preferencial de comunicação reforça evidências de que ferramentas de mensagens instantâneas são incorporadas ao cotidiano das famílias como canais de interação em saúde (Melo *et al.*, 2023). A adoção dessa tecnologia possibilita a organização do cuidado e o preenchimento de lacunas deixadas pelos sistemas de informação (Tofani *et al.*, 2025). Essa estratégia ainda auxilia no gerenciamento da infodemia, um problema que associa a distorção de fatos a especulações e rumores, com rápida circulação, que desencadeia comportamentos irracionais (Brandão, 2025), como a hesitação vacinal.

Para o profissional de saúde, o *WhatsApp* é o principal meio de comunicação para acessar os usuários. Essa ferramenta possibilita contato ágil sem a necessidade de deslocamento constante ao território, contribuindo para a otimização do tempo de trabalho e para a resolução de demandas consideradas urgentes de forma mais eficiente. A ferramenta favorece a aproximação com a população e permite ações como divulgação de campanhas de vacinação, realização de busca ativa, organização de visitas domiciliares e comunicação sobre atividades coletivas, fortalecendo a organização do processo de trabalho e a tomada de decisão em tempo oportuno (Silva, 2025).

O uso da telemática viabiliza e qualifica a prática assistencial, diminui barreiras de acesso aos serviços de saúde e favorece a gestão de informação, revelando-se como uma solução institucional flexível e que acompanha o engajamento e a evolução dos meios de comunicação (Soibelman *et al.*, 2025). No entanto, ao analisar o processo de transformação digital do SUS,

compreende-se que a incorporação de tecnológicas não ocorre de forma homogênea no território brasileiro. As Regiões Norte e Nordeste apresentam deficiências na infraestrutura dos serviços de saúde e no financiamento das tecnologias, o que compromete a adesão à telemática (Orrillo, 2015).

Todavia, a elevada aceitação do contato digital neste estudo sugere que o acompanhamento pós-vacinal via telemática é viável do ponto de vista operacional e compatível com as práticas comunicacionais já estabelecidas (Melo *et al.*, 2023; Soibelman *et al.*, 2025). O acompanhamento via telemática não foi superior ao acompanhamento convencional, entretanto, a viabilidade da intervenção corresponde a um requisito fundamental para a incorporação de estratégias digitais como complemento ao cuidado tradicional na sala de vacina (Stamm *et al.*, 2018).

Em seu estudo, Batista *et al.* (2021) relatou que mais da metade dos participantes não receberam orientações sobre a vacina administrada, possibilidade de evento adverso ou cuidados que deveriam ser implementados. A falta de informação de qualidade e o acesso a desinformação são fatores determinante na decisão de vacinar (Araujo *et al.*, 2025). A comunicação entre profissional de saúde e pais deve ser pedagógica, objetiva e adaptável, visto que o profissional de saúde possui papel importante na reformulação de ideias e atitudes sobre a decisão de vacinar (Lima *et al.*, 2023; Araujo *et al.*, 2025).

A hesitação vacinal é um fenômeno complexo que engloba sentimentos e atitudes baseadas em experiências pessoais e ideologias políticas. Onwuchuluba e Uchendu (2025), em seu estudo realizado em unidades de saúde da Nigéria, salientou que os cuidadores possuem conhecimento adequado e compreendem a importância das vacinas. Entretanto, as percepções individuais impactam a forma como interpretam e incorporam comportamentos de cuidado, contribuindo para variações na adesão ao esquema vacinal em crianças.

O Brasil enfrenta uma preocupante tendência de queda da cobertura vacinal na última década (OPAS, 2024). Um inquérito sobre a cobertura vacinal no país mostrou que a hesitação vacinal é multifatorial, alimentada pela circulação de informações inverídicas, medo de reações adversas e dificuldade de acesso (Fernandes *et al.*, 2025; Cunegundes *et al.*, 2025).

Um estudo realizado na Paraíba encontrou resultado similar acerca da atitude dos pais sobre a vacinação infantil, em que a maioria dos participantes confiavam nas vacinas e nas informações recebidas pelos profissionais de saúde. Esse achado corrobora com o entendimento de que a comunicação adequada e uma boa relação entre profissionais da saúde e pais é importante para a tomada de decisão em relação à vacinação infantil (Benício *et al.*, 2025).

A totalidade dos participantes deste estudo consideram a vacinação infantil importante e a grande maioria gostaria de receber mais informações sobre o tema. Esses achados indicam a necessidade de fortalecimento das estratégias de educação em saúde, ampliação do acesso a informação de qualidade e sensibilização da população sobre a importância coletiva da vacinação infantil, com vistas a converter a hesitação em confiança vacinal (Fernandes *et al.*, 2025; Benício *et al.*, 2025).

Os pais jovens comumente apresentam dúvidas sobre a segurança das vacinas, questionam a necessidade de múltiplas doses; e podem possuir baixa percepção do risco de surtos e epidemias causados por doenças imunopreveníveis. Além disso, a preocupação e o medo de reações adversas graves influenciam a decisão de vacinar (Cunegundes *et al.*, 2025; Benício *et al.*, 2025). Para além do Brasil, essas manifestações foram igualmente encontradas em Portugal, em um estudo que também menciona a indicação médica, as crenças em teorias conspiratórias e a memória dos efeitos das doenças imunopreveníveis que difere entre as gerações (Hilário *et al.*, 2025).

Para Fernández *et al* (2024), reações leves após a vacinação são resultado do mecanismo fisiológico que induz a ativação imunológica. O autor descreve que os eventos podem ser classificados como imediatos ou tardios; leves ou graves; comuns ou raros. Os imunobiológicos podem ocasionar uma simulação de reação imunológica, efeito colateral ou coincidente; além de reações específicas mediadas por Imunoglobulina E (IgE) ou presumidas por células T, sendo essas reações mais graves e raras.

Os ESAVI são amplamente descritos na literatura, comumente relatados como leves e transitórios (Batista *et al.*, 2021; Hause, 2023). Os eventos esperados comuns incluem febre, dor, edema local e irritabilidade, assim como os encontrados no presente estudo. Os eventos esperados graves incluem alterações gastrointestinais, erupção cutânea, convulsões febris, episódio hipotônico-hiporresponsivo e anafilaxia. Ainda, observados muito raramente, podem ocorrer eventos inesperados e decorrentes de problemas relacionados a qualidade do imunobiológico (Brasil, 2020; Hause, 2023; Batista *et al.*, 2024).

As vacinas são continuamente monitoradas quanto sua segurança e eficácia. A vigilância de ESAVI é fundamental para a identificação de efeitos adversos graves e inesperados, a notificação desses casos norteia a condução de estudos sobre a relação entre o evento adverso e a vacina (Fernández *et al.*, 2024). O PNI tem como prioridade a vacinação segura, para isso utiliza o Sistema Nacional de Vigilância de Eventos Adversos Pós-Vacinação (SNVEAPV) para monitoramento e sistematização de notificações, investigações e desfecho dos eventos relacionados a vacinação (Brasil, 2022).

A farmacovigilância de ESAVI consiste em um conjunto de normas, procedimentos operacionais e práticas que devem ser rigorosamente seguidas para garantir a qualidade e a integridade dos dados produzidos em pesquisas e estudos. Além disso, a farmacovigilância objetiva contribuir para a confiança da população no PNI, para a redução da hesitação e aumento da cobertura vacinal (Brasil, 2020; Brasil, 2022).

Um estudo sobre vigilância de eventos adversos pós-vacinação observou que 35,8% autodeclararam a ocorrência de algum evento adverso, mas apenas seis casos de ESAVI foram notificados. Esse estudo aponta para uma subnotificação de ESAVI ao afirmar que os pacientes não costumam retornar à sala de vacina para a notificação e orientação sobre cuidados (Batista *et al.*, 2021).

