



Avaliação da cobertura vacinal em idosos de uma instituição de longa permanência

Evaluation of vaccination coverage in elderly individuals in a long-term care institution

Evaluación de la cobertura de vacunación en personas mayores en una institución de cuidados de larga duración

Letícia Aparecida de Souza Silva¹, Débora Carolina Marques Batista de Albuquerque¹, Isabel Maria Moura de Andrade¹, Júlia Santos Maia¹, Maria Clara Cirilo Gomes¹, Rubiane Gouveia de Souza e Silva^{1,2}.

ARQUIVO SUPLEMENTAR

ANEXO A- QUESTIONÁRIO PARA ANALISAR OS CONHECIMENTOS DO PARTICIPANTE ACERCA DA VACINAÇÃO

Número do questionário: _____

1. Iniciais do nome: _____

2. Idade: _____ anos

3. Sexo: F () M () Não informado ()

4. Raça: Branco () Pardo () Preto () Indígena () Outro ()

5. Estado civil: Solteiro () Casado () União estável () Divorciado () Viúvo ()

6. Grau de escolaridade:

- Ensino fundamental incompleto ()
- Ensino Fundamental Completo ()
- Ensino Médio Incompleto ()
- Ensino Médio Completo ()
- Ensino Superior Incompleto ()
- Ensino Superior Completo ()
- Analfabeto ()

7. Renda:

- Até 1 Salário-mínimo ()
- Entre 1 e 2 Salários-mínimos ()
- Entre 2 e 3 Salários-mínimos ()
- Acima de 3 Salários-mínimos ()
- Não informado ()

¹ Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), Recife - PE.

² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife - PE.

8. É tabagista? Sim () Não ()
9. É etilista? Sim () Não ()
10. Prática alguma atividade física? Sim () Não ()
11. É vacinado contra a Hepatite B? Sim () Não () Não lembra ()
12. É vacinado contra a Influenza este ano? Sim () Não () Não lembra ()
13. É vacinado contra a Covid-19? Sim () Não () Não lembra () a. Se sim, tomou quantas doses?
14. É vacinado contra a dT? Sim () Não () Não lembra ()
15. É vacinado contra a Pneumocócica-23-valente? Sim () Não () Não lembra ()
16. Qual local tomou as vacinas?
- Posto de saúde ()
 - Clínica Privada ()
 - Outro local () _____
 - Não lembra ()
17. Qual o motivo para você não ter se vacinado? (Caso não tenha feito alguma vacina)
- Não sabia que tinha que tomar ()
 - Não quis tomar por não acreditar na eficácia ()
 - Não tomou por medo de efeitos adversos ()
 - Tomei as vacinas ()
 - Outros () Qual? _____
18. Você levou seus filhos para tomar vacina quando eram menores?
- Sim ()
 - Não ()
 - Não Lembra ()
19. Está satisfeito com o seu nível de conhecimento sobre as vacinas ofertadas ao idoso?
- Muito satisfeito ()
 - Satisfeito ()
 - Neutro ()
 - Insatisfeito ()
 - Muito insatisfeito ()

ANEXO B - LISTA DE CHECAGEM

Título: Avaliação da cobertura vacinal em idosos de uma instituição de longa permanência

Nome: _____

1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- () Idade igual ou superior a 60 anos
- () Residente da instituição de longa permanência em estudo

2. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- () Presença de condição de saúde que impeça de tomar vacinas
- () Presença de declínio cognitivo que impeça responder os questionários

3. CONCLUSÃO

- () Elegível
- () Não elegível

4. SE ELEGÍVEL, CONCORDA EM PARTICIPAR?

- () Sim
- () Não