

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**  
**FACULDADE DE MEDICINA**

**CAMILA CARVALHO DE SOUZA AMORIM MATOS**

**Hesitação vacinal infantil e diferenciação social: um olhar interseccional sobre  
a (não) vacinação**

**São Paulo**

**2023**

CAMILA CARVALHO DE SOUZA AMORIM MATOS

**Hesitação vacinal infantil e diferenciação social: um olhar interseccional sobre  
a (não) vacinação**

**Versão Original**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo para obtenção do título  
de Doutor em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Thereza Couto  
Falcão

**São Paulo**

**2023**

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

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

Preparada pela Biblioteca da  
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Matos, Camila Carvalho de Souza Amorim  
Hesitação vacinal infantil e diferenciação social  
: um olhar interseccional sobre a (não) vacinação /  
Camila Carvalho de Souza Amorim Matos. -- São  
Paulo, 2023.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da  
Universidade de São Paulo.  
Programa de Saúde Coletiva.  
Orientadora: Marcia Thereza Couto Falcão.

Descritores: 1.Hesitação vacinal 2.Vacinação  
3.Saúde da criança 4.Pesquisa qualitativa  
5.Enquadramento interseccional

USP/FM/DBD-499/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: MATOS, Camila Carvalho de Souza Amorim

Título: Hesitação vacinal infantil e diferenciação social: um olhar interseccional sobre a (não) vacinação

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências – Saúde Coletiva.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr./Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr./Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Prof. Dr./Profa. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_

Ao Professor Nilson Amorim (*in memoriam*),  
exímio escritor, educador e meu pai.

## AGRADECIMENTOS

Os tempos verbais desta tese estão escritos no plural e há uma razão para isso. Na tradição da qual venho, se agradece no plural: *Adúpé* quer dizer ‘nós agradecemos’, pois nunca estamos sozinhos. Diz-se, na cultura yorùbá, que “*Agbajo owo ni a nfi so aya. Ajeji owo kan o gbegba kari*”, isto é: São as mãos de uma comunidade que trabalham efetivamente. Uma pessoa não consegue colocar a bagagem na cabeça com uma única mão.

Portanto, agradeço a quem veio antes de mim, pelo caminho trilhado até aqui. A todos os meus ancestrais, agradeço em nome de *Òṣùmàrè* e *Òṣùn*, por me permitirem acordar todos os dias e sentir que tudo o que faço no mundo representa muito mais do que somente a mim.

Agradeço à minha orientadora, Professora Marcia Couto, que é a principal responsável por essa jornada ter chegado ao seu final com êxito. Pelas palavras, pela parceria e pela sua capacidade única de me organizar em tantos níveis, *Adúpé!*

Agradeço ao território ancestral do Maranhão pelas minhas raízes. Agradeço a Aracéa Carvalho, minha mãe e minha certeza de que sempre terei onde atracar com segurança; a Maria de Lourdes Carvalho, minha avó e referência de força; a Nilson Amorim, meu pai, de quem herdei o amor pelas palavras. À minha prima-irmã Sulayne Araújo, primeira doutora de nossa família –e exemplo para que eu me tornasse a segunda. Aos meus cinco irmãos, em nome de minha irmã Juliana Matos, atualmente mestranda, com a qual compartilho as angústias de pós-graduanda. Às minhas tias, tios, primas e primos, que não citarei nominalmente, pois são muitos, agradeço por terem me emprestado um pouco do que são para que eu me tornasse quem sou hoje.

Ao território ancestral do *Ilé Àṣẹ Omọḍe Omiodò Òṣùn àti Oya*, na figura do meu *Bàbàlòrìṣà* Everson *ti Lógunḍe*, agradeço pelo cuidado e pela energia dedicada para que eu chegasse até aqui. *Adúpé* a toda a minha família yorùbá!

Aos territórios ancestrais da África do Sul e do Benin, agradeço por me darem chão para escrever grande parte dos artigos desta tese. Agradeço pelas amizades com as quais dividi a jornada, em especial às minhas queridas amigas Thais Tiriba e Núbia Aguilar, que trilharam comigo o árduo caminho do Doutorado Sanduíche. Agradeço à Universidade de Cape Town (UCT), em nome do meu orientador, Professor Charles Wiysonge; da minha coorientadora, Dr. Elizabeth Oduwole; e do grupo de pesquisa *Vaccines for Africa*. E, ainda, agradeço à

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes – Processo PrInt nº 88887.716875/2022-00), pela oportunidade de cruzar o Atlântico e realizar um campo que enriqueceu não apenas essa tese, mas também minha vida pessoal e profissional.

Agradeço às coautoras dos artigos que compõem essa tese, por sua parceria e suas importantes contribuições: as professoras Jeane Tavares (UFRB), Carolina Barbieri (Instituto Butantan), Vivian Avelino-Silva (USP), Edina Amponsah-Dacosta (UCT); e minhas colegas doutorandas Bruna Gonçalves (USP) e Imen Ayouni (UCT).

Agradeço a cada uma das famílias que abriu as portas de sua casa para que essa pesquisa de campo fosse executada, compartilhando pensamentos, anseios e receios comigo –mesmo que contra-hegemônicos. Sem elas, essa tese não existiria.

Agradeço a todas as minhas amigadas por, em diferentes momentos deste percurso, terem estado ao meu lado. Não é possível listar todas as pessoas que construíram comigo esse caminhar, mas agradecerei: a todos os meus amigos de infância, em nome de João Victor Freitas e Lucas Moraes; a todos os meus amigos de UFMA, em nome de Gabriela Barreira, Mariana Vieira, Felipe Brayon e Samuel Dumont; a todos os amigos que fiz em Florianópolis, em nome de Francisco Timbó Neto, Camila Siqueira e Denos Neto; aos amigos da UFSC, em nome de Iclícia Viana, Ana Carolina Cancelier e João Matheus Dallmann; aos amigos que fiz na USP, em nome de Jonathan Vicente; aos amigos e afilhados que são minha morada em São Paulo, Thiago de Luca e Alexandre Vilela; e às amigas que há tanto tempo dividem comigo o trilhar das iniquidades raciais em saúde, especialmente as que compõem o Grupo de Trabalho de Saúde da População Negra da SBMFC, em nome de Monique França, Denize Ornelas e Rita Borret.

Com especial carinho, agradeço aos amigos que estiveram diretamente segurando a minha mão na reta final desta escrita: André Luís Melo, por acolher meus anseios, por compartilhar comigo o seu território-casa e por permitir que esta tese em sua versão final fosse dada à luz em Salvador da Bahia; e Jeane Tavares, pelas tantas trocas –acadêmicas e de vida, que as estradas da Bahia nos permitiram viver. A Marcia Couto, novamente, e a Ramiro Unsain, agradeço por serem um sopro de persistência quando a energia faltou aos poucos metros que antecederiam a linha de chegada.

Há um pouco de cada uma dessas pessoas nas linhas que se seguem. *Adúpê!*

“Desde que se deixe de atribuir as resistências, as recusas e reticências em relação à vacinação ao invencível atraso dos homens, e que se considere o fenômeno em toda sua complexidade, ao mesmo tempo científica, política e social, a vacinação reintegrará seu verdadeiro lugar na história – o de um desafio surpreendentemente fértil e engenhoso”.

(Anne Marie Moulin, 2003, p. 501)

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP. Parte IV (Vancouver). 3ª Edição - Revisada, ampliada e modificada. Elaborado por Vânia Martins Bueno de Oliveira Funaro (Coordenadora), Maria Cláudia Pestana, Maria Cristina Cavarette Dziabas, Eliana Maria Garcia, Maria Fátima dos Santos, Maria Marta Nascimento, Suely Campos Cardoso. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

Abreviaturas dos títulos de periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

## RESUMO

Matos CCSA. Hesitação vacinal infantil e diferenciação social: um olhar interseccional sobre a (não) vacinação [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

A hesitação vacinal é um fenômeno complexo, multicausal e que se apresenta em diferentes formas a depender do contexto espaço-temporal. Definida pela Organização Mundial de Saúde como um estado motivacional de conflito ou oposição a ser vacinado, a produção científica sobre o tema ainda é incipiente em países de média e baixa renda, se destacando a produção e as ferramentas de pesquisa desenvolvidas no Norte Global. O Brasil, reconhecido por seu exitoso Programa Nacional de Imunizações, também enfrenta desafios na manutenção das coberturas vacinais, sendo um desses desafios a hesitação vacinal. Assim, o objetivo desta tese, apresentada em formato de compilação de artigos, é investigar o fenômeno da hesitação vacinal infantil, a partir de uma análise contexto-específica e interseccional do fenômeno, em duas capitais brasileiras (São Luís e Florianópolis), buscando compreender de que forma a diferenciação social participa dos processos de tomada de decisão em saúde. Para isso, foram conduzidas entrevistas em profundidade nas duas cidades supracitadas, entre 2021 e 2022, com famílias que tivessem, sob sua responsabilidade, crianças de até seis anos de idade. Buscou-se entrevistar os dois cuidadores principais da criança, quando esse fosse o caso. A captação dos entrevistados se deu pela técnica de ‘bola de neve’ e o número final de entrevistas foi definido pelo critério de saturação. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, para posterior análise temática. A pesquisa de campo foi posteriormente estendida à Cidade do Cabo, na África do Sul, em 2023, onde os mesmos procedimentos metodológicos foram conduzidos, para fins de comparação com os achados brasileiros. O *corpus* de artigos que compõe essa tese é formado por sete manuscritos publicados ou submetidos a periódicos científicos, sendo três deles teóricos e quatro empíricos. A seção teórica, que dá substrato para a posterior seção empírica, é composta pelo artigo de perspectiva ‘Hesitação vacinal: tópicos para (re)pensar políticas de imunização’; pela revisão de literatura ‘Vaccine hesitancy in the Global South: towards a critical perspective on Global Health’; e pelo artigo de comentário ‘COVID-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil’. A seção empírica conta os artigos de pesquisa: 1) Caregivers’ perceptions on routine childhood vaccination: a qualitative study on vaccine hesitancy in a South

Brazil state capital; 2) “Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia”: não-vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero; 3) The politicisation of vaccines and its influence on Brazilian caregivers’ opinions on childhood routine vaccination; e 4) Exploring childhood vaccine hesitancy drivers among caregivers in Brazil and South Africa: a qualitative study. Os achados desta pesquisa reforçam a hesitação vacinal enquanto fenômeno social, que informa não apenas sobre opiniões e atitudes acerca da vacinação, mas, sobretudo, que informa sobre pertencimentos e posições sociais na teia dos marcadores sociais que estabelecem diferenciação. Ainda, tais achados vão contra os reducionismos que associam ‘não vacinação’ a ‘desinformação’ ou ‘negligência parental’, sendo necessário superá-los para que se compreenda o fenômeno em toda a sua complexidade e se estabeleça políticas de saúde adequadas às realidades locais e aos grupos particulares.

Palavras-chave: Hesitação vacinal. Vacinação. Saúde da criança. Pesquisa qualitativa. Enquadramento interseccional.

## ABSTRACT

Matos CCSA. Childhood vaccine hesitancy and social differentiation: an intersectional approach on (non) vaccination [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2022.