Quanto a adesão aos cuidados pós-vacinação, observou-se uma adesão globalmente baixa entre os participantes. A baixa adesão sugere que as orientações fornecidas, tanto no modelo convencional quanto no telemático, não foram suficientes para promover a incorporação das práticas recomendadas. Inam *et al.* (2023) discute que apenas fornecer informação pode não alterar comportamentos de cuidado após vacinação, sendo necessário compreender motivações e barreiras individuais. Nesse sentido, Oliveira *et al.* (2026) também alerta sobre a importância de uma abordagem pedagógica e contextual.

Os achados deste estudo evidenciam que a adesão não depende somente do acesso à informação, mas também de experiências prévias, fatores culturais e interpretações individuais sobre o cuidado. Os cuidadores tendem a incorporar seletivamente as orientações, priorizando condutas associadas a sinais mais perceptíveis e de fácil identificação. Percebe-se uma maior prevalência de práticas pontuais de cuidado pós-vacinação, como uso de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios (Lima *et al.*, 2022), compressas frias (Okafuji *et al.*, 2025) e massagem local (Halemani *et al.*, 2025).

Nesse contexto, a enfermagem possui papel central na organização e execução do cuidado pós-vacinal. O enfermeiro, por possuir maior vínculo com as famílias, é tradicionalmente responsável pela orientação sobre as vacinas, os cuidados e o monitoramento de ESAVI (Almeida *et al.*, 2024). Dito isso, sua atuação é fundamental para o acompanhamento pós-vacinal, seja seguindo o método convencional ou telemático.

A viabilidade do acompanhamento pós-vacinal via telemática reforça a capacidade da enfermagem de incorporar tecnologias digitais como ferramentas complementares ao cuidado (Sousa *et al.*, 2024; Badil, 2023). O enfermeiro pode ampliar seu campo de atuação para além do espaço físico da unidade de saúde, mantendo o acompanhamento, o esclarecimento de dúvidas e o suporte às famílias após a vacinação (Sousa *et al.*, 2024). Esse achado dialoga com

modelos contemporâneos de cuidado em saúde, que reconhecem a enfermagem como protagonista na coordenação do cuidado longitudinal (Haddad *et al.*, 2024; Xavier *et al.*, 2024).

A complexidade do comportamento em saúde sugere a necessidade de abordagens educativas contínuas, dialógicas e adaptadas à realidade das famílias (Pinto *et al.*, 2023). Nesse sentido, os resultados reforçam a importância do enfermeiro como educador em saúde, cuja qualificação contínua é essencial para a prática significativa na APS (Oliveira *et al.*, 2024).

6.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações devem ser consideradas na interpretação dos resultados. O tamanho reduzido da amostra comprometeu o poder estatístico do estudo, o que limitou a detecção de efeitos pequenos ou moderados entre os grupos. Essa fragilidade foi mais evidente nos modelos multivariados, com estimativas imprecisas. Entretanto, a ausência de associações estatisticamente significativas não deve ser interpretada como inexistência de efeito, mas como reflexo das características da amostra.

Outra limitação refere-se ao uso de dados autorreferidos, sujeitos a vieses de memória e interpretação, o que pode influenciar a acurácia das informações obtidas. Adicionalmente, a intervenção foi aplicada de forma pontual, o que pode não ser suficiente para produzir alterações na adesão aos cuidados. Dessa forma, recomenda-se cautela na generalização dos achados.

6.2 CONTRIBUIÇÕES E PERSPECTIVAS PARA PESQUISAS FUTURAS

O protocolo construído para a intervenção telemática contribui para padronização de orientações pós-vacinais essenciais; organiza as informações sobre as vacinas aplicadas, possíveis reações e cuidados recomendados, além de incentivar o retorno para continuidade do calendário vacinal. Essa estratégia amplia o cuidado para além da UBS e fornece suporte oportuno às famílias. Além disso, favorece o monitoramento de ESAVI e a segurança dos responsáveis. Assim, o material construído pode ser aprimorado para contribuir com a coordenação do cuidado através do uso de tecnologias na APS.

Ao avaliar uma intervenção de acompanhamento pós-vacinal via telemática, este estudo produziu evidências sobre a segurança e a viabilidade dessa estratégia no contexto da APS. Os resultados demonstraram que o acompanhamento remoto não elevou a ocorrência de ESAVI e apresentou desempenho semelhante ao método convencional, reforçando a aplicabilidade de tecnologias digitais no cuidado em saúde.

Observou-se que intervenções educativas pontuais são estratégias limitadas na promoção da adesão aos cuidados pós-vacinação. A associação entre práticas específicas e maior adesão sugere necessidade de protocolos operacionais, com reforço contínuo e estratégias centradas no contexto familiar. Para estudos futuros, recomenda-se ampliar o tamanho amostral, adotar delineamentos multicêntricos e incorporar maior tempo de seguimento, a fim de avaliar desfechos adicionais e aprofundar o potencial de estratégias telemáticas contínuas integradas ao trabalho da enfermagem na APS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados indicam que o acompanhamento pós-vacinal infantil via telemática não foi superior ao método convencional quanto ao monitoramento de ESAVI, adesão global aos cuidados e ocorrência de reações adversas. A equivalência dos resultados deve ser interpretada considerando a comparabilidade entre os grupos. A semelhança sociodemográfica, o acesso à informação e o letramento digital diminuem a influência de vieses estruturais.

Apesar do potencial das Tecnologias da Informação e Comunicação para qualificação do cuidado, os achados sugerem que a telemática isoladamente não modifica padrões de adesão. A baixa adesão em ambos os grupos reforça o caráter multifatorial do comportamento em saúde. Aspectos como crenças, experiências prévias, cultura familiar e compreensão das orientações interferem na incorporação dos cuidados no cotidiano.

No âmbito da APS, os achados dialogam com desafios do PNI, especialmente sobre a ausência de acompanhamento pós-vacinal sistematizado nas UBS. A ausência de associação significativa entre intervenção e desfechos clínicos não inviabiliza a telemática, mas indica necessidade de estratégias que integrem o cuidado presencial e fortaleçam o vínculo. Além disso, a criação de protocolo de acompanhamento foi muito importante para o processo, sendo passível de melhoras e contribuições.

Recomenda-se ampliar amostras, utilizar seguimento longitudinal e incluir abordagens qualitativas para aprofundar a discussão sobre fatores que influenciam a adesão e investigar a satisfação dos usuários com a utilização da tecnologia.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. C. S. et al. O papel do enfermeiro na ampliação da adesão à vacinação infantil: uma revisão de literatura. **Revista JRG de estudos acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e141162-e141162, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.1162> Acesso em: 10 fev 2026.
- ARAUJO, A. C. A. et al. Comunicação eficaz entre enfermeiros e pacientes: melhores práticas para melhorar a comunicação e promover a segurança do paciente. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 11, p. 3734-3754, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i11.16674>. Acesso em: 22 fev 2025
- BADIL. The Role of Telehealth in Transforming Nursing Care: Opportunities and Challenges. **Journal of Nursing & Midwifery Sciences**. v. 3, n. 02, p. 01, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.54393/nrs.v3i02.59> Acesso em: 11 fev 2026
- BATISTA, E. C. C. et al. Vigilância ativa de eventos adversos pós-vacinação na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE002335, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO002335> Acesso em: 04 fev 2026.
- BATISTA, T. S. *et al.* Reações Adversas Comuns Ocasionadas Pela Vacinação Infantil. **RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar**, v. 5, n. 5, p. e555186-e555186, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i5.5186> Acesso em: 04 fev 2026.
- BENDER, J. D. et al. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e19882022, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19882022>. Acesso em 21 abr 2025.
- BENÍCIO, J. A.; SILVA, I. M. A. F.; SOARES, M. S. M. Atitudes de pais sobre imunização infantil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e19297-e19297, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e19297.2025> Acesso em: 04 fev 2026.
- BRAGA A.V. et al. Imunização: planejamento e estrutura organizacional na atenção primária à saúde. **Enferm Foco**. 2024;15:e-202421. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X2024.v15.e-202421>. Acesso em: 25 fev 2025.
- BRAGA, B. C. Immunization Agenda 2030 and Brazil's challenges. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 32, n. 3, e2023822. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-962220230003000018.EN>. Acesso em: 25 fev 2025.
- BRANDÃO, L. C. Gestão de infodemias: uma nova frente de trabalho em meio a ofensiva desinformativa sanitária. **RECIIS**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 1–9, 2025. Disponível em: <https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/5188>. Acesso em: 7 fev. 2026.
- BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. **Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República,