Vaccine hesitancy is a complex, multi-causal and context-specific phenomenon, defined by the World Health Organization as a motivational state of being conflicted about, or opposed to, getting vaccinated. Scientific production on this subject is still incipient in middle- and low-income countries, with the production and research tools developed in the Global North standing out. Brazil, renowned for its successful National Immunization Program, also faces challenges in achieving and maintaining vaccination coverage, one of which is vaccine hesitancy. Thus, the aim of this thesis, presented in the form of a compilation of articles, is to investigate the phenomenon of childhood vaccine hesitancy, based on a context-specific and intersectional analysis of the phenomenon, in two Brazilian capitals (São Luís and Florianópolis), seeking to understand how social differentiation participates in health decision-making processes. In-depth interviews were conducted in the two field cities, between 2021 and 2022, with families who were responsible for children up to the age of six. We sought to interview the child's two main caregivers, when this was the case. The interviewees were recruited using the 'snowball' technique and the final number of interviews was defined by the saturation criterion. The interviews were recorded and transcribed for later thematic analysis. The field research was later extended to Cape Town, South Africa, in 2023, where the same methodological procedures were carried out, for comparison purposes with the Brazilian findings. The corpus of articles presented in this thesis is made up of seven papers published or submitted to scientific journals, three of which are theoretical and four empirical. The theoretical section, which provides the basis for the subsequent empirical section, includes the perspective article 'Vaccine hesitancy: topics for (re)thinking immunization policies'; the literature review 'Vaccine hesitancy in the Global South: towards a critical perspective on Global Health'; and the commentary article 'COVID-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil'. The empirical section includes the research articles: 1) Caregivers' perceptions on routine childhood vaccination: a qualitative study on vaccine hesitancy in a South Brazil state capital; 2) “I live in a very bourgeois world, I don't

live in the outskirts”: childhood non-vaccination and the intersection of race, class and gender; 3) The politicization of vaccines and its influence on Brazilian caregivers' opinions on childhood routine vaccination; and 4) Exploring childhood vaccine hesitancy drivers among caregivers in Brazil and South Africa: a qualitative study. The findings of this research reinforce vaccine hesitancy as a social phenomenon, which reflects not only caregivers' opinions and attitudes towards vaccination, but also their feeling of belonging and their position in the web of differentiation social markers. Furthermore, these findings go against the reductionism that links 'non-vaccination' with 'misinformation' or 'parental negligence', which must be overcome in order to understand the phenomenon in all its complexity and establish health policies that are appropriate to local realities and specific groups.

Keywords: Vaccine hesitancy. Vaccination. Child health. Qualitative research. Intersectional framework.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Caracterização sócio demográfica e posição em relação às vacinas dos entrevistados em Florianópolis (BR).....	52
<b>Quadro 2</b> - Caracterização sócio demográfica e posição em relação às vacinas dos entrevistados em São Luís (BR).....	53
<b>Quadro 3</b> - Caracterização sócio demográfica e posição em relação às vacinas dos entrevistados na Cidade do Cabo (SA).....	54

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Fluxograma de captação dos participantes por “bola de neve” em Florianópolis (BR) .....	49
<b>Figura 2</b> - Fluxograma de captação dos participantes por “bola de neve” em São Luís (BR) .....	49
<b>Figura 3</b> - Fluxograma de captação dos participantes por “bola de neve” na Cidade do Cabo (SA) .....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABEP</b>	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AEFI</b>	Adverse effects following immunization
<b>Anvisa</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BCG</b>	Bacilo de Calmette-Guérin (vacina)
<b>BeSD</b>	‘Behavioural and Social Drivers of Vaccine Hesitancy’ Working Group
<b>BR</b>	Brasil
<b>BRICS</b>	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
<b>CAM</b>	Complementary and Alternative Medicines
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>Cenadi</b>	Centro Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos
<b>CEV</b>	Campanha de Erradicação da Varíola
<b>CGPNI</b>	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
<b>COVID-19</b>	Corona Virus Disease 2019 (Doença do Coronavírus 2019)
<b>CRIE</b>	Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais
<b>CTAI</b>	Comitê Técnico Assessor em Imunizações
<b>DTP</b>	Difteria, tétano e pertussis (vacina)
<b>EPI-SA</b>	Expanded Programme on Immunisation of South Africa
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HREC</b>	Human Research Ethics Committee
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>LMIC</b>	Low and middle income countries
<b>MA</b>	Maranhão
<b>MCS</b>	Motores comportamentais e sociais da hesitação vacinal
<b>MS</b>	Ministério da Saúde

<b>NiSH</b>	NITAGs Support Hub
<b>NITAG</b>	National Immunization Technical Advisory Group
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>Pasni</b>	Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>PrInt</b>	Programa Institucional de Internacionalização
<b>SA</b>	South Africa (África do Sul)
<b>SAMRC</b>	South African Medical Research Council
<b>SAGE</b>	Strategic Advisory Group of Experts
<b>SC</b>	Santa Catarina
<b>SEQ</b>	Socio-economic quartiles
<b>SI-PNI</b>	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
<b>SI-AIU</b>	Sistema de Informações - Apuração dos Imunobiológicos Utilizados
<b>SI-API</b>	Sistema de Informações - Avaliação do Programa de Imunizações
<b>SI-Crie</b>	Sistema de Informações dos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais
<b>SI-EAPV</b>	Sistema de Informações - Eventos Adversos Pós-vacinação
<b>SI-EDI</b>	Sistema de Informações - Estoque e Distribuição de Imunobiológicos
<b>SI-PAIS</b>	Sistema de Informações do Programa de Avaliação do Instrumento de Supervisão
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
<b>UCT</b>	University of Cape Town (Universidade da Cidade do Cabo)
<b>USP</b>	Universidade de São Paulo
<b>VACFA</b>	Vaccines for Africa Initiative
<b>VOP</b>	Vacina Oral Poliomielite
<b>VPD</b>	Vaccine-preventable diseases (doenças imunopreveníveis)

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>1 INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>22</b>
1.1 VACINAS E VACINAÇÃO NO BRASIL: DA CULTURA DE IMUNIZAÇÃO AOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA COBERTURA VACINAL .....	22
1.2 HESITAÇÃO VACINAL: UM CONCEITO EM MOVIMENTO .....	31
1.3 POR UM OLHAR SÓCIO-ANTROPOLÓGICO DE FENÔMENOS COMPLEXOS EM SAÚDE: A INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA TEÓRICO- METODOLÓGICA .....	35
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>44</b>
2.1 PRINCIPAL .....	44
2.2 ESPECÍFICOS .....	44
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>45</b>
3.1 CIDADES DO ESTUDO .....	45
3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	46
3.3 CAPTAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	48
3.4 COLETA DE DADOS .....	50
3.5 A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES .....	55
3.6 ANÁLISE .....	56
3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	57
<b>4 CORPUS DE ARTIGOS QUE COMPÕEM A TESE</b> .....	<b>59</b>
4.1 ARTIGOS DE NATUREZA TEÓRICA .....	61
4.1.1 [Perspectiva] Hesitação vacinal: tópicos para (re)pensar políticas de imunização .....	61
4.1.2 [Artigo de revisão] Vaccine hesitancy in the Global South: towards a critical perspective on Global Health .....	68
4.1.3 [Comentário] COVID-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil .....	81
4.2 ARTIGOS DE NATUREZA EMPÍRICA .....	87
4.2.1 Caregivers' perceptions on routine childhood vaccination: a qualitative study on vaccine hesitancy in a South Brazil state capital .....	87
4.2.2 “Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia”: não-vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero .....	113
4.2.3 A politização das vacinas e sua influência nas opiniões de cuidadores brasileiros acerca da vacinação infantil de rotina .....	131

4.2.4 Exploring childhood vaccine hesitancy drivers among caregivers in Brazil and South Africa: a qualitative study .....	150
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>172</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>183</b>
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista em profundidade (Brasil).....	183
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista em profundidade (África do Sul).....	184
APÊNDICE C - Questionário de coleta dos dados sócio demográficos (Brasil) .....	185
APÊNDICE D - Questionário de coleta dos dados sócio demográficos (África do Sul) .....	187
APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Brasil).....	188
APÊNDICE F - Consent Form (África do Sul) .....	190
<b>ANEXOS .....</b>	<b>192</b>
ANEXO A - Critério de Classificação Econômica Brasil 2019 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) .....	192
ANEXO B - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) .....	193

## APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutoramento é o resultado de um percurso de quatro anos que se iniciou nos últimos dias de 2019. O projeto de pesquisa escrito ao longo daquele ano, sobre hesitação vacinal infantil, era até então visto pelas agências de fomento e por parte da academia com certa estranheza, afinal, a hesitação às vacinas não parecia ser um tema de tanta relevância em um país com uma forte cultura de imunização como o Brasil. Dias depois da aprovação de tal projeto na modalidade de Doutorado Direto pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, foram anunciados os primeiros casos do que viria a ser a maior pandemia do século.

Desde então, as vacinas e a hesitação vacinal passaram a ser o centro de grandes e importantes debates ao redor de todo o mundo. Este projeto de pesquisa precisou passar por diversas revisões, afinal, tudo o que dizia respeito às práticas de imunização foi rapidamente afetado por um cenário sem precedentes, tanto do ponto de vista técnico quanto da perspectiva social, econômica e política. Além dos impactos diretos nos métodos propostos e na condução do campo, a pandemia de COVID-19 estremeceu profundamente aquilo que esse projeto se propôs a estudar: crenças, percepções e atitudes em relação à vacinação infantil.

Esse é o primeiro grande desafio que se reflete na tese aqui apresentada: toda a produção que se segue foi gerada em meio a um dinamismo sem precedentes na história recente das ciências da saúde brasileiras. Escrevemos sobre hesitação vacinal durante os quatro anos em que esse conceito foi mais requisitado desde a sua criação, mas, também, foi mais modificado, (re)pensado, questionado e posto em foco. Assim fizemos nós também: mergulhamos nessa dinamicidade e questionamos, da nossa perspectiva, os conceitos e instrumentos até então respaldados pelas organizações de saúde. O próprio conceito de hesitação vacinal foi modificado ao longo da produção científica aqui apresentada, o que se reflete nas abordagens teóricas e metodológicas adotadas ao longo dos artigos aqui dispostos.

Um segundo desafio desta tese, que também é uma de suas grandes potencialidades, foi a oportunidade de conduzir parte da pesquisa de campo na Cidade do Cabo, África do Sul, através do Programa Institucional de Internacionalização (PrInt) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação. Ainda devido à pandemia e ao represamento de editais do Programa entre 2020 e 2022, só foi possível realizar o estágio

sanduíche no último ano de doutoramento (2023) e por apenas seis meses. Conduzir uma pesquisa de campo qualitativa em outro país, outra cultura e outra língua exigiu esforços impensáveis em um espaço de tempo tão curto. A tradução e adaptação dos instrumentos da pesquisa demandou um trabalho coletivo e em parceria com o Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul (South African Medical Research Council – SAMRC). A apreciação ética do projeto pela universidade que o sediou na África do Sul, a Universidade de Cape Town, levou quatro dos seis meses de estágio. Ainda assim, aceitamos o desafio de conduzir o campo em três meses e alcançamos achados valiosos, que resultaram no último artigo que compõe essa tese.

Um outro importante desafio é a forma na qual esta tese se apresenta. A tese em formato de compilado de artigos é ainda, de certa forma, uma novidade na academia brasileira. Assim, sua organização não possui um padrão tão bem definido como o das teses tradicionais, o que, por um lado, abre portas para um potencial criativo, mas, por outro, traz incertezas quanto à disposição do material produzido. Sabe-se que os artigos publicados em periódicos científicos precisam se adequar às regras propostas, o que limita algumas discussões a um número reduzido de caracteres e a estrutura e formato do texto consonantes às regras editoriais. Ainda, por se tratarem de artigos que resultam de uma mesma pesquisa, pode-se incorrer em certa repetitividade de conceitos e explicações metodológicas que tenham sido empregados em vários deles. Por outro lado, cada um dos artigos aqui apresentados tem suas especificidades, seja sua localização temporal-espacial, seu referencial teórico e o recorte do objeto em questão.

Portanto, em uma tentativa de apresentar conceitos comuns a toda a produção aqui disposta, esta tese se inicia com a seção ‘Introdução e referencial teórico’. Nela, discute-se de forma abrangente: a história recente da vacinação no Brasil, desde o estabelecimento de uma cultura de imunização até o momento presente de desafios enfrentados pelas políticas de imunização nacionais; a hesitação vacinal no Brasil e no mundo, e como seu conceito vem passando por mudanças nos últimos anos; e um panorama sobre a interseccionalidade enquanto lente analítica que possibilita olhar para fenômenos complexos em saúde a partir das posições sociais que se ocupa no mundo. Nesta seção, os temas centrais dos respectivos manuscritos, que serão em seguida discutidos com a profundidade necessária ao longo do *corpus* de artigos, serão inicialmente apenas introduzidos de forma a contextualizar o que está por vir.

Na sequência, os ‘Métodos’ apresentam os percursos pelos quais os dados empíricos foram produzidos e como foi conduzida a sua análise. Ressalta-se que as especificidades de cada manuscrito e os métodos dos artigos de revisão de literatura encontram-se detalhados posteriormente nos respectivos manuscritos. Após, a terceira seção apresenta o *corpus* de manuscritos produzidos ao longo do doutoramento, totalizando sete artigos. A seção se inicia com uma apresentação geral destes, indicando também seus status (se publicado, aprovado para publicação ou em avaliação). Por fim, as ‘Considerações finais’ encerram a tese, em uma tentativa de alinhar tudo o que se produziu ao longo deste percurso e traçar uma linha discursiva que dê sentido ao *corpus* apresentado enquanto um grupo conciso de publicações.