[1976]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d78231.htm. Acesso em 23 fev 2025.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. **Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências.** Brasília, DF: Presidência da República, [1975]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em 23 fev 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Carta Circular nº 1/2021 – CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.** Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/camaras-tecnicas-e-comissoes/conep/legislacao/cartas-circulares/carta-circular-no-1-de-3-de-marco-de-2021.pdf/view> Acesso em: 12 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view> Acesso em: 12 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais por Município, Idade e Sexo 2000-2024 – Brasil.** DATASUS. Tabnet. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvs2024br.def>. Acesso em: 19 abr 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações. Calendário Nacional de Vacinação da Criança.** Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-crianca> Acesso em: 30 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução normativa do calendário nacional de vacinação 2025.** Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/instrucao-normativa-que-instrui-o-calendario-nacional-de-vacinacao-2025> Acesso em: 30 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação.** Brasília, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacao-imunizacao-pni/manual_eventos-_adversos_pos_vacinacao_4ed_atualizada.pdf/view Acesso em: 30 jun 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 255/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-255-2022-cgpni-deidt-svs-ms.pdf> Acesso em 09 fev 2026.

CARVALHO, K. A. Ditadura, Saúde e Propaganda: O Programa Nacional de Imunização (PNI) e a campanha midiática de vacinação obrigatória. **Ciência & Saúde Coletiva** [online].

v. 29, n. 10, e02512024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.02512024> Acesso em 23 fev 2025.

CARVALHO, M. D. S. et al. Cobertura vacinal e taxa de abandono nas capitais do nordeste brasileiro entre 2018 e 2022. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 1–14, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31547> Acesso em: 25 fev 2025.

CARVALHO, P. D. **Qualidade de um instrumento para avaliação da satisfação de usuários de salas de vacina: propriedades psicométricas**. 2020. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes. Universidade Estadual de Montes Claros, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unimontes.br/handle/1/651>. Acesso em: 22 fev 2025

CEARÁ. Secretaria Executiva de Atenção à Saúde e Desenvolvimento Regional – SEADE. Superintendência da Região de Fortaleza – SRFO. **Plano Regional de Saúde (PSR) Região de Fortaleza-CE**. Ceará, 2023. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2023/08/PSR_FORTALEZA_FINAL.pdf. Acesso em: 18 abr 2025

CIRNE, M. R. et al. Tecnologia de informação e comunicação na saúde: revisão integrativa. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 13, n. 41, p. 890-904, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.890-99> Acesso em 21 abr 2025.

CUNEGUNDES, K. S. A.; MACHADO, D. M.; VIEIRA, N. V. “Não sou antivacina, mas...”: entendendo a hesitação vacinal a partir das narrativas de pais hesitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, p. e00154624, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT154624> Acesso em: 08 fev 2026

DANDE, G. M. S. Histórico da Vacinação no Brasil e o atual cenário em decorrência da pandemia da COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 11, p. e11346-e11346, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e11346.2022> Acesso em: 22 fev 2025

DEAN, A.G.; SULLIVAN, K. M.; SOE, M. M. **OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health**, Versão 3, atualizado em 2013. Disponível em: www.OpenEpi.com Acesso em: 13 jun 2025.

DOMINGOS, R. C. S et al. Desafios da assistência de enfermagem na sala de vacinação. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 9, p. e17508-e17508, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e17508.2024>. Acesso em: 25 fev 2025.

FERNANDES, E. G.; PERCIO, J.; MACIEL, E. L. N. Cobertura e hesitação vacinal no Brasil: inquérito revela a realidade e oferece subsídios para a Política Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, p. e2024638, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024638.especial2.pt> Acesso em: 08 fev 2026

FERNANDEZ, E. *et al.* Adverse events following vaccines: From detection to research translation. **Annual review of public health**, v. 46, n. 1, p. 1-19, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071723-102841> Acesso em: 08 fev 2026

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2002. Disponível em: <http://www.ia.ufrj.br/ppgea/conteudo/conteudo-2012-1/1SF/Sandra/apostilaMetodologia.pdf> Acesso em 13 jun 2025.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. 1. Ed. Rio Grande do Sul: UAB/UFRGS, 2009. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/52806> Acesso em: 12 jun 2025

GODINHO, M. L.S. C.; SILVA, S. A.; PIETRAFESA, G. A. B. Nursing as a player in tackling vaccine hesitancy and refusal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, p. e77suppl101, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.202477suppl101pt> Acesso em: 25 fev 2025.

HADDAD, A. E. et al. Digital health: contributions from Nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, p. e4407, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.4407> Acesso em: 10 fev 2026.

HALEMANI, K. et al. Nonpharmacological Interventions on Intramuscular Vaccination Pain among Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Control Trials. **Journal of Caring Sciences**, v. 14, n. 3, p. 139, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.34172/jcs.025.33447> Acesso em: 10 fev 2026.

HAUSE, A. M. Safety Monitoring of mRNA COVID-19 Vaccine Third Doses Among Children Aged 6 Months–5 Years. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 72, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7223a2> Acesso em: 09 fev 2026.

HILÁRIO, A. P. et al. (In) certezas em torno da vacinação infantil em Portugal: a perspectiva dos cidadãos. **Análise Social**, v. 60, n. 256, p. e35450-e35450, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.31447/35450> Acesso em: 5 fev 2026.

HOLANDA, W. T. G.; OLIVEIRA, S. B. DE.; SANCHEZ, M. N. Aspectos diferenciais do acesso e qualidade da atenção primária à saúde no alcance da cobertura vacinal de influenza. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1679–1694, abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.03472021>. Acesso em: 25 fev 2025.

INAM, A. et al. Vaccine hesitancy and post-vaccination adherence to safety measures: A mixed-method study. **Frontiers in Public Health**, v. 11, p. 1072740, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1072740> Acesso em: 10 fev 2026.

JACOB, L. M. S. *et al.* Conhecimento, atitude e prática sobre síndrome hipertensiva gestacional entre gestantes: ensaio clínico randomizado. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 31, p. e20210018, 2022.

LIMA, F. F. M. et al. Conhecimento e práticas de famílias sobre eventos adversos pós-vacinação em crianças e adolescentes. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**, v. 22, p. -, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.31508/1676-379320220020> Acesso em 10 fev 2026.

LIMA, J. G. et al. Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal infantil em área metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Revista Sustinere**, v. 11, n. 2, p. 421-452, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2023.74643> Acesso em 03 fev 2026.

LOPES, G. H. *et al.* A influência das fake news na adesão à vacinação e no reaparecimento de doenças erradicadas: uma revisão de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 15, p. e10716-e10716, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reamed.e10716.2022>. Acesso em: 01 dez 2024.