Na tentativa de humanizar e pessoalizar a escrita acadêmica, aproveito essa apresentação, ainda, para lembrar às leitoras e aos leitores que essa tese foi escrita por mãos que acompanham um ser humano e sua história de vida. Sou Camila de acordo com meu registro civil-ocidental e Danjù perante a comunidade iorubá à qual pertencço. Nascida em São Luís do Maranhão, me formei no curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão em 2015. Nunca desvinculei minha formação acadêmica do campo político e sempre estive envolvida na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e em coletivos de movimentos sociais. No último ano de graduação, integrei o grupo que fundou o Coletivo NegreX de estudantes de medicina negras e negros do Brasil, quando éramos apenas 13 de nós em um Congresso Brasileiro de Estudantes de Medicina. Posteriormente, apaixonada pelo SUS e pela Atenção Primária à Saúde (APS), fiz a residência médica em Medicina de Família e Comunidade pela Prefeitura Municipal de Florianópolis (SC). Desde 2019, sou professora efetiva do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no curso de Medicina do Campus Araranguá. Enquanto pesquisadora, minha produção é dedicada, desde a graduação, à relação entre racismo e saúde. Fui uma das fundadoras e atualmente sou coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde População Negra da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Como uma médica negra cuja própria existência é política, indico que esta tese não seria diferente. Tudo é político. E aqui estão empregadas as aspirações e sonhos desta mulher que escreve, mas, sobretudo, de todas e todos que vieram antes dela.

## 1 INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 VACINAS E VACINAÇÃO NO BRASIL: DA CULTURA DE IMUNIZAÇÃO AOS DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DA COBERTURA VACINAL

A história das doenças infectocontagiosas e do seu combate no Brasil se confunde com a própria história do país e, tão antiga quanto a história das vacinas, é a história da resistência a elas. Em uma tentativa de situar cronologicamente a história da vacinação no Brasil, optou-se, neste trabalho, por um recorte histórico que Temporão (2003) chama de ‘história recente das políticas de imunização’. Tendo como marco o ano de 1973, ano de criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e do fim da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), esse período histórico se inicia alguns anos antes, com a construção de um cenário político favorável para tal culminação.

É importante mencionar que, naquele momento, o Brasil vivia uma ditadura militar — e diversas tensões sociais, econômicas e políticas decorrentes deste regime (Lima et al., 2005). Em termos de cenário mundial, as agendas internacionais de saúde, representadas especialmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), se ocupavam da agenda política brasileira: o Brasil era o país com mais casos de varíola da América e o único da América do Sul sem uma campanha coordenada de controle da doença (Hochman, 2009).

Na XV Conferência Sanitária Pan-Americana (1958), o Brasil assume um compromisso com o combate à varíola. Assim, em 1962 o Ministério da Saúde institui a Campanha Nacional Contra a Varíola, que possibilitou ações de vacinação em diversos estados brasileiros e durou até 1966, quando foi substituída pela Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). Esta, por sua vez, foi instituída como parte da agenda do Programa Mundial de Erradicação da Varíola, proposto pela OMS. A erradicação interessava o governo ditatorial pois era uma oportunidade de ser reconhecido internacionalmente, especialmente em um momento em que a censura e a repressão de tal governo eram crescentes — e suas denúncias também (Hochman, 2011).

A CEV foi inicialmente coordenada por um grupo de profissionais da Fundação Serviço de Saúde Pública (FSESP), criada em 1942 como parte dos acordos entre Brasil e Estados Unidos para esforços de guerra (Hochman, 2021). A estratégia utilizada envolveu grande investimento

em propaganda e mobilização popular, com vacinação em massa em espaços públicos e horário estendido, além da participação de figuras públicas, como líderes políticos, religiosos e artistas (Hochman, 2009, 2011). Em 1971 e 1972, avaliações da OPAS e da OMS constatam a ausência de casos de varíola no Brasil, que recebeu a certificação de erradicação da varíola em 1973 (Gazêta, 2006).

Um fato sobre a CEV merece especial atenção e deve ser discutido nessa tentativa de localizar as origens da adesão popular às práticas de vacinação no Brasil: mesmo que houvesse uma legislação que penalizasse quem não se vacinasse, através de sanções na emissão de documentos e matrículas em escolas, por exemplo, essas sanções por si só não pareciam justificar a adesão à campanha. Em um país de grandes desigualdades, boa parte da população sequer acessava tais serviços (Hochman, 2011). Assim, assiste-se à conformação do que se chamou “cultura de imunização”, isto é, “um conjunto de valores que fortaleceram e legitimaram a ideia e a prática da vacinação” (Hochman, 2021, p. 114), tornando-a uma ação de rotina e naturalizada dentro do rol de cuidados parentais. As vacinas passam a ser vistas, então, como um direito dos cidadãos que deve ser garantido pelo Estado, passando ao lugar de bem público (Hochman, 2021; Moulin, 2003).

Frisa-se que a certificação de erradicação da varíola se deu em um cenário político de suposto crescimento econômico, o chamado “milagre econômico”, e de repressão política violenta aos opositores do regime. Ainda, o país lidava com uma epidemia de meningite meningocócica e com o aumento de casos de poliomielite e de sarampo, especialmente dentre a população infantil (Hochman, 2021). Entretanto, tal cenário epidemiológico foi negado e escondido pelo governo militar, que censurou notícias sobre o fato (Schneider et al., 2015).

Desde 1970, instituiu-se, no Ministério da Saúde, o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças e, dentro dele, a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES). Frisa-se que, até 1973, algumas atividades de vacinação eram operacionalizadas pelos programas verticais do Ministério da Saúde (varíola, febre amarela e tuberculose, por exemplo), enquanto outras eram realizadas pelas secretarias estaduais de saúde (como sarampo e poliomielite) (Temporão, 2003).

Em 1971, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Poliomielite, que perdurou até 1973 e enfrentou os mesmos problemas das campanhas difusas organizadas por estados e

municípios ao longo da década de 60: faltava vacinas, infraestrutura e logística (Campos et al., 2003). Além disso, não havia sistema de vigilância epidemiológica, logo não era possível mensurar os efeitos das campanhas (Nascimento, 2011). Entretanto, apesar disso, o Plano teve grande importância para o DNEES, no acúmulo de experiência em campanhas descentralizadas de imunização (Temporão, 2003).

Com a intenção de centralizar e homogeneizar as ações de imunização, no âmbito dos grandes programas nacionais instituídos pelos governos militares, surge o Programa Nacional de Imunizações (PNI), vinculado ao DNEES (Temporão, 2003). Seu objetivo inicial era o controle ou a manutenção da erradicação de doenças imunopreveníveis, bem como a extensão das ações de imunização para além das grandes cidades e a padronização de tais ações (Gazeta, 2006).

O documento com a proposta inicial do PNI foi escrito por técnicos do governo federal e aprovado em 18 de setembro de 1973, considerada a data de nascimento do PNI (Brasil, 2003), mas foi a Lei Federal nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que instituiu o programa (Brasil, 1975). O Decreto nº 78.321 de 12 de agosto de 1976 regulamenta o PNI, definindo suas competências (Brasil, 1976). E, em 1977, através da Portaria Ministerial nº 425/1977, é publicado o primeiro calendário vacinal brasileiro, para crianças menores de um ano de vida, que contava com quatro vacinas: sarampo; BCG; Poliomielite Oral (VOP); e Difteria, Tétano e Pertussis (DTP) (Brasil, 2003).

Aqui, é importante fazer uma contextualização referente às disputas que vinham ocorrendo na saúde brasileira. Durante a década de 1970, se assistiu à formação do chamado movimento da Reforma Sanitária brasileira. Destaca-se, então, que as disputas em torno das políticas de imunização ocupavam espaço em um cenário que ia muito além: dizia respeito à disputa pelo sistema de saúde em si e o que se acreditava que ele deveria ser.

O sistema de atenção à saúde que figurava durante a primeira década do regime ditatorial era caracterizado pelo modelo previdenciário: os serviços de saúde públicos eram restritos aos contribuintes e os cidadãos que não contribuía com a previdência social só acessavam esses serviços caso se encaixassem em programas específicos (como hanseníase ou tuberculose, por exemplo) (Escorel, 2012). O Ministério da Saúde, naquele momento, era relegado a um plano secundário, por depender dos recursos da União sem fornecer retorno financeiro, sendo considerado “disfuncional à modernização” (Teixeira, 1989).

O pensamento médico-social que vai se desenvolvendo ao longo da década de 70 tem início com a defesa de um modelo preventivista de atenção à saúde, endossado pelos órgãos internacionais como OMS e OPAS. Entretanto, esse modelo não questionava a forma liberal de organização da atenção à saúde (Arouca, 2003). Assim, às escolas ‘racionalizadora técnica’ (vigente até então) e ‘preventivista liberal’ (em ascensão), se juntou mais uma escola de pensamento: a teoria social da saúde, de base materialista-marxista. Essa defendia a determinação social do processo saúde-doença como modelo e questionava as políticas de neutralidade da OPAS (Escorel, 2012).

Com a chegada do presidente Geisel ao Governo, em 1974, o Ministério da Saúde passa a ser dirigido por Paulo de Almeida Machado, cuja equipe de técnicos tinha forte influência da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Tanto o novo ministro quanto a sua equipe eram contra as campanhas de vacinação em massa, que foram suspensas, levando a uma queda na cobertura vacinal (Nascimento, 2011). Destaca-se que, durante todo o processo histórico aqui descrito, os sanitaristas sempre se colocaram contra a ideia das campanhas de vacinação, apesar da narrativa triunfalista sobre a “cultura de imunização” que hoje vigora na Saúde Coletiva (Bertolli Filho, 2002; Nascimento, 2011). Devido à forte influência da Conferência de Alma-Ata (1978), a OMS e o movimento da Reforma Sanitária colocaram-se contra os “dias nacionais”. Acreditavam que as campanhas em massa iam contra a educação popular em saúde e os princípios da Atenção Primária à Saúde, segundo os quais a imunização deveria ser uma ação de rotina das unidades de saúde (Nascimento, 2011). Assim, entre 1974 e 1979, o desenvolvimento do PNI acabou sendo retardado pela disputa entre os ‘campanhistas’ e os defensores da imunização em serviços de rotina (Escorel, 2012).

Em 1980, após escândalos na imprensa envolvendo epidemias de poliomielite no Sul do Brasil, o Ministério da Saúde traçou uma campanha nacional de vacinação em massa, indo contra as recomendações da OMS e dos sanitaristas. Tal mobilização se inicia com uma enorme celeuma: o Ministério convidou o próprio Sabin para assessorar na campanha, mas acabou sendo contra a proposta apresentada por ele. Descontente, Sabin se recusa a colaborar com a campanha e publica uma carta na imprensa brasileira criticando o Ministério da Saúde e a organização da campanha — o que quase gerou a deposição do então ministro, além de causar desconfianças e receios na população (Campos et al., 2003).

Ainda assim, o Ministério seguiu adiante: o ministro pessoalmente visitou todos os estados da federação para negociar com os governadores; profissionais foram enviados a todos os estados para a organização local (de pessoal e logística) necessária; foi montado um esquema em moldes militares para a distribuição das vacinas por todo o país; e o sistema de comunicação do governo federal ficou inteiramente à disposição da campanha nos dias de execução. Ressalta-se que tais planos de grande magnitude se inseriram no contexto da ditadura militar brasileira e não era segredo que, se necessário fosse, se faria valer o sistema ditatorial vigente na coerção dos governos estaduais em aderir ao dia nacional de vacinação (Campos et al., 2003; Nascimento, 2011). A imprensa também teve papel importante em propagandear a campanha de vacinação, criando uma sensação de “grande dia” dentre a população. O personagem ‘Zé Gotinha’, que até os dias de hoje ocupa o imaginário popular quando se trata de vacinação no Brasil, também foi criado no âmbito do Programa de Erradicação da Poliomielite (Organização Pan-Americana de Saúde, 2018).

A experiência exitosa não só foi importante para a erradicação da poliomielite no Brasil (certificada em 1994) mas, sobretudo, para a solidificação do PNI e do Sistema Nacional de Vigilância, que estava dando seus primeiros passos (Campos et al., 2003).