MACIEL, E. *et al.* A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 03, p. 951-956, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.21822021>. Acesso em: 01 dez 2024.

MAIA, L. R. H. *et al.* Comunidades de pertencimento, desinformação e antagonismo: processos interacionais em grupos antivacina no Telegram no Brasil. **Galáxia (São Paulo)** [online]. 2024, v. 49, e64635. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-2553202464635>. Acesso em: 01 dez 2024.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2003. Fundamentos de metodologia científica, v. 6, 2003.

MEIRELES, J. M. L.; RIVABEM, F. S. Telemedicina y tecnología de asistencia. **Revista de Bioética y Derecho**, n. 57, p. 53-66, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1344/rbd2023.57.40833> Acesso em: 22 jun 2025.

MELO, L. C. DO N. *et al.* Redes sociais virtuais e tecnologias em saúde no cotidiano de usuários e famílias: cuidado e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2193–2202, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05252023> Acesso em 3 fev 2026.

MONTEIRO, E. R. **Uma abordagem investigativa sobre vacinas por meio das tecnologias da informação e comunicação-TICs**. 2024. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Ensino de Biologia - PROFBIO, Universidade de Brasília, 2024. Disponível em: <http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/51031>. Acesso em: 22 fev 2025

NEVES, A. B. B. *et al.* Temporal trends in vaccination coverage in the first year of life in Brazil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 42, p. e2023020, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2024/42/2023020>. Acesso em 23 fev 2025.

OKAFUJI, Ikuo *et al.* Use of a cooling pack to reduce subcutaneous vaccine injection pain in children aged 3–6 years: A single-blind, randomized, parallel-group multicenter study. **PloS one**, v. 20, n. 3, p. e0318322, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318322> Acesso em: 09 fev 2026.

OLIVEIRA, I. M. *et al.* Hesitação e vacinação: reflexões e desafios teórico-práticos para a cobertura vacinal contra a COVID-19 na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 42, p. e00057425, 2026. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT057425> Acesso em: 09 fev 2026.

OLIVEIRA, N. M. *et al.* Educação permanente ou continuada? concepções de enfermeiros no cotidiano da atenção primária. **Enferm Foco**, v. 15, p. -, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202487> Acesso em: 09 fev 2026.

ONWUCHULUBA, E. E.; UCHENDU, S. O. Assessing the factors affecting routine childhood immunization among caregivers of children under five years in Southwestern Nigeria: a cross-sectional study. **Discover Public Health**, v. 22, n. 1, p. 626, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12982-025-00981-0> Acesso em: 09 fev 2026.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Boletim de Imunização 2024. Edição especial sobre o Brasil**. v. 46. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/59793> Acesso em: 07 fev 2026.

ORIONE, L. **Repensando o padrão ouro dos Ensaios Clínicos Randomizados na educação**. Brasília, DF: Ed. do autor, 2025. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Luis-Orione/publication/391233549_Repensando_o_Padrao_Ouro_dos_Ensaio_Clinicos_Randomizados_na_Educacao/links/680f7e26d1054b0207e41204/Repensando-o-Padrao-Ouro-dos-Ensaio-Clinicos-Randomizados-na-Educacao.pdf Acesso em 01 fev 2026.

ORRILLO, Y. A. D. et al. Percepção de gestores públicos de saúde sobre a transformação digital do SUS: estudo de caso. **Saúde em Debate** [online]. v. 49, n. spe1 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E19928P> Acesso em: 06 fev 2026.

PALMIERI, I. G. S. et al. Vaccination coverage of triple viral and poliomyelitis in Brazil, 2011-2021: temporal trend and spatial dependency. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2023. v. 26, e230047. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720230047>. Acesso em: 03 dez 2024.

PÉRCIO, J. et al. 50 years of the Brazilian National Immunization Program and the Immunization Agenda 2030. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 32, n. 3 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000300001.EN>. Acesso em: 22 fev 2025

PEREIRA, S. C. et al. Acolhimento às famílias durante a vacinação infantil na atenção primária à saúde no Brasil. **Revista rede de cuidados em saúde**, v. 16, n. 2, 2022. Disponível em: <https://publicacoes.unigranrio.edu.br/rcs/article/view/7507/3762>. Acesso em: 22 fev 2025

PINTO, C. T. et al. Abordagem familiar na atenção primária: revisão de literatura. **New Trends in Qualitative Research**, v. 19, p. e831-e831, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36367/ntqr.19.2023.e831> Acesso em: 10 fev 2026

POLIT, D. F. BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 6. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, A. N. et al. Vaccination coverage and factors associated with incomplete polio vaccine schedule in children born in 2017-2018, in state capitals and interior region municipalities of Northeast Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. spe2, p. e20231219, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e20231219.especial2.pt>. Acesso em: 25 fev. 2025.

REDENÇÃO. Ceará. Brasil. Coordenação de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde de Redenção-CE. **Relatório Gerencial de Vacinação do período de janeiro a dezembro de 2024**. Redenção, 2025.

ROLEMBERG, M. O. C. et al. A reincidência do sarampo e da poliomielite em razão da abstenção vacinal no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 15, p. e151334-e151334, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1334>. Acesso em: 01 dez 2024.

SANTIAGO JUNIOR, J. F. et al. **Tipos de vieses em ensaios clínicos randomizados (ECR). Risco de viés em revisões sistemáticas: guia prático**. Florianópolis: Centro Brasileiro de Pesquisas Baseadas em Evidências – COBE UFSC, 2021. Cap. 2. Disponível em: <https://guiariscodeviescobe.paginas.ufsc.br/capitulo-2-tipos-de-vieses-em-ensaios-clinicos-randomizados-ecr/>. Acesso em: 01 dez 2024.

SANTOS, D. F. et al. Factors associated with the permission for child vaccination in the context of the COVID-19 pandemic. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online]. 2023, v. 44, e20220362. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20220362.en>. Acesso em: 21 junho 2024.

SAVIO, R. O et al. Uso do WhatsApp® por gestores de serviços de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE001695, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO001695> Acesso em 22 jun 2025.

SHARMA, N.; SRIVASTAV, A. K.; SAMUEL, A. J. Randomized clinical trial: gold standard of experimental designs-importance, advantages, disadvantages and prejudices. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 10, n. 3, p. 512-519, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v10i3.3039>. Acesso em: 18 abr 2025.

SILVA, A. L, et al. Vacinas: da criação revolucionária ao polêmico movimento de rejeição. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, 2021; 11(2): e5724.25. Disponível em: <https://doi.org/10.13102/rscdauufs.v11i2.5724>. Acesso em: 01 dez 2024.

SILVA, A. M. O. A. et al. Intramuscular injection safety without aspiration in the ventro-gluteal region during vaccination: randomized clinical trial. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2022, v. 75, n. 1, e20201119. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1119>. Acesso em: 21 junho 2024.

SILVA, A. M. O. A. **Evento adverso, dor e imunogenicidade na administração de vacina por via intramuscular no ventro-glúteo sem aspiração antes da injeção: um ensaio clínico randomizado**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2020.

SILVA, C. M. B. et al. A importância do gerenciamento de enfermagem em sala de vacinação. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, p. e141297-e141297, 2024. Disponível em: <https://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/1297/1083>. Acesso em: 25 fev. 2025.

SILVA, S. D. M; RODRIGUES, D. M. O papel das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na escola para a socialização e formação dos jovens residentes na área rural de Major

Vieira/SC/Brasil. **Sobre Tudo**, v. 13, n. 1, p. 19-53, 2022 Disponível em: <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/sobretudo/article/view/5019>. Acesso em 21 abr 2025.