A década de 1980 marca, ainda, um momento de intensa agitação política no campo da saúde, com o fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária e o acontecimento, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Esta é considerada um marco na formulação do conceito ampliado de saúde e seu relatório final deu base para a Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Scorel, 2012).

É importante frisar que o PNI é anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas que a instituição deste em 1990 foi essencial para que o Programa tomasse os rumos que o levariam a ser o que é hoje. A descentralização, princípio organizacional do SUS, teve papel de destaque no aperfeiçoamento do Programa, cuja gestão, hoje, é responsabilidade das esferas federal, estadual e municipal (Brasil, 2003). Assim, por mais que a coordenação das ações fique a cargo do Ministério da Saúde, bem como o fornecimento e as normatizações técnicas, os executores do PNI são os municípios.

Com o estabelecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada do sistema de saúde e a efetivação do Programa Saúde da Família (que posteriormente se tornaria

Estratégia Saúde da Família) como estratégia prioritária da APS, em 1994, o PNI ganha caminhos Brasil afora. Não é possível pensar a vacinação no Brasil sem entendê-la como ação intrínseca da APS (Brasil, 2013).

Os calendários nacionais de vacinação foram se atualizando e se expandindo, porém seguiram contemplando prioritariamente crianças e pontualmente alguns grupos específicos até 2003 (crianças, gestantes, idosos etc.). Em 2004, o calendário passa a ser organizado por ciclos de vida, incluindo adolescentes e adultos, e, em 2013, foram oficializados os calendários para as campanhas anuais e para indígenas (Domingues et al., 2020).

Inicialmente coordenado pela Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde do Ministério da Saúde (MS), a coordenação do PNI foi transferida pelo menos quatro vezes de pasta até se tornar a Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI), nome que recebe até hoje. Atualmente, a CGPNI integra a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS (Brasil, 2003).

Três acontecimentos importantes na história do PNI na década de 90 foram: em 1992, o Brasil adotou meta de eliminação do sarampo, com o bloqueio da circulação do vírus autóctone em 2000; em 1992, a criação do Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI), composto por diversos profissionais experts no assunto, que auxiliam o Ministério da Saúde nas tomadas de decisão que concernem à vacinação; e, em 1993, são criados os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Cries), que permitem, até hoje, a oferta de imunobiológicos especiais para pessoas com condições específicas que deles necessitam (Brasil, 2003).

Desde a sua criação, o PNI sofreu com sérios problemas de desabastecimento, dificuldades com licitações e dependência na aquisição de imunobiológicos. Assim, em 1985 surgiu o Programa de Auto-Suficiência Nacional em Imunobiológicos (Pasni), objetivando o fortalecimento do parque produtor nacional (Domingues et al., 2020). Por causa do Pasni, hoje o Brasil possui a maior capacidade de produção de vacinas da América Latina, liderada por Bio-Manguinhos/Fiocruz e pelo Instituto Butantan, que são responsáveis por 89% da produção nacional e atendem 70% da demanda do PNI. Estima-se que 77% dos imunobiológicos do PNI hoje sejam produzidos no Brasil, que também se tornou exportador de vacina para vários países, sendo o maior fabricante da vacina contra a febre amarela no mundo — vacina essa certificada pela OMS (Brasil, 2003). Além disso, desde 1997, a compra de vacinas que precisam ser

adquiridas internacionalmente é feita pelo Fundo Rotatório da OPAS, que adquire as adquire em grande volume para todos os países das Américas, barateando os preços.

O PNI possui rigoroso controle de qualidade atualmente, mas mesmo os documentos oficiais do programa registram que nem sempre foi assim. Hoje, as vacinas adquiridas pelo PNI chegam à Central Nacional de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos (Cenadi) e, dessas vacinas, são retiradas amostras para análise no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (Fiocruz/MS). Após comprovada a sua qualidade, os produtos seguem para os estados, onde são recebidos pela central estadual da rede de frios (Brasil, 2013).

O Programa, hoje, oferece 45 imunobiológicos, sendo 28 vacinas, 13 soros hiperimunes e 4 imunoglobulinas. O calendário vacinal brasileiro contempla proteção para mais de vinte doenças, e apresenta 15 vacinas para crianças, 9 para adolescentes e 5 para adultos e idosos (Domingues et al., 2020). Tudo isso faz com que seja necessário um sistema de informação à altura: o Sistema de Informações do PNI (SI-PNI) é composto por seis subsistemas (SI-API, SI-EDI, SI-AIU, SI-EAPV, SI-PAIS e SI-Crie). Por sua magnitude, o PNI é citado como referência mundial pela OPAS/OMS, já tendo sido convidado a organizar campanhas de vacinação, formações profissionais e programas de imunização de diversos países do mundo (Brasil, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que a sala de vacinação é componente obrigatório nas Unidades de Saúde da APS. Aos poucos, o PNI alcançou os 5.570 municípios brasileiros e hoje conta com cerca de 36 mil salas de vacinação fixas em todo o Brasil, número que sobe para até 130 mil quando das campanhas nacionais, com pontos de vacinação temporários (Domingues; Teixeira, 2013; Organização Pan-Americana de Saúde, 2018).

É importante ressaltar que o PNI é integralmente custeado com dinheiro público e governamental, sendo recusados empréstimos de parceiros internacionais ou da iniciativa privada. Apesar disso, assessorias ou parcerias técnicas com essas instituições podem ser realizadas, especialmente na tentativa de transferência de tecnologia destas para laboratórios públicos. O Ministério da Saúde cobre todo o gasto com imunizações do Brasil (Brasil, 2013).

O PNI é a concretização dos princípios da universalidade e da equidade (Organização Pan-Americana de Saúde, 2018). O Programa foi responsável pela queda expressiva da

incidência de doenças como difteria, tétano e coqueluche; pela interrupção da transmissão do sarampo; e pela erradicação da varíola e da poliomielite (Lima et al., 2005)

Apesar disso, é importante frisar que, mesmo no período entre 2000 e 2015, em que o país manteve sua cobertura vacinal total na faixa preconizada pela OMS, nunca se alcançou uma homogeneidade em todo o território nacional. A OPAS estabelece como critério de homogeneidade que se alcance uma cobertura vacinal de 95% em 95% dos municípios para as vacinas do calendário infantil. Nos pactos intergestores do SUS, se estabeleceu como indicador de desempenho do PNI cobertura de 95% em pelo menos 70% dos municípios para a vacina DTP/Hib em menores de um ano. Em todo o período durante o qual os dados desse indicador foram analisados, o Brasil nunca atingiu a meta da OPAS e apenas duas vacinas atingiram a meta nacional (Domingues; Teixeira, 2013).

Desde 2016, o cenário tornou-se mais preocupante: as coberturas vacinais têm declinado cerca de 10 a 20 pontos percentuais (Sato, 2018). Entre 2016 e 2018, apenas a BCG atingiu a cobertura preconizada (Domingues et al., 2020). As baixas coberturas vacinais levaram à reintrodução do sarampo no país, que havia recebido o certificado de eliminação da doença em 2016 pela OMS –e o perdeu em 2019 (Matos, 2020).

A queda da cobertura vacinal no Brasil é multifatorial e complexa (Organização Pan-Americana de Saúde, 2018; Sato, 2018). Questões gerenciais e logísticas no abastecimento de vacinas, o horário de funcionamento restritos ao horário comercial das salas de vacinação, bem como o subfinanciamento do SUS são alguns dos seus motivos (Organização Pan-Americana de Saúde, 2018; Domingues et al., 2019). Desde 2016, descontinuidades e atrasos por parte dos laboratórios produtores têm afetado o abastecimento de algumas vacinas, afetando não apenas a cobertura vacinal, como também a credibilidade do PNI (Organização Pan-Americana de Saúde, 2018).

Além disso, decisões políticas que afetem diretamente o financiamento da saúde pública e a organização da Atenção Primária à Saúde podem se refletir no PNI. Exemplos disso são a Emenda Constitucional nº 95 de 2016, que determinou o congelamento dos gastos em saúde por

vinte anos<sup>1</sup>; e a Portaria Ministerial nº 3.992 de 2017, que modificou a transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde<sup>2</sup>.

Pode-se destacar ainda a Política Nacional de Atenção Básica 2017 (PNAB 2017), instituída pela Portaria nº 2.436 de 2017, que determinou inúmeros retrocessos à organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF). A nova PNAB modificou os arranjos estabelecidos para as equipes que atuam na APS, permitindo que haja equipes sem agentes comunitários de saúde (ACS) (Morosini et al., 2018). Sendo os ACS os profissionais responsáveis pelas buscas ativas, inclusive das crianças com calendário vacinal atrasado, tal medida pode impactar nas coberturas vacinais (Santos, 2018).

Destaca-se, ainda, que essa queda na cobertura vacinal brasileira vem acompanhada de mudanças de cunho socioeconômico: na década de 80 havia um forte gradiente social na cobertura vacinal, com maiores coberturas quanto mais alto fosse o nível socioeconômico; nas décadas de 1990 e 2000, atingiu-se uma cobertura mais universal e distribuída de forma mais homogênea entre os estratos socioeconômicos; porém, em 2015, houve uma reversão do cenário de gradiente: as coberturas se tornaram mais baixas quanto mais altos fossem os níveis socioeconômicos (Silveira et al., 2020).

Estudos epidemiológicos por inquérito domiciliar na cidade de São Paulo, desde os anos 2000, já apontavam para diminuição estatisticamente significativa da cobertura vacinal em crianças nos estratos A em comparação aos estratos E (Moraes et al., 2000; Moraes; Ribeiro, 2008). Em estudo nacional realizado nas 27 capitais do país, essa tendência foi evidenciada a nível nacional: a cobertura vacinal infantil encontrada no estrato A foi significativamente menor que a no estrato E (Barata et al., 2012). Porém, quando analisadas as capitais, observa-se que essa tendência não é unidirecional: em parte das capitais brasileiras, incluindo Florianópolis (SC), a cobertura vacinal infantil encontrada no estrato A foi significativamente menor que a encontrada no estrato E; já em São Luís (MA), não houve diferença estatisticamente significativa entre os

---

<sup>1</sup> Aprovada em 2016, essa Emenda Constitucional instituiu o novo regime fiscal do Brasil e determina o limite de investimentos em despesas primárias (como saúde) a partir do limite do ano anterior atualizado com base na inflação. Na prática, congela as despesas primárias por duas décadas e pode implicar na sobrecarga dos estados e, principalmente, municípios, no custeio das ações de imunização.

<sup>2</sup> Até então, cada um dos cinco blocos de custeio tinha sua conta corrente própria (atenção básica, média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância em saúde e gestão). Com a nova portaria, o bloco de custeio passa a ter conta única, possibilitando que certos níveis (como a atenção secundária/terciária) sejam priorizados em detrimento da Atenção Básica, por exemplo.

estratos socioeconômicos, revelando baixas taxas de cobertura vacinal para todos os estratos; e, em outras capitais, o estrato E apresentou as menores coberturas (Barata et al., 2012).

Os achados supracitados são apontados como um sinal de emergência da chamada ‘hesitação vacinal’ no Brasil, especialmente entre famílias de média e alta renda (Silveira et al., 2020).

Somado a todos os desafios que a cultura de imunização brasileira vinha enfrentando, as vacinas se tornaram o centro da arena de disputas de narrativas durante a maior pandemia do século: a pandemia de COVID-19. Passou-se de um estado de clamor pela vacina, no início da pandemia, a um estado de desconfiança nas instituições científicas, que culminou com a politização de algo que, até então, era visto como um bem público: a vacinação universal (Couto et al., 2021; Gramacho; Turgeon, 2021). A discussão sobre os impactos da pandemia de COVID-19 nas opiniões, significados e atitudes relacionados à vacinação será aprofundada ao longo da discussão desta tese, pois foi tema de dois dos artigos produzidos e que compõem o *corpus* de manuscritos que será em breve apresentado.

## 1.2 HESITAÇÃO VACINAL: UM CONCEITO EM MOVIMENTO

O termo ‘hesitação vacinal’ foi estabelecido em 2014 e, antes disso, não havia padronização na literatura quanto a que termo utilizar para falar de não-vacinação: destacavam-se ‘recusa vacinal’ e ‘antivacina’. O ‘Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization’ foi criado em 1999 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, desde então, é o responsável por prover informações e diretrizes para a tomada de decisões da OMS em se tratando de vacinação/imunização. Desde sua fundação, o grupo se deparava constantemente com os impactos da recusa vacinal nas taxas de cobertura vacinal, em diferentes países e continentes, e viu a necessidade de que a questão fosse estudada com maior profundidade (Schuster et al., 2015). Assim, em 2011, durante o encontro do SAGE on Immunization, foi estabelecido o SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. O grupo tinha como objetivos iniciais definir ‘hesitação vacinal’ e seu escopo, bem como preparar uma revisão sobre o assunto e direcionar a OMS em relação ao tema, seus determinantes e suas causas contexto-específicas (World Health Organization, 2014).

O próprio uso da expressão ‘hesitação vacinal’ foi um consenso ao qual se chegou após bastante debate. Durante a revisão de literatura, o grupo observou que não havia padronização no termo utilizado para nomear esse fenômeno e, portanto, concluiu que ‘hesitação’ seria o mais apropriado (MacDonald; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015).

O primeiro conceito de ‘hesitação vacinal’ data de 2012 e foi publicado no Relatório do SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy em 2014:

A hesitação vacinal refere-se ao atraso na aceitação ou à recusa de vacinas, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação. A hesitação em relação à vacina é complexa e específica ao contexto, variando de acordo com o tempo, o local e as vacinas. Ela é influenciada por fatores como complacência, conveniência e confiança (World Health Organization, 2014, p. 7).

Este primeiro documento reforça que o escopo da hesitação vacinal se restringe apenas à não-vacinação por questões de aceitação, ou seja, qualquer outro motivo está fora do escopo do conceito. O documento diz, ainda, que “em situações de baixa adesão em que a falta de serviços disponíveis é o principal fator, a hesitação pode estar presente, mas não é o principal motivo para a não-vacinação ou sub-vacinação” (World Health Organization, 2014, p. 7).

Um segundo ponto digno de nota neste momento da construção do conceito é o uso do chamado ‘Modelo 3Cs’ na própria definição de hesitação vacinal. Apesar de a OMS reconhecer que a hesitação vacinal é complexa e contexto-específica, observa-se em seus documentos e instrumentos de pesquisa uma grande influência da produção científica de países do Norte Global. O ‘Modelo 3Cs’, utilizado pela OMS para categorizar os fatores que influenciam a hesitação em ‘complacência, conveniência e confiança’, foi inicialmente proposto pelo Grupo de Trabalho ‘WHO EURO Vaccine Communications’. Esse modelo, baseado na experiência europeia, foi incorporado universalmente pela OMS, supostamente por ser o modelo mais facilmente compreensível (MacDonald; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). Posteriormente, em 2018, o Modelo foi expandido e originou a escala 5Cs para medir “antecedentes psicológicos da vacinação”: aos três primeiros fatores, incluiu-se “cálculo” (o engajamento na busca ativa por informação) e “responsabilidade coletiva” (a disposição para proteger outros/o coletivo) (Betsch et al., 2018).

A ‘Matriz de determinantes’ desenvolvida pelo grupo de trabalho foi baseada em pesquisas, discussões com experts na área e na própria experiência dos membros do grupo, não sendo possível definir se as experiências de países do Sul Global foram consideradas. Observa-se, tanto no Modelo quanto na Matriz, a ausência de discussões sobre acesso aos serviços de saúde e a afirmação de que, em lugares onde há barreiras de acesso, a hesitação não se constitui como principal razão para a baixa cobertura vacinal (World Health Organization, 2014). Porém, as questões de acesso aparecem como importante influência na (não) vacinação em países latino-americanos e africanos, por exemplo. Estudos que objetivam validar escalas em países desses continentes apontam que tanto o Modelo 3Cs quanto a Matriz de Determinantes, frequentemente utilizada para formulação de questionários e instrumentos de pesquisa, têm difícil aplicação a esses contextos (Domek et al., 2018; Wallace et al., 2019; Matos et al., 2021).

Desde o seu estabelecimento em 2014, o conceito de hesitação vacinal e as ferramentas para mensurá-la vêm passando por diversos questionamentos e reformulações, a partir, especialmente, dos olhares das ciências humanas e sociais em saúde. Em 2018, a OMS estabeleceu o grupo de trabalho ‘Measuring Behavioural and Social Drivers of Vaccination’ (Mensurando motores comportamentais e sociais da vacinação), ou BeSD (World Health Organization, 2020). Além dos especialistas da OMS, o grupo inclui especialistas das seguintes instituições parceiras: Vaccination Demand Hub; UNICEF; Gavi, The Vaccine Alliance; the US Centers for Disease Control and Prevention; and the Bill and Melinda Gates Foundation (Shapiro et al., 2021). O grupo de trabalho tem como objetivo desenvolver ferramentas para avaliar os fatores que influenciam a vacinação infantil em diversos contextos globais, visando contribuir com as políticas de imunização locais, ajudando gestores e fazedores de políticas públicas a identificar como melhorar a adesão à imunização de rotina entre responsáveis de crianças até cinco anos de idade. Ainda, tais ferramentas possibilitam que se gere dados consistentes e comparáveis ao longo do tempo e em diferentes contextos (World Health Organization, 2022a, 2020).

Uma revisão crítica de ferramentas mensuradoras da hesitação vacinal no mundo encontrou 14 instrumentos publicados entre 2010 e 2019, sendo todos eles de natureza quantitativa (inquéritos). Assim, neste documento o BeSD conclui:

Os inquéritos podem quantificar os fatores relevantes, mas não podem fornecer uma compreensão profunda e contextualizada de como as pessoas percebem e experimentam a vacinação de seus filhos. Portanto, são necessários métodos qualitativos para fornecer uma compreensão complementar de como as pessoas vivenciam a vacinação e seus motivos para a subvacinação. As ferramentas do BeSD também incluirão guias de entrevistas qualitativas em profundidade sobre imunização infantil (Shapiro et al., 2021, p. 42, tradução nossa).

Exceto um dos 14 instrumentos supracitados (o ‘Caregiver Vaccination Attitudes Scale’, desenvolvido em Gana), todos esses instrumentos provinham de países de alta renda (Shapiro et al., 2021). Apesar de a crítica que o BeSD faz a esse fato, frisa-se que o próprio BeSD, composto por 18 pessoas, é metade formado por pesquisadores da América do Norte (principalmente Estados Unidos da América) e não tem nenhum pesquisador das Américas Central e do Sul. Apenas 4 dos 18 membros vêm de países de média e baixa renda (LMIC): um da África do Sul, um da Índia, um do Paquistão e um da Indonésia (World Health Organization, 2020).

O grupo, entretanto, fez importantes avanços na definição e delimitação do que é ‘hesitação vacinal’, mas, sobretudo, avançou muito na compreensão de que a vacinação envolve fatores sociais:

Os motores comportamentais e sociais (MCS) são definidos como as convicções e experiências específicas para a vacinação que são potencialmente modificáveis para aumentar a captação de vacinas. Os motores comportamentais e sociais da vacinação podem ser agrupados e avaliados em quatro domínios:

1. pensar e sentir acerca das vacinas
  2. processos sociais que incentivam ou inibem a vacinação
  3. motivação (ou hesitação) em recorrer à vacinação
  4. questões práticas envolvidas na procura e tomada das vacinas.
- (World Health Organization, 2022b, p. 02).

Em 2022, o BeSD lançou o manual intitulado ‘Motores comportamentais e sociais da vacinação: Ferramentas e orientações práticas para se atingir uma elevada taxa de aceitação das vacinas’ (World Health Organization, 2022b). Este guia é o produto final do trabalho que vinha sendo construído desde 2018 e apresenta instrumentos tanto quanti quanto qualitativos para a mensuração da hesitação vacinal. Além disso, fornece orientações que vão desde o planejamento do uso dos instrumentos, até o uso posterior dos dados para pensar ações e intervenções práticas visando o aumento da cobertura vacinal. O guia, que está disponível em seis línguas, destaca-se

por apresentar o primeiro instrumento qualitativo de entrevista em profundidade para a mensuração da hesitação vacinal recomendado pela OMS.

A hesitação vacinal foi redefinida pelo BeSD como “um estado motivacional de conflito ou oposição a ser vacinado; isso inclui intenções e disposição” (World Health Organization, 2022a, 2022b). Esta definição oficialmente substitui aquela publicada pelo SAGE em 2014.

### 1.3 POR UM OLHAR SÓCIO-ANTROPOLÓGICO DE FENÔMENOS COMPLEXOS EM SAÚDE: A INTERSECCIONALIDADE COMO FERRAMENTA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Desde o seu delineamento, esta pesquisa se caracteriza por tentar fugir de reducionismos tecnicistas do campo da saúde, compreendendo que fenômenos em saúde são, sobretudo, fenômenos sociais. Nesse sentido, duas importantes teorias fundamentaram as direções que se escolheu tomar neste estudo: a *hipótese vacinal* ou *antropologia das vacinas*, desenvolvida por Anne-Marie Moulin (2003); e a *teoria da recusa*, desenvolvida por Elisa Sobo (2016).

Para Moulin (2003), a história triunfalista, única e linear da vacinação, atrelada à perspectiva de um progresso contínuo da razão, deve ser substituída por um olhar atento das Ciências Sociais que dê conta de toda a sua complexidade. Vimos, ao longo do percurso histórico que introduz este trabalho, que as resistências à vacinação vêm sendo atribuídas ao atraso do progresso desde o início de sua história. Moulin argumenta que apenas o abandono dessa contraposição entre progresso (razão) e atraso (ignorância), juntamente ao estudo da vacinação a partir de sua complexidade política, social e científica, permitirá compreender o fenômeno da (não) vacinação.

Segundo a autora, a (não) vacinação permite abordar a sociedade a partir de tópicos como a marcação dos corpos, a memória coletiva e a relação indivíduo-grupo-Estado:

Ela é a reação a um procedimento médico aplicado por diferentes categorias de atores para alcançar seus objetivos: o prestígio da corporação médica, o controle administrativo e sanitário das populações flutuantes. Ela é também uma resposta a um procedimento médico que pode ser falível ou incompletamente validado, inoportunamente aplicado, e não raro mal explicado e comentado (Moulin, 2003, p. 503).

Moulin (2003) afirma que empreender uma antropologia das vacinas perpassa por investigar as diversas facetas — sociais, históricas, geográficas, políticas — de uma história que vem sendo contada como única. São os símbolos, valores e normas dos grupos sociais que definem as discussões acerca da obrigatoriedade, as decisões “técnicas” que os Estados fazem no âmbito dos programas de vacinação ou as campanhas de vacinação malsucedidas graças ao contexto local que não foi previamente avaliado.

Em diálogo muito próximo à hipótese vacinal de Moulin, Sobo (2016), em sua teoria sobre a recusa, afirma que a vacinação e a não vacinação são atos altamente sociais. Todas as práticas relacionadas ao ato de vacinar (desde as conversas em grupos de pais até o ato concreto de levar a criança a um serviço de vacinação) são eventos sociais e, portanto, demarcam os valores socioculturais daqueles sujeitos. Além disso, as famílias que vacinam suas crianças o fazem, também e em grande medida, por ser uma norma cultural (Sobo, 2016).

Independentemente da posição acerca da vacinação, todos os processos de tomada de decisão parental expressam um *desejo de pertencer* (Sobo, 2016). A autora sustenta que a não vacinação funciona como uma declaração de que aquele sujeito ou família se identifica com determinado ambiente social. Ou seja, a recusa não diz respeito a quem (ou a quê) o sujeito se opõe, mas sim a quem o sujeito é e com quem ele se identifica. Assim, o que se entende por recusa é, em verdade, a posição de alguém em relação às entidades socioculturais do seu entorno. Apesar de, para alguns grupos, a recusa sinalizar a oposição ao *status quo*, nem toda recusa envolve desafiar ou agir-contra (Sobo, 2016).

Sobo (2016) reforça ainda que, erroneamente, os estudos sobre recusa tendem a localizar os sujeitos resistentes nas margens (*sidelines*) da sociedade. Porém, para a autora, os sujeitos que não são socialmente excluídos podem ser subversivos. Esses sujeitos não só não se definem pelas categorias excluído/de fora (*outsider*) ou externo-ao-grupo (*out-group*), como se reafirmam a partir de concepções e laços intragrupo.