SILVA, M. S. **Uso das tecnologias da informação e comunicação no tempo de não trabalho dos agentes comunitários de saúde**. 2025. Monografia (Pós- Graduação em Enfermagem de Família e Comunidade) – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2025. Disponível em: [https://sigaenf.subpav.org/sites/default/files/2025-04/Monografia%20\(TCR\)%20-%20Marcia%20Souza.pdf](https://sigaenf.subpav.org/sites/default/files/2025-04/Monografia%20(TCR)%20-%20Marcia%20Souza.pdf) Acesso em 03 fev 2026.

SIQUEIRA, L. G. et al. Instrumento para avaliação da assistência quanto à vacinação na perspectiva do usuário. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 119, p. 916–926, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811910> Acesso em 23 jun 2025.

SOIBELMAN, G. et al. Saúde digital na Atenção Primária à Saúde no Brasil: experiências desenvolvidas no Sistema Único de Saúde entre 2018 e 2022. **Saúde em Debate**, v. 49, p. e10000, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2358-28982025E110000P> Acesso em 3 fev 2026.

SOUSA, V. L. P. et al. Teleconsulta de enfermagem na atenção primária à saúde: scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 32, p. e4329, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.7212.4329> Acesso em 10 fev 2026.

STAMM, B. et al. Intervenção telefônica para manejo da ansiedade de pacientes oncológicos: ensaio clínico randomizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 137–143, mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800021> Acesso em 23 jun 2025.

STATISTA. **Internet**. [Internet]. 2025. Disponível em: <https://www.statista.com/markets/424/internet/>. Acesso em: 22 jun 2025.

STATISTA. **Internet usage in Brazil - statistics & facts**. [Internet]. 2025. Disponível em: <https://www.statista.com/topics/2045/internet-usage-in-brazil/>. Acesso em: 22 jun 2025.

STATISTA. **Messaging apps in Brazil - statistics & facts**. [Internet]. 2025. Disponível em: <https://www.statista.com/topics/10063/messaging-apps-in-brazil/>. Acesso em: 22 jun 2025.

STATISTA. **Most popular social media platforms in Brazil as of 3rd quarter 2024, by usage reach**. [Internet]. 2025. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/1307747/social-networks-penetration-brazil/>. Acesso em: 22 jun 2025.

TOFANI, L. F. N. et al. Use of WhatsApp® application in health management, work, and care in fighting the COVID-19 pandemic. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, p. e08082023, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.08082023> Acesso em 03 fev 2026.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Brasil avança na imunização infantil e sai da lista dos países com mais crianças não vacinadas no mundo, revelam UNICEF e OMS**. [Internet] Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/brasil-avanca-na-imunizacao-infantil-e-sai-da-lista-dos-paises-com-mais>. Acesso em: 03 dez 2024.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Estudo qualitativo sobre os fatores econômicos, sociais, culturais e da política de saúde relacionados à redução das coberturas vacinais de rotina em crianças menores de cinco anos. Brasília, 2020.**

Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/11001/file/estudo-fatores-relacionados-reducao-coberturas-vaciniais-de-rotina-em-criancas-menores-5-anos.pdf>. Acesso em: 03 dez 2024.

VASCONCELOS, C. T. M. **Intervenção comportamental e educativa: efeitos na adesão das mulheres à consulta de retorno para receber o resultado do exame colpocitológico.**

2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/6999> Acesso em 13 jun 2025.

XAVIER, P. B. et al. A utilização da saúde digital na enfermagem e o seu impacto na qualidade da assistência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 2, p. e15418, 8 fev. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e15418.2024> Acesso em 10 fev 2026

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Vitória Costa Oliveira, Enfermeira Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, estou convidando você para participar da pesquisa intitulada **“INTERVENÇÃO VIA TELEMÁTICA PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-VACINAL INFANTIL: ESTUDO EXPERIMENTAL”**. Por meio deste termo peço sua autorização para responder de forma presencial, por um período de aproximadamente 20 minutos, um primeiro instrumento com 22 questões relacionadas ao seu perfil sociodemográfico e sobre sua experiência com o acompanhamento pós-vacinal da criança. Também solicito sua autorização para responder oito questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, estado de saúde e de vacinação da criança de sua responsabilidade. A pesquisadora entrará em contato novamente, por via teleinformática, após 12h e/ou 72h do primeiro contato para a aplicação de um segundo instrumento com quatro ou seis questões sobre a experiência pós-vacinal, além da aplicação de uma escala de satisfação com 11 questões.

Os possíveis riscos ao participar deste trabalho são a perda da confidencialidade, privacidade e anonimato; atraso em compromissos; cansaço físico e mental relacionado ao uso da tecnologia; e constrangimento ao participar da entrevista e responder às perguntas. Para a minimização dos riscos serão tomados os respectivos cuidados: a coleta de dados presencial ocorrerá em na UBS, em ambiente reservado e silencioso na UBS, enquanto a coleta via telemática (*WhatsApp* ou telefone) poderá ocorrer em horário, via telemática e em ambiente escolhido pelo participante, assim se pretende promover privacidade, confidencialidade e evitar importunações e atraso em compromissos; será possível realizar pausas durante a coleta de dados, caso julgue necessário; poderá se recusar a responder perguntas que julgar desnecessárias ou desconfortáveis; não haverá registro de informações que identifiquem nominalmente o participante, as informações serão registradas seguindo a codificação (INICIAIS DO NOME + IDADE). Com isso, pretende-se que somente a pesquisadora identifique o autor das respostas; os dados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e apresentados através de artigos e dissertação de mestrado; após a coleta os dados serão armazenados em planilha online e posteriormente transferidas para dispositivo eletrônico local do tipo pen-drive e serão excluídos os dados de todas as plataformas virtuais, ambientes compartilhados e nuvem.

A sua participação é importante, pois além de contribuir com uma intervenção para acompanhamento pós-vacinal para melhorar as rotinas de vacinação, ajudará também na identificação do perfil sociodemográfico dos pais e responsáveis das crianças, e na definição de fatores que interferem ou favorecem a adesão à vacinação das crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde do local do estudo.

Caso aceite participar, usarei um código para preservar sua identidade e a da criança, esse código será submetido a um sorteio aleatório para a sua alocação em grupo controle ou grupo intervenção. Ambos os grupos terão a mesma oportunidade de acesso à vacinação e a informação ofertada pela vacinadora. Entretanto, somente o grupo intervenção terá acesso ao acompanhamento pós-vacinal via telemática.

Garanto a plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo. E ainda, que sua participação é voluntária e não será oferecido nenhum valor. Também não haverá nenhum custo por participar da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (CEP - UNILAB), encontra-se disponível para esclarecer dúvidas e/ou reclamações quanto à sua participação no referido estudo por meio do telefone: (85) 3332-1414, estando localizado no Campus da Liberdade – Avenida da Abolição, nº 3, CEP: 62.790-970, Redenção – Ceará – Brasil. Horários de Funcionamento: segundas, quartas e sextas-feiras das 8h às 11h e das 13h às 17h. Você também poderá contatar a pesquisadora para tratar de qualquer questão referente a pesquisa por meio do e-mail: vitoriaoliverebj@gmail.com e telefone: (85) 9 8594- 1948.



TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, com n.º de RG/CPF _____, aceito participar da pesquisa e autorizo expressamente a coleta e tratamento de dados do(s) meu(s) dependente(s) menor(es) de idade. Concordo com tudo o que está explicado, e afirmo que por este termo fui devidamente orientado (a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa **“INTERVENÇÃO VIA TELEMÁTICA PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-VACINAL INFANTIL: ESTUDO EXPERIMENTAL”**.