Em sociedades como a brasileira, apesar de tais grupos compartilharem traços comuns do que se chama “cultura brasileira”, as visões e experiências de mundo são imensamente diversas a depender de características como classe social, raça, religião, região, dentre outras, formando um cenário sociocultural muito vasto, complexo e dinâmico. O contexto saúde-cultura-sociedade tem este cenário como pano de fundo (Couto et al., 2009; Langdon; Wiik, 2010). Assim como Sobo

(2016), entendemos que as estruturas e relações de poder não apenas influenciam de forma vertical as decisões sobre (não) vacinar, mas que tais decisões também são geradoras e mantenedoras, por si próprias, de relações de poder intragrupais e coletivas. Por esse motivo, entendemos como necessário o uso da interseccionalidade como lente analítica desta pesquisa.

As produções acerca da “combinação de opressões” passam a surgir com frequência ao longo do século XX — e até mesmo antes disso, se pensarmos no conhecido discurso de Sojourner Truth — mas é a partir da década de 1960 que passam a se estabelecer e ganhar notoriedade (Biroli; Miguel, 2015), categorias como classe ou gênero eram analisadas como eixo único ou principal (Collins, 2016).

No âmbito do pensamento e da produção feminista, o gênero era tido como categoria central, sendo as demais categorias paralelas ou subordinadas a ela, sendo a categoria ‘mulher’ tratada como uma categoria universal (Bairros, 1995; bell hooks, 2018). Segundo bell hooks (2018), a luta de classes feminista consistia até então em um movimento de mulheres brancas que desejavam ser incluídas no mercado de trabalho em posições equivalentes aos seus pares homens — pauta que não incluía mulheres negras e pobres, já que essas nunca estiveram restritas ao ambiente doméstico (bell hooks, 2019).

No Brasil, as ciências sociais ofereciam modelos teóricos focados na categoria classe, cuja abordagem das questões raciais ou de gênero se davam sempre a partir de uma perspectiva socioeconômica (Gonzalez, 2020a). O movimento que Biroli e Miguel (2015) intitulam de ‘feminismo marxista’ corroborava com a subordinação das demais categorias à classe.

A partir, principalmente, da década de 1970, em geral a partir das experiências e produções de mulheres negras e de classe popular, passa-se a questionar a ideia de ‘mulher universal’, bem como se passa a propor a interligação das categorias de classe, raça e gênero (Biroli; Miguel, 2015; bell hooks, 2018; Collins, 2016, 2019). Tal proposta demarcou um giro na produção do conhecimento acerca dessas categorias (Collins, 2016). Apesar das resistências e acusações de separatismo (Gonzalez, 2020a; bell hooks, 2018), “nenhuma intervenção mudou mais a cara do feminismo norte-americano do que a exigência de que pensadoras feministas reconhecessem a realidade de raça e racismo” (bell hooks, 2018, p. 89).

O mesmo pôde ser notado no Brasil, cuja produção acerca das intersecções de raça, classe e gênero no século XX é vasta — e protagonizada por intelectuais negras. É o caso das análises

de Beatriz Nascimento sobre a mulher negra no mercado de trabalho em 1976 (Nascimento, 2018); ou sobre a mulher negra e o amor em 1990 (Nascimento, 2018); dos estudos de Lélia González sobre racismo e sexismo na cultura brasileira (Gonzalez, 2020a); sobre raça e classe no Brasil (Gonzalez; Hasenbalg, 1982); e sobre as possibilidades de um feminismo afro-latino-americano em 1988 (Gonzalez, 2020b); da produção de Sueli Carneiro acerca de gênero, raça e ascensão social (Carneiro, 1995) e do feminismo negro (Carneiro, 1993); e dos escritos de Luiza Bairros acerca do feminismo negro (Bairros, 1995).

Segundo Biroli e Miguel (2015), a ideia de analisar categorias como classe, raça e gênero como eixos interligados pôs em cheque modelos que supunham uma única categoria como raiz da questão. Tal análise previu não uma sobreposição de padrões de opressão independentes entre si, mas sim um entrelaçamento entre eles. Os autores afirmam, ainda, que a dissociação dessas variáveis pode levar a distorções das análises da dinâmica de dominação, bem como pode levar a análises parciais dos fenômenos investigados. Porém, reforçam que o enfoque na inter-relação entre as categorias não significa uma recusa da relevância de cada categoria especificamente.

À pensadora Kimberlé Crenshaw, jurista norte-americana, é atribuída a cunhagem do termo ‘interseccionalidade’. Seu artigo ‘*Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*’, datado de 1989, foi considerado um marco para o uso do termo. Neste artigo, Crenshaw discute como estruturas de análise baseadas em um eixo único excluem as mulheres negras e distorcem o racismo e o sexismo. Segundo a autora, essa exclusão não poderia ser resolvida incluindo mulheres negras em uma estrutura analítica já existente: as lentes que têm sido usadas para traduzir “as experiências das mulheres” e “as experiências dos negros” precisariam ser reformuladas e repensadas. Seria esse, então, o lugar da Interseccionalidade: o de ferramenta analítica que possibilite captar as experiências de mulheres negras para além daquelas experiências de discriminação que compartilham com todas as mulheres por serem mulheres; e para além das experiências de discriminação que compartilham com os homens negros por serem negras (Crenshaw, 1989, 2004).

Apesar da importância indiscutível do trabalho de Kimberlé Crenshaw para a solidificação da interseccionalidade enquanto ferramenta analítica, nos alinharemos a Collins e Bilge (2021) no que diz respeito à sua origem: “aparentemente, a interseccionalidade não existia

até ser descoberta por membros da academia, nomeada e legitimada por eles” (p. 115). Entendemos que atribuir a origem da interseccionalidade (e não do termo em si) ao artigo de Crenshaw significa apagar a história anterior da interseccionalidade, aquela história intrínseca à atuação política, e reduzir sua existência à academia. Aliás, é importante frisar que, desde o início, antes mesmo de receber esse nome, a interseccionalidade se localiza entre a atuação política (ou a “práxis crítica”) e a produção do conhecimento, não se limitando à academia (Biroli; Miguel, 2015; Collins; Bilge, 2021). A interseccionalidade rejeita a falsa divisão entre pensar e fazer, ou entre ativismo e academia, pois se originou calcada no *éthos* da justiça social (Collins; Bilge, 2021). As autoras reforçam, ainda, que o paradigma<sup>3</sup> interseccional foi absorvido pelas universidades servindo aos marcos já existentes, de forma a não perturbar o que já está estabelecido. Assim, a necessidade de “salvar a interseccionalidade dos estudos de interseccionalidade” (p. 254) diz respeito a ir contra a repetição sem sentido do “mantra raça, classe e gênero” (p. 252), e resgatá-la de pessoas sem compromisso com o *éthos* da justiça social (Collins; Bilge, 2021).

Patricia Hill Collins e Sirma Bilge (2021) defendem que o que faz uma análise ser interseccional não é o que a interseccionalidade é, mas sim o que ela faz. Na visão das autoras:

A interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária –entre outras- são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas (Collins; Bilge, 2021, p. 16).

Um parêntese se faz importante acerca das supracitadas experiências individuais: apesar de a identidade ter sido uma dimensão importante para o surgimento da interseccionalidade e de a interseccionalidade ter promovido um entendimento complexo das identidades individuais, não é correto afirmar que se trata de uma teoria da identidade individual (Collins; Bilge, 2021). Aliás, a interseccionalidade contribuiu para que a própria compreensão de identidade fosse repensada, passando de algo que “se é” (numa perspectiva essencialista) para algo que “se constrói”, a partir

---

<sup>3</sup> Para as autoras, os paradigmas abrangem referenciais interpretativos que são usados para explicar fenômenos sociais e, portanto, a interseccionalidade é um paradigma (Collins; Bilge, 2021).

das relações de poder interseccionais, criando o entendimento de identidade enquanto lugar político, não enquanto essência. Também permitiu olhar com lentes de identidade para o que antes era tido como universal — a branquitude e as masculinidades, por exemplo. Como afirmam Collins e Bilge (2021), a ascensão do populismo de extrema direita também é uma política identitária.

Carla Akotirene (2019, 2020) aponta como um erro pensar que a interseccionalidade diz respeito a múltiplas identidades. Na verdade, ela é uma lente analítica para investigar as relações interseccionais de poder e seus efeitos.

Para existir e se manter, tais relações de poder dependem de formas organizacionais duradouras, que são definidas por quatro domínios de poder interconectados. São eles: o estrutural, que diz respeito às estruturas fundamentais das instituições sociais; o cultural, que se refere à importância das ideias e da cultura na organização das relações de poder; o disciplinar, atrelado à aplicação de regras e regulamentos com base em raça, gênero, classe, dentre outros; e o interpessoal, que é como os indivíduos vivenciam a convergência desses domínios. E as divisões sociais de raça, classe e gênero estão profundamente interconectadas nesses domínios (Collins, 2019; Collins; Bilge, 2021).

Ressalta-se que a matriz de dominação, ou seja, a organização social dentro da qual as opressões interseccionais se originam e se mantém, não é fixa, nem atemporal. Tal matriz se redesenha e é específica a um contexto e a um tempo histórico. Portanto, o termo ‘matriz de dominação’ não universaliza uma forma de organização: as opressões interseccionais se organizam em cada local e contexto (Collins, 2019). No caso do Brasil, sua história específica de escravidão, colonialismo e ditadura “moldaram padrões distintos de relações interseccionais de poder quanto a raça, gênero e sexualidade” (Collins; Bilge, 2021, p. 42).

É essencial para as análises interseccionais que as relações sejam examinadas dentro de um contexto social, especialmente quando se trata do Sul Global (Collins; Bilge, 2021). Ou, nas palavras de Akotirene (2019), “a interseccionalidade exige orientação geopolítica” (p. 31). Mais que uma localização geográfica, o Sul Global abriga histórias de colonialismo, imperialismo, escravidão e racismo, que moldam as relações de poder internas e também externas, em sua relação com os Estados do Norte Global (Collins; Bilge, 2021).

A interseccionalidade nos permitiria, então, abandonar a “dependência epistemológica da Europa Ocidental e Estados Unidos” na formulação de respostas para a matriz colonial de opressões (Akotirene, 2019, p. 35–6). De pronto, ela nos permite abandonar as já mencionadas teorias de eixo único, sugerindo que raça, classe e gênero estejam em mesmo patamar analítico (Akotirene, 2020). Esse é um princípio fundamental da interseccionalidade: não se trata de competição entre excluídos (Collins, 2019), nem de hierarquizar opressões (Akotirene, 2019; Lorde, 2020).

A Interseccionalidade impede aforismos matemáticos hierarquizantes ou comparativos. Em vez de somar identidades, analisa se quais condições estruturais atravessam corpos, quais posicionalidades reorientam significados subjetivos desses corpos, por serem experiências modeladas por e durante a interação das estruturas, repetidas vezes colonialistas, estabilizadas pela matriz de opressão, sob a forma de identidade (Akotirene, 2019, p. 43–4).

Apesar de surgirem como uma proposta teórica engajada da qual as mulheres negras precisavam para analisar múltiplos sistemas de opressão (Akotirene, 2019), os paradigmas interseccionais não se limitam a explicar as experiências das mulheres negras. As opressões interseccionais moldam as experiências de todos os sujeitos e, portanto, os paradigmas interseccionais são úteis para analisar as experiências de todos os grupos (Collins, 2019). Crenshaw (1989) chama a atenção para o fato de que as categorias raça, classe e gênero só se tornam significativas para análise quando causam desvantagem, já que os privilégios oriundos de pertencer aos grupos sociais beneficiados são implícitos e não-percebidos, muito menos analisados.

A definição das categorias de análise é um dos motivos pelos quais a interseccionalidade recebe críticas: afinal, há categorias obrigatórias? Quanto mais categorias, melhor será a análise? (Collins; Bilge, 2021). Neste trabalho, fizemos a escolha de utilizar as categorias raça, classe social e gênero. Por esse motivo, entendendo que os próprios conceitos de raça, classe social e gênero não são dados *a priori* e não são um consenso nos estudos interseccionais, consideramos necessário definir o referencial que orienta o uso de tais categorias.

Entendemos raça, a partir das definições de Kabengele Munanga (2006, 2004), como uma categoria que, outrora, foi associada a fatores biológicos e utilizada para categorizar os seres humanos em grupos superiores e inferiores, dando origem ao racismo. Hoje, ressignificada, ‘raça’

é entendida como uma categoria social e política que, mesmo não existindo do ponto de vista biológico, segue existindo no imaginário e na representação coletivos de diversas populações contemporâneas, reproduzindo e mantendo o racismo a partir da categorização fenotípica, dada como determinante de características morais, psicológicas e intelectuais dos indivíduos.

Classe social é aqui compreendida como “grupos sociais diferenciados uns dos outros por condição econômica, formas culturais, práticas ou modos e vida. Trata-se de grupos de pessoas que ocupam posições semelhantes em uma economia política” (Collins, 2019, p. 459).

Gênero, por sua vez, é um conceito que se situa na esfera do social (não do biológico) e diz respeito a relações e estruturas de poder, baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos. Apesar de mencionar o anatômico/biológico, esse conceito pressupõe que o social defina a diferença anatômica, não o contrário: “o anatômico só existe enquanto percepção socialmente modelada” (Saffioti, 1992, p. 197). A construção do gênero, portanto, é um processo que se dá “na trama de relações sociais entre mulheres, entre homens e entre mulheres e homens” (Saffioti, 1992, p. 211). Para a autora, a construção do gênero é relacional e o sujeito se constrói como tal em relação com os outros, relação essa perpassada por questões de raça, classe e gênero (Saffioti, 1992). Portanto, os estudos de gênero de Saffioti dialogam diretamente com a proposta interseccional: a autora propõe que raça, classe e gênero são dimensões entrelaçadas, construídas simultaneamente ao longo da história, em simbiose, que formam um nó (Saffioti, 1992, 1997, 2009).

A interseccionalidade vem sendo utilizada de maneira crescente no campo da pesquisa em saúde, devido ao seu potencial de formulação de estudos e políticas de saúde comprometidas com a justiça social (Couto et al., 2019). Ela oferece uma possibilidade de analisar os fenômenos em saúde e bem-estar a partir dos padrões e relações sociais e, conseqüentemente, permite pensar intervenções e políticas que considerem as relações de raça, classe e gênero, bem como as desigualdades produzidas por essas relações (Hogan et al., 2018).

A construção da identidade se dá a partir do processo de se distinguir do outro, ao mesmo tempo que este processo gera senso de pertencimento. Em outras palavras, de acordo com Winker e Degele (Winker; Degele, 2011, p. 58), “sabemos quem somos quando sabemos de quem nos separamos. Isso é verdade mesmo quando o "Outro" nem sequer é mencionado”. E, em se tratando das tomadas de decisão em saúde, qual é o papel desse senso de pertencimento? De que

forma a posição ocupada no mundo influencia a auto percepção de risco ou de necessidade de intervenções em saúde?

A partir desse questionamento, entendemos que a interseccionalidade contribui para uma produção do conhecimento adequado ao contexto espacial e histórico, fugindo dos modelos *one size fits all* (Couto et al., 2019; Hogan et al., 2018), favorecendo que se atinja a equidade em saúde. Afinal, “a equidade também é ilusória onde as regras parecem ser aplicadas a todos igualmente e ainda assim geram resultados desiguais e injustos” (Collins; Bilge, 2021, p. 262).

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 PRINCIPAL

Compreender o fenômeno da hesitação vacinal infantil, a partir de uma análise contexto-específica e interseccional, em duas capitais brasileiras (São Luís e Florianópolis), buscando avaliar de que forma a diferenciação social participa dos processos de tomada de decisão em saúde.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Investigar as percepções sobre vacinas e doenças imunopreveníveis e as concepções acerca da vacinação, do cuidado parental, do risco e das práticas de saúde e suas influências na tomada de decisões quanto à vacinação infantil no contexto de dinâmicas familiares distintas;
- Analisar os impactos da pandemia de COVID-19 nas opiniões e representações de famílias de ambas as capitais sobre a vacinação infantil, bem como observar os impactos da pandemia no processo de vacinação de rotina de crianças em São Luís e Florianópolis;
- Compreender os motores da hesitação vacinal infantil e fatores sociais e políticos associados à decisão de (não) vacinar no contexto do Sul Global, com especial foco nos contextos Latino-Americano e Africano, a partir de um diálogo sul-sul entre Brasil e África do Sul.

### 3 METODOLOGIA

Este estudo de abordagem qualitativa foi conduzido, inicialmente, em duas capitais brasileiras: São Luís (MA) e Florianópolis (SC). O campo e a análise dos dados coletados no Brasil foram conduzidos nos anos de 2021 e 2022. Com a aprovação para o Doutorado Sanduíche pelo Programa Institucional de Internacionalização (PrInt) da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), foi possível desenvolver a pesquisa de campo também na Cidade do Cabo, África do Sul, de janeiro a julho de 2023. Apesar de algumas especificidades do campo em cada país, em geral, os métodos utilizados no Brasil foram reproduzidos na África do Sul, já que se objetivava traçar um paralelo entre os dois países. Assim, as diferenciações que se façam necessárias entre os campos realizados nos dois países serão descritas ao longo das seções aqui dispostas.

#### 3.1 CIDADES DO ESTUDO

A escolha das duas capitais brasileiras foi feita a partir de critérios como cobertura vacinal e características sócio demográficas. Entre as cinco capitais com as menores coberturas vacinais registradas no Brasil em 2019, São Luís ficou em primeiro lugar e Florianópolis em quarto (Brasil, 2019). Essas duas cidades foram escolhidas em detrimento das outras três por estarem em regiões diferentes (Nordeste e Sul) e apresentarem a maior disparidade de diversidade em termos sociais, culturais, geográficos e econômicos. Há, ainda, diferença na relação entre cobertura vacinal e estrato socioeconômico entre as duas capitais (Barata et al., 2012). Tais contextos foram importantes para subsidiar o estudo interseccional comparativo das duas capitais e estão melhor detalhados e aprofundados na metodologia dos artigos que compõem o *corpus* desta tese.

A decisão de realizar o Doutorado Sanduíche na África do Sul partiu de um processo longo que havia se iniciado ainda nos primeiros meses de doutoramento. Como será visto em breve na primeira publicação que compõe o *corpus* de artigos desta tese<sup>4</sup>, o interesse em compreender o fenômeno da hesitação vacinal a partir de um olhar para o Sul Global já despontava desde o primeiro momento. Já vínhamos traçando paralelos entre a América-Latina e

---

<sup>4</sup> Revisão de literatura intitulada ‘Vaccine hesitancy in the Global South: Towards a critical perspective in Global Health’, publicada em 2021.

a África, questionando conceitos e instrumentos de pesquisa que consideram experiências do Norte Global como universais.

Assim, quando da oportunidade de realizar parte da pesquisa em outro país, optou-se pela África do Sul tanto por ser o único país africano na lista de convênios do PrInt/CAPES quanto, principalmente, pelas importantes semelhanças sociais, econômicas e políticas existentes entre os dois países, além da vasta produção deste país na temática da hesitação vacinal no Sul Global. A University of Cape Town (UCT) é a referência em pesquisas e políticas de imunização para todo o continente africano, através do NISH (NITAGs Support Hub), grupo responsável por prover suporte a todos os National Immunization Technical Advisory Group (NITAG) do continente africano. Os NITAG são grupos vinculados à OMS e que trabalham nos Ministérios da Saúde de todos os países nos quais estão ativos, provendo evidências científicas e aconselhando os governos federais na formulação de políticas de imunização. O NISH está locado no grupo de pesquisa ‘Vaccines for Africa Initiative’ (VACFA) da UCT e, portanto, esta Universidade é o ponto central em torno do qual giram as discussões e decisões acerca das políticas de imunização para todos os países da OMS África. Maiores detalhes comparativos entre Brasil e África do Sul que justificam os paralelos entre esses dois países são providos no artigo resultante do Doutorado Sanduíche, que compõe o *corpus* de artigos desta tese.

### 3.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram incluídas famílias: 1) que residissem em São Luís, Florianópolis ou Cidade do Cabo no momento da entrevista; 2) que tivessem ao menos uma criança de até seis anos de idade<sup>5</sup> sob sua responsabilidade. Ter vacinado a criança integralmente no serviço privado de saúde foi um critério de exclusão, porém, este cenário não foi encontrado em nenhuma das famílias indicadas e contatadas. No Brasil, incluiu-se famílias em todo o espectro de opiniões e atitudes em relação à vacinação infantil de rotina: famílias com crianças totalmente vacinadas, parcialmente vacinadas, que tenham postergado uma ou todas as vacinas, ou cuja criança fosse totalmente não vacinada. Na Cidade do Cabo, devido ao tempo reduzido e ao recorte que escolhemos dar na comparação entre os dois países, focado na hesitação vacinal, foram incluídas

---

<sup>5</sup> A faixa etária de zero a seis anos teve o propósito de captar famílias cujas crianças estivessem no período de maior concentração de vacinas do calendário de rotina infantil do PNI.

apenas famílias que não seguiram o calendário vacinal conforme preconizado, independentemente do motivo. Isto é, famílias com crianças totalmente vacinadas dentro do calendário preconizado (sem inadimplência<sup>6</sup> por qualquer motivo) não foram incluídas.

No tocante à composição das famílias participantes do estudo, privilegamos a diversidade de características, buscando contemplar as de camadas alta, média e baixa; pessoas de alta e baixa escolaridade; distribuídas em bairros diversos das três cidades; e autodeclaradas de diferentes grupos raciais.

A inclusão desses segmentos sociais deu-se pela identificação, na revisão da literatura, de que tanto escolaridade quanto renda são fatores que influenciam no fenômeno da (não) vacinação, porém sem uma tendência unilateral. Ou seja, estudos em determinados países evidenciam que grupos de menor escolaridade e renda são promotores da vacinação, enquanto estudos em outros países revelam baixa escolaridade/renda como barreiras para a vacinação — o mesmo ocorrendo com segmentos de alta escolaridade e renda (Larson et al., 2014).

O modelo de família nuclear não é satisfatório para a compreensão das complexidades que envolvem o cuidado à saúde, especialmente das crianças (Bustamante; Trad, 2007). Portanto, buscou-se por diferentes arranjos familiares (nuclear, monoparental e estendida).

As pessoas convidadas para a entrevista em cada família foram aquelas consideradas as duas cuidadoras principais da criança, ou seja, as responsáveis por seus cuidados diários e pelas tomadas de decisão em relação à sua saúde. Por esse motivo, nos referimos sempre a ‘mães, pais e cuidadores’, já que, em alguns arranjos de família, a criança não está sob responsabilidade da mãe e/ou pai. Quando havia dois principais cuidadores —e quando foi possível contatar e entrevistar ambos, esses dois responsáveis foram entrevistados separadamente. Ressalta-se que, além das famílias monoparentais (nas quais apenas um cuidador foi entrevistado), em algumas outras famílias também só foi possível acessar um dos responsáveis (em geral, a mãe), seja por não termos conseguido retorno às tentativas de contato com o outro cuidador (pai) ou por indisponibilidade do mesmo.

---

<sup>6</sup> O termo ‘inadimplência’ vem do conceito em inglês ‘defaulting’, definido pela OMS como a perda da vacinação programada no calendário de rotina por motivos diversos, como acesso ou questões socioeconômicas (Oduwole et al., 2022).