_____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão digital do participante

Vitória Costa Oliveira
Pesquisadora

Eu, _____, com n.º de RG\CPF _____, na qualidade de testemunha, afirmo que o presente termo foi lido e explicado ao sujeito do estudo em minha presença.



APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO RESPONSÁVEL

Instrumento de perfil sociodemográfico - Responsável	
1. Sexo: () F () M	2. Idade em anos completos: _____
3. Informações de contato: Telefone: Rede social: E-mail:	4. Raça: ☐ Preto ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Não desejo declarar
5. Grau de parentesco: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Avó ☐ Avô ☐ Irmã ☐ Irmão ☐ Tia ☐ Tio ☐ Prima ☐ Primo ☐ Responsável legal ☐ Outra _____	7. UBS de vínculo: ☐ Boa-fé ☐ Sede ☐ Olho d'água dos Constantinos ☐ Barra Nova ☐ Canadá ☐ Manoel Dias ☐ Currais ☐ Urucuzal ☐ Guassi ☐ Outeiro ☐ Frei Agostinho ☐ Joana Regis
6. Quantas crianças estão sob sua responsabilidade? _____	
8. Estado civil: ☐ Solteira ☐ Casada/União estável ☐ Divorciada/Separada ☐ Viúva	9. Grau de Escolaridade: ☐ Sem estudo ☐ Fundamental ☐ Médio ☐ Superior ☐ Pós-graduação
10. Ocupação: _____	11. Renda familiar: ☐ Menos que 1 salário mínimo ☐ 1 salário mínimo ☐ 2-3 salários mínimos ☐ 4-5 salários mínimos ☐ Mais que 5 salários mínimos ☐ Outra _____

12. Você prefere ser contatado via: ☐ Mensagem de texto por WhatsApp ☐ Áudio por WhatsApp ☐ Ligação de voz por WhatsApp ☐ Ligação de vídeo por WhatsApp ☐ SMS por operadora telefônica ☐ Ligação de voz por operadora telefônica 13. Qual o melhor horário para entrarmos em contato entre 8h e 18h? _____	14. Por onde você recebe informações sobre vacinação? ☐ Agente Comunitário de Saúde ☐ Equipe da UBS ☐ Parentes e amigos ☐ Pessoas da comunidade ☐ Televisão ☐ Rádio ☐ Internet (sites e blogs) ☐ Rede social (Instagram, WhatsApp) ☐ Outra
15. Você possui acesso à Internet? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 16. Você possui acesso à rede telefônica? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	17. Você considera que possui letramento digital? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
18. Você acha a vacinação infantil importante? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	19. Você gostaria de receber mais informações? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei
21. Você já recebeu uma informação falsa sobre vacinação? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 21.1 Se sim, qual?	
22. Você recusa ou já recusou que a criança recebesse alguma vacina? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 22.1 Se sim, qual? _____ 22.2 Se sim, por quê? _____	

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA CRIANÇA

Instrumento de perfil e situação de saúde - Criança	
1. Sexo: () F () M	2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Está sob tratamento médico? () Sim () Não () Não sei 3.1 Se sim, qual? _____	6. A criança apresenta alguma das condições especiais abaixo? () Doença ou em tratamento imunossupressor () Apresentou ESAVI () Histórico de reação alérgica aos componentes das vacinas () Histórico de internação hospitalar frequente () Situação de proteção prevista no ECA () Não () Não sei
4. Faz uso de algum medicamento? () Sim () Não () Não sei 4.1 Se sim, qual? _____	
5. Possui alguma alergia? () Sim () Não () Não sei 5.1 Se sim, qual? _____	
7. A criança já apresentou reações adversas pós-vacinação? (ficou doente após tomar vacina) () Sim () Não () Não sei	
8. Quais as próximas vacinas e datas de aplicação?	

APÊNDICE D – INSTRUMENTO PÓS-VACINAÇÃO E INTERVENÇÃO

Instrumento pós-intervenção grupo intervenção (12h) - Responsável	
○ A criança tomou a vacina [adicionar nome], aplicada em [adicionar] doses, que é indicada para os meses [adicionar].; ○ Esta vacina protege contra as doenças [adicionar doenças]; ○ As possíveis reações são: [adicionar reações]; ○ Para minimizá-las você pode manter a criança em repouso; ofertar leite materno, água, sucos e vitaminas; ofertar medicamentos prescritos para febre e dor; realizar compressa fria; e procurar uma UBS em caso de dúvidas ou reações graves;	
1. A criança apresentou reações adversas pós-vacinação? (Ficou doente após tomar a última vacina) () Sim () Não () Não sei	2. Quais reações adversas a criança apresentou após a vacinação? () Nenhuma () Dor de cabeça () Febre () Náusea e vômito () Dor no local () Nódulo no local () Irritabilidade () Sonolência () Perda de apetite () Outra _____
3. Você recebeu informações na sala de vacina? () Não recebi informações () Recebi, mas não entendi as informações () Recebi e entendi as informações	4. Se recebeu informações? Sobre quais temas foi orientada? Pode marcar mais de uma opção: () A(s) vacina(s) que a criança tomaria () Reações comuns da vacina () Atraso vacinal gera risco a saúde () Atraso vacinal corta benefícios (suspensão do programa de transferência de renda) () Cuidados pós-vacina () Benefícios da vacinação () Como a vacina protege () A vacina é segura () Qual a doença que a vacina protege () Qual a próxima vacina que a criança tomará () Quando precisa voltar a sala de vacina () Outra _____

Instrumento pós-intervenção grupo intervenção (72h) - Responsável	
1. A criança ainda apresenta reações adversas pós-vacinação? (ainda está doente após tomar a última vacina) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei	2. Quais reações adversas a criança apresentou após a vacinação? ☐ Nenhuma ☐ Dor de cabeça ☐ Febre ☐ Náusea e vômito ☐ Dor no local ☐ Nódulo no local ☐ Irritabilidade ☐ Sonolência ☐ Perda de apetite ☐ Outra _____
3. Quais cuidados você adotou após vacinação? ☐ Nenhum ☐ Oferta de água, sucos e vitaminas ☐ Oferta de leite materno ☐ Oferta de medicamentos para febre e dor ☐ Compressa fria ☐ Compressa quente ☐ Uso de dispositivos (abelhinha, xô febre) ☐ Massagem ☐ Nenhum cuidado ☐ Outro _____	4. Qual foi a última vacina administrada? Pode marcar mais de uma opção: ☐ Não sei ☐ BCG ☐ Hepatite B ☐ Pentavalente ☐ VIP ☐ Pneumo 10 ☐ VORH ☐ Meningo C ☐ Meningo ACWY ☐ Vacina Covid-19 ☐ Febre amarela ☐ Tríplice viral ☐ DTP ☐ Hepatite A ☐ Tetra viral ☐ Varicela ☐ Pneumo 23 ☐ dT ☐ HPV
A próxima vacina a ser administrada será [adicionar nome], no dia [adicionar aprazamento] procure a UBS e leve consigo os documentos da criança e a caderneta de vacinação; Esta vacina protege contra as doenças [adicionar doenças]; Vaccine sua criança!	

APÊNDICE E – INSTRUMENTO PÓS-VACINAÇÃO E CONTROLE

Instrumento pós-intervenção grupo controle (72h) - Responsável	
1. A criança apresentou reações adversas pós-vacinação? (Ficou doente após tomar a última vacina) ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sei 3. Você recebeu informações na sala de vacina? ☐ Não recebi informações ☐ Recebi, mas não entendi as informações ☐ Recebi e entendi as informações	2. Quais reações adversas a criança apresentou após a vacinação? ☐ Nenhuma ☐ Dor de cabeça ☐ Febre ☐ Náusea e vômito ☐ Dor no local ☐ Nódulo no local ☐ Irritabilidade ☐ Sonolência ☐ Perda de apetite ☐ Outra _____
4. Se recebeu informações? Sobre quais temas foi orientada? Pode marcar mais de uma opção: ☐ A(s) vacina(s) que a criança tomaria ☐ Reações comuns da vacina ☐ Atraso vacinal gera risco para a saúde ☐ Atraso vacinal corta benefícios (suspensão do programa de transferência de renda) ☐ Cuidados pós-vacina ☐ Benefícios da vacinação ☐ Como a vacina protege ☐ A vacina é segura ☐ Qual a doença que a vacina protege ☐ Qual a próxima vacina que a criança tomará ☐ Quando precisa voltar a sala de vacina ☐ Outra _____ 6. Quais cuidados você adotou após vacinação? ☐ Nenhum ☐ Oferta de água, sucos e vitaminas ☐ Oferta de leite materno ☐ Oferta de medicamentos para febre e dor ☐ Compressa fria ☐ Compressa quente ☐ Uso de dispositivos (abelhinha, xô febre) ☐ Massagem ☐ Nenhum cuidado ☐ Outro _____	5. Qual foi a última vacina administrada? Pode marcar mais de uma opção: ☐ Não sei ☐ BCG ☐ Hepatite B ☐ Pentavalente ☐ VIP ☐ Pneumo 10 ☐ VORH ☐ Meningo C ☐ Meningo ACWY ☐ Vacina Covid-19 ☐ Febre amarela ☐ Tríplice viral ☐ DTP ☐ Hepatite A ☐ Tetra viral ☐ Varicela ☐ Pneumo 23 ☐ dT ☐ HPV

ANEXO A

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERVENÇÃO VIA TELEMÁTICA PARA ACOMPANHAMENTO PÓS-VACINAL INFANTIL: ESTUDO EXPERIMENTAL

Pesquisador: Vitória Costa Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90992025.0.0000.5576

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DA INTEGRACAO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.914.050

Apresentação do Projeto:

Resumo da proposta submetida à análise:

Este estudo pretende responder as seguintes questões de pesquisa: o acompanhamento pós-vacinal via telemática favorece o monitoramento e manejo de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI), orienta sobre os cuidados pós-vacinais e aumenta a satisfação do usuário, tornando-se superior ao método convencional de acompanhamento pós-vacinal convencional da sala de vacinas? Assim, tem como objetivo avaliar a eficácia do acompanhamento pós-vacinal infantil via telemática em comparação ao procedimento convencional de orientação e monitoramento na sala de vacina. Trata-se de um estudo experimental. Participarão pais ou responsáveis de crianças de zero a 12 meses, residentes em Redenção, Ceará. O estudo será desenvolvido setembro de 2025 e fevereiro de 2026. Será realizada entrevista com aplicação de questionário para caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes. Os participantes serão alocados em dois grupos: 1º grupo (controle) receberá orientações de método convencional, conforme a rotina da sala de vacina, sem interferência da pesquisadora, e será contatado 72h após a vacinação para investigação da

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.914.050

ocorrência de evento adverso, informações recebidas, cuidados adotados e avaliar o nível de satisfação com a vacinação; 2º grupo (intervenção) receberá orientações de método convencional e terá acesso ao acompanhamento pós-vacinal via telemática em até 12h após a vacinação para informações sobre as vacinas administradas, cuidados pós-vacinais, investigação sobre ocorrência de ESAVI e orientação recebidas; e 72 após a vacinação será investigado sobre ESAVI e os cuidados adotados, além de ser informado o próximo agendamento e questionados sobre a satisfação. Os dados obtidos serão registrados em planilha Excel for Windows e analisados a partir do software IBM Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20, com realização de frequência relativa e absoluta, e aplicação de teste estatístico para a associação das variáveis. O estudo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira para apreciação. Serão respeitados os preceitos éticos estabelecidos nas Resoluções de n.º 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde.

¿ Arquivo: PB_Informações Básicas do Projeto_2597632 ¿ Página 02

Natureza da Proposta:

Projeto de Mestrado Profissional em Saúde da Família

Objetivo da Pesquisa:

O presente estudo tem por objetivo(s):

Objetivo Primário:

Avaliar a eficácia do acompanhamento pós-vacinal infantil via telemática em comparação ao procedimento convencional de orientação e monitoramento na sala de vacina

Objetivo(s) Secundário(s):

- Elaborar um protocolo de acompanhamento pós-vacinal infantil para orientação e monitoramento em saúde baseado em evidências científicas;
- Construir um plano para implementação do protocolo de acompanhamento via telemática;

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.914.050

- Avaliar a eficácia do protocolo de acompanhamento como ferramenta de monitoramento de ESAVI entre os grupos acompanhados via telemática e os que receberam orientações na sala de vacina;
- Avaliar a adesão aos cuidados acerca dos ESAVI orientados no protocolo de acompanhamento entre os grupos acompanhados via telemática e os que receberam orientações na sala de vacina;
- Identificar a satisfação dos pais e responsáveis em relação as orientações e o monitoramento em saúde entre os grupos acompanhados via telemática e os que receberam orientações na sala de vacina;
- Avaliar a interferência do perfil sociodemográfico no monitoramento de ESAVI, na adesão aos cuidados e na satisfação do usuário sobre o protocolo de acompanhamento entre os grupos acompanhados via telemática e os que receberam orientações na sala de vacina;
- Comparar os efeitos de monitoramento de ESAVI, a adesão aos cuidados e a satisfação do usuário sobre o protocolo de acompanhamento entre os grupos acompanhados via telemática e os que receberam orientações na sala de vacina;

¿ Arquivo: PB_Informações Básicas do Projeto_2597632 ¿ Página 03

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi citada a possibilidade de ocorrência de riscos inerentes a pesquisa e algumas formas de minimizá-lo, conforme os trechos a seguir:

¿ Os riscos deste estudo incluem: a perda da confidencialidade, privacidade e anonimato; atraso em compromissos; cansaço físico e mental relacionado ao uso da tecnologia; e constrangimento ao participar da entrevista e responder às perguntas. Para a minimização dos riscos serão tomados os respectivos cuidados: a coleta de dados presencial ocorrerá em na UBS, em ambiente reservado e silencioso na UBS, enquanto a coleta via telemática (WhatsApp ou telefone) poderá ocorrer em horário, via telemática e em ambiente escolhido pelo participante, assim se pretende promover privacidade, confidencialidade e evitar importunações e atraso em compromissos; será possível realizar pausas durante a coleta de dados, caso julgue necessário; poderá se recusar a responder perguntas que julgar desnecessárias ou desconfortáveis; não haverá registro de informações que identifiquem nominalmente o participante, as informações serão registradas seguindo a codificação (INICIAIS DO NOME + IDADE). Com isso, pretende-se que

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.914.050

somente a pesquisadora identifique o autor das respostas; os dados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e apresentados através de artigos e dissertação de mestrado; após a coleta os dados serão armazenados em planilha online e posteriormente transferidas para dispositivo eletrônico local do tipo pen-drive e serão excluídos os dados de todas as plataformas virtuais, ambientes compartilhados e nuvem.

Arquivo: PB_Informações Básicas do Projeto_2597632 Página 04

Adicionalmente, o documento estabelece os benefícios da pesquisa:

Este estudo poderá contribuir com uma intervenção para acompanhamento pós-vacinal para melhorar as rotinas de vacinação, ajudará também na identificação do perfil sociodemográfico dos pais e responsáveis das crianças, e na definição de fatores que interferem ou favorecem a adesão à vacinação das crianças atendidas na Unidade Básica de Saúde do local do estudo.

Arquivo: PB_Informações Básicas do Projeto_2597632 Página 04

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa demonstra relevância, na introdução constam referências pertinentes e atualizadas sobre o objeto de estudo. Há justificativa plausível para a realização do trabalho. Os objetivos estão adequados à proposta. A metodologia está adequadamente detalhada e foi considerada apropriada para o alcance dos objetivos propostos, de acordo com o tempo estipulado.

Segue o detalhamento da análise do projeto:

Trata-se de um estudo experimental, do tipo randomizado controlado. Este estudo será desenvolvido entre setembro de 2025 e fevereiro de 2026, na cidade de Redenção. A coleta de dados ocorrerá durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2025. Participarão deste estudo pais ou responsáveis legais de crianças de zero a 12 meses, que residam em Redenção/CE e que levarem as crianças para vacinação em alguma das 12 salas de vacina da cidade. A amostra foi calculada considerando-se uma população finita e por estimativa de proporção, sendo composta por 204 pais ou responsáveis, divididos em dois grupos, totalizando 102 sujeitos por grupo. Serão excluídas: participante

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.914.050

responsável por criança com doença ou em tratamento imunossupressor ou histórico de reação alérgica aos componentes das vacinas; não possuir acesso a aparelho de telemática e rede telefônica ou Internet. Serão descontinuados: participante responsável por criança que tenha sido submetida a internação hospitalar durante o estudo; falta de contato com a pesquisadora em duas tentativas, em horários diferentes e por duas tecnologias de telemática diferentes; atraso vacinal superior a 15 dias mesmo após orientação para vacinação durante a intervenção; desistir de participar do estudo após início da coleta de dados; óbito do participante responsável ou da criança.

Os participantes serão alocados em dois grupos, conforme o tipo de intervenção a qual serão submetidos. A alocação dos sujeitos nos grupos controle e intervenção será homogênea e aleatória, com randomização por sorteio entre os grupos. Informa que haverá cegamento dos participantes. Após identificação dos participantes, será realizada entrevista presencial (coletados dados dos pais ou responsáveis e das crianças) e os participantes serão alocados em dois grupos para a intervenção telemática.

- Grupo controle: receberá o método convencional e contato da pesquisadora após 72 h da vacina. No método convencional, as orientações sobre as vacinas, o cuidado pós-vacinal e o incentivo para a vacinação são procedimentos pontuais, o acompanhamento pós-vacinal não é rotina nas UBS, assim como não há avaliação da satisfação do usuário. No contato após as 72 h, serão aplicados os instrumentos para acompanhamento pós-vacinal e a Escala de Avaliação da Sala de Vacina na perspectiva do Usuário (EASV-U).

- Grupo intervenção: receberá o acompanhamento pós-vacinal via telemática 12 h após a vacinação. O qual fornecerá informações sobre as vacinas administradas, a doença a qual ela protege, o esquema de doses e reforço; os possíveis eventos adversos, os cuidados que podem ser adotados para a minimização de eventos adversos e a importância da comunicação à UBS sobre a ocorrência dos eventos adversos; o incentivo ao retorno a sala de vacina na data apazada; e a avaliação da satisfação do usuário sobre a vacinação. A abordagem por via telemática acontecerá de acordo com a preferência do horário e tipo de tecnologia informada na coleta de dados inicial. As orientações poderão ocorrer via WhatsApp, por meio dos recursos de mensagem de texto, mensagem de áudio,

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.914.050

ligação de voz e ligação por vídeo. Também poderão ocorrer por envio de SMS por operadora telefônica e ligação de voz por operadora telefônica. O contato ocorrerá entre 8h e 18h, em dias úteis da semana. Após, ocorrerá novo contato com a pesquisadora 72 h após a vacinação, quando serão aplicados os instrumentos para acompanhamento pós-vacinal e a Escala de Avaliação da Sala de Vacina na perspectiva do Usuário (EASV-U).

Será realizada análise estatística quantitativa, descritiva e inferencial. Os dados obtidos serão compilados em planilha online, mas resguarda os cuidados éticos (download da planilha e armazenará os dados em um dispositivo eletrônico local do tipo pen-drive e seguirá com a exclusão do registro dos dados de todas as plataformas virtuais).

¿ Arquivo de Origem: ProjetoCorrigido

É importante destacar que ¿A revisão ética dos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser associada à sua análise científica¿ (Res. 466/12 ¿ VII.4).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e considerados adequados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- A proposta não apresenta pendências e/ou inadequações éticas, sendo considerada aprovada com base nos documentos submetidos.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. O colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEP, em sua unanimidade, concorda com o parecer do(a) relator(a).

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

**UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-**



Continuação do Parecer: 7.914.050

2. O CEP dá ciência sobre a demanda futura da postagem dos relatórios de pesquisa parcial e final na Plataforma Brasil de acordo com a Resolução n. 466/12, conforme a qual:

II.19 - relatório final - é aquele apresentado após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados;

II.20 - relatório parcial - é aquele apresentado durante a pesquisa demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento);

Ou, especificamente, refere-se à demanda do Relatório Final de acordo com a Resolução n. 510/2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis às pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, conforme as quais o pesquisador deve apresentar no Relatório Final do projeto que foi desenvolvido, conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção.

3. Salienta-se que as demandas expressas no presente processo estão respaldadas pelas recomendações que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS) fornece aos CEPs locais.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2597632.pdf	25/09/2025 22:51:30		Aceito
Outros	3CartaAusenciaDeonousassinado.pdf	25/09/2025 22:50:29	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	CartaEncaminhamentoassinado.pdf	25/09/2025 22:49:28	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	CartaRespostaCEPassinado.pdf	25/09/2025 22:47:28	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_7778229.pdf	25/09/2025 22:46:49	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoCorrigido.pdf	25/09/2025 22:45:58	Vitória Costa Oliveira	Aceito

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.914.050

Investigador	ProjetoCorrigido.pdf	25/09/2025 22:45:58	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Cronograma	Cronog_assinado.pdf	25/09/2025 22:45:37	Vitória Costa Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECorrigido.pdf	25/09/2025 22:45:16	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoJairo_assinado.pdf	25/09/2025 22:43:51	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Declaração de concordância	4CartaConcordanci.pdf	03/08/2025 08:07:57	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	anuencia.pdf	03/08/2025 08:05:21	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	6CurriculoEmiliaa_.pdf	08/07/2025 22:16:14	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	6CurriculoDaniel.pdf	08/07/2025 21:56:44	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	6CurriculoVitoria.pdf	08/07/2025 21:55:52	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	11InstrumentoSatisfacao.pdf	08/07/2025 21:54:47	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	11InstrumentoResponsavel.pdf	08/07/2025 21:54:34	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	11InstrumentoIntervencao.pdf	08/07/2025 21:54:20	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	11InstrumentoCrianca.pdf	08/07/2025 21:54:08	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Outros	11InstrumentoControle.pdf	08/07/2025 21:53:32	Vitória Costa Oliveira	Aceito
Orçamento	13Orcamento.pdf	08/07/2025 21:51:31	Vitória Costa Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br

UNIVERSIDADE DA
INTEGRAÇÃO
INTERNACIONAL DA
LUSOFONIA AFRO-



Continuação do Parecer: 7.914.050

REDENCAO, 20 de Outubro de 2025

Assinado por:
Edmara Chaves Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Sala 13A, Bloco Administrativo II, Campus da Liberdade, Avenida da Abolição, nº 3, Centro
Bairro Centro, Redenção **CEP:** 62.790-000
UF: CE **Município** REDENCAO
Telefone (85)3332-6190 **E-** cep@unilab.edu.br