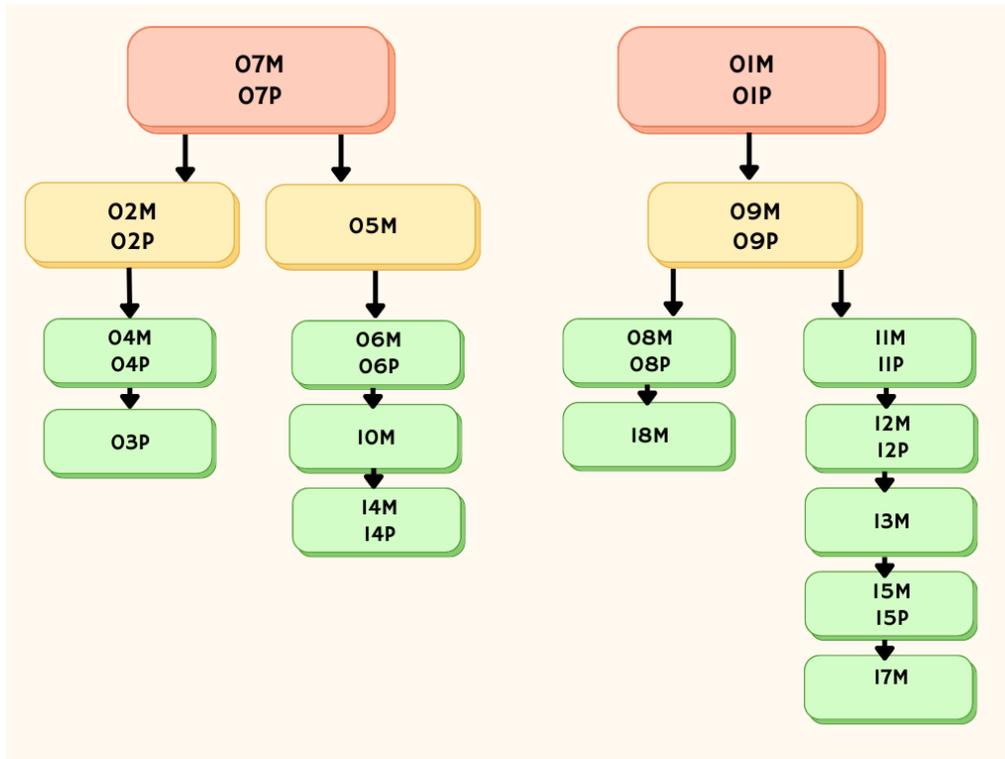
Ressalte-se que na pesquisa qualitativa a amostra não pode ser definida *a priori*. O número final de entrevistas foi definido através do critério de saturação, quando as informações obtidas passaram a apresentar redundância ou repetição e, sobretudo, quando se alcançou os sentidos atribuídos pelos participantes ao tema em questão (Fontana; Frey, 2004).

### 3.3 CAPTAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A captação dos participantes foi feita por meio do procedimento de “bola de neve” (TenHouten, 2017), estratégia que se mostra apropriada para a identificação de populações minoritárias, excluídas ou de difícil acesso, como é o caso das famílias que selecionam, postergam ou não vacinam seus filhos. Estas, por questões legais e receio de denúncia, especialmente junto ao Conselho Tutelar, evitam se expor sobre a situação vacinal dos seus filhos (Barbieri et al., 2017).

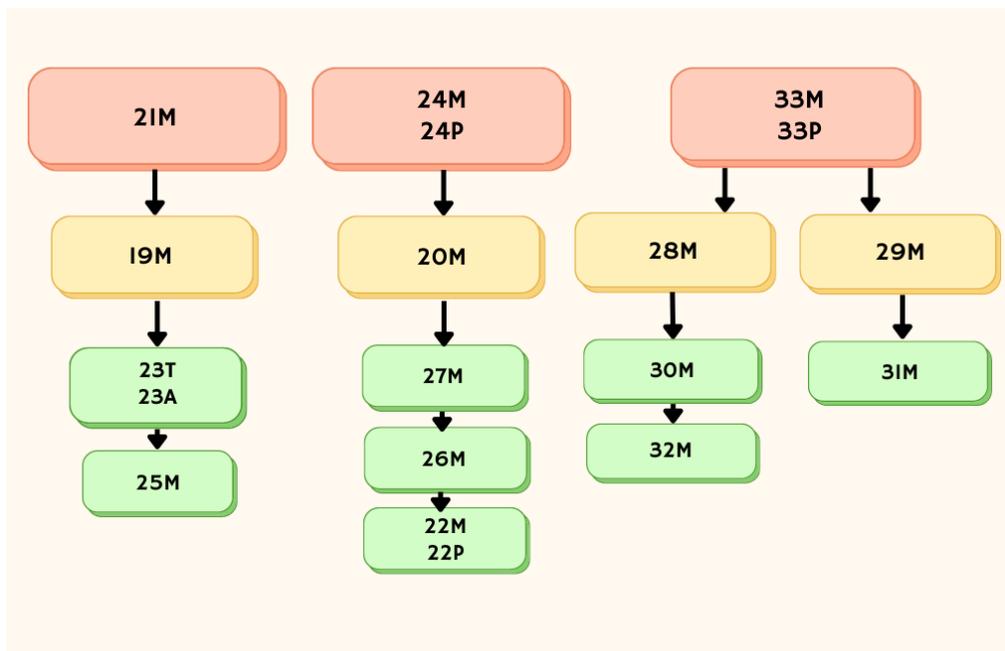
Os entrevistados iniciais foram famílias sem relação com as pesquisadoras, que foram indicadas por pessoas dos círculos pessoal e profissional da pesquisadora executante. O contato foi estabelecido por diferentes meios, a depender da indicação recebida pelos participantes, sendo a maior parte via *whatsapp* e, em menor número, ligação telefônica e e-mail. As Figuras 1, 2 e 3 mostram o passo-a-passo das indicações e captação dos entrevistados em cada uma das três cidades.

**Figura 1** - Fluxograma de captação dos participantes por “bola de neve” em Florianópolis (BR)



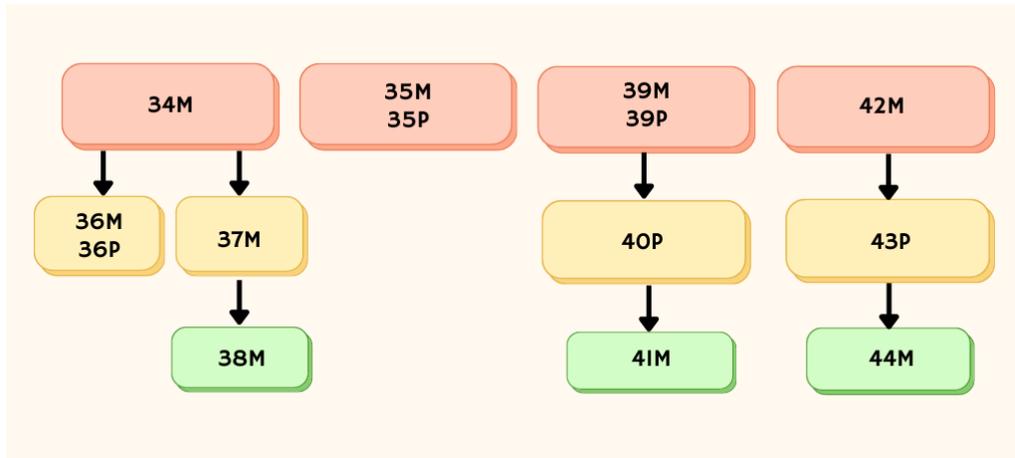
Fonte: elaborado pela autora.

**Figura 2** - Fluxograma de captação dos participantes por “bola de neve” em São Luís (BR)



Fonte: elaborado pela autora.

**Figura 3** - Fluxograma de captação dos participantes por “bola de neve” na Cidade do Cabo (SA)



Fonte: elaborado pela autora.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A produção dos dados empíricos se deu por entrevistas em profundidade. A escolha da técnica se justifica por sua potencialidade de captar os valores e os sentidos que os participantes atribuem a eventos de sua experiência pessoal, com a intenção de alcançar a dimensão da subjetividade, já que a fala dos entrevistados é reveladora de sistemas de valores, crenças, normas, sendo significantes mesmo sem a intenção de significar. Ao contemplar distintos âmbitos da vida dos sujeitos, seus pertencimentos sociais na família e em grupos de referência, tal técnica possibilita atingir o universo simbólico do cuidado e imunização infantil na população estudada, na perspectiva sócio antropológica (Becker, 1992; Fontana; Frey, 2004).

As entrevistas partiram de roteiro pré-estabelecido e testado (APÊNDICE 1), conciliando direcionamento temático e liberdade de expressão (Feliciano, 2010) de pais, mães e cuidadores sobre as vivências do cuidado ao(s) filho(s) e do processo da decisão pela (não) vacinação e a relação estabelecida com profissionais e serviços de saúde. O roteiro contemplou aspectos como a experiência da gestação e parto, os cuidados diários e em saúde da criança, os processos da vacinação (ou da não vacinação), as influências e fontes de informação (família, profissionais de saúde, redes sociais etc.) para a tomada de decisão em vacinar, selecionar, postergar ou não vacinar, os sentimentos oriundos dessas vivências no contexto familiar, na relação com o médico-profissional de saúde, seja para famílias que usam apenas serviços de saúde públicos ou para os que utilizam público e privado.

Todas as entrevistas, nas três cidades, foram conduzidas pela pesquisadora executante e autora desta tese. No Brasil, as entrevistas foram conduzidas em português. Para o campo na África do Sul, o mesmo roteiro utilizado no Brasil foi traduzido para o inglês e posteriormente avaliado por dois pesquisadores do South African Medical Research Council (SAMRC - Conselho de Pesquisa Médica da África do Sul) com ampla experiência em pesquisa qualitativa sobre hesitação vacinal. Os mesmos avaliaram a aplicabilidade das questões à realidade e à cultura Sul-Africanas, bem como o entendimento das perguntas em inglês. O roteiro em inglês pode ser encontrado no APÊNDICE 2.

No campo brasileiro, devido à pandemia de COVID-19, duas formas de realização das entrevistas foram ofertadas aos participantes: presencialmente, em local de sua preferência; ou virtualmente. Exceto uma entrevista presencial em São Luís, ocorrida na casa da entrevistada, todas as demais entrevistas brasileiras ocorreram em ambiente virtual na plataforma Zoom®. O campo se iniciou em março de 2021 em ambas as cidades brasileiras, sendo encerrado em junho de 2021 em Florianópolis; e em abril de 2022 em São Luís. A diferença importante de duração da produção de dados nos dois sítios se deu devido à facilidade em encontrar famílias hesitantes em Florianópolis, enquanto, em São Luís, a não localização dessas famílias exigiu mais tempo de busca.

Na Cidade do Cabo, também foram oferecidas as opções de entrevista online ou presencial, tendo a grande maioria delas acontecido presencialmente. O campo nesta cidade ocorreu entre nos meses de maio e junho de 2023.

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio, totalizando 46 horas e 23 minutos de gravações, e posteriormente transcritas pela pesquisadora executante. A duração das entrevistas variou de 10 a 108 minutos (média = 44,9 minutos). Para todas as entrevistas, realizamos conferência de fidedignidade das falas. Os nomes dos entrevistados, bem como informações que pudessem identifica-los, foram omitidos ou trocados por códigos para garantir o anonimato.

Foram entrevistadas: 15 famílias em São Luís (19 cuidadores); 18 famílias em Florianópolis (29 cuidadores); e 11 famílias na Cidade do Cabo (14 cuidadores). Isto é, foram conduzidas 62 entrevistas no total, em 44 famílias. Abaixo, os Quadros 1, 2 e 3 mostram a caracterização sócio demográfica dos entrevistados nas três cidades, bem como a situação vacinal das crianças.

**Quadro 1** - Caracterização sócio demográfica e posição em relação às vacinas dos entrevistados em Florianópolis (BR)

	Código original	Código final	Idade	Cor de pele	Profissão	Classe social*	Idade da criança**	Posição/situação em relação às vacinas
Vacinaram conforme calendário preconizado (integral e sem atrasos)	F-V-01.Mãe	01M	40	Branca	Professora Universitária	Média / B2	4a3m 6a11m	-
	F-V-01.Pai	01P	45	Preta	Professor	Média / B1		
	F-V-02.Mãe	02M	35	Branca	Professora	Média / C1	1a7m 14a7m	-
	F-V-02.Pai	02P	34	Branca	Técnico em iluminação	Média / B2		
	F-V-03.Mãe	03M	26	Preta	Vendedor de software	Baixa / C2	6a, 5a, 4a	-
	F-V-04.Mãe	04M	32	Preta	Professora universitária	Média / A	1a2m	-
	F-V-04.Pai	04P	37	Preta	Engenheiro	Média / C1		
	F-V-05.Mãe	05M	40	Branca	Turismóloga	Média / B1	11m	-
	F-V-06.Pai	06P	37	Branca	Analista de dados	Média / B2	2a7m 16a9m	-
	F-V-06.Mãe	06M	39	Branca	Historiadora	Média / B2		
Não vacinaram conforme calendário preconizado, independentemente da razão (não vacinaram – total ou parcialmente- ou postergaram/atrasaram)	F-H-01.Mãe	07M	31	Branca	Doula	Média / B2	2a10m 13a11m	Selecionaram algumas vacinas.
	F-H-01.Pai	07P	36	Branca	Policia civil	Média / A		
	F-H-02.Mãe	08M	43	Branca	Engenheira	Média / B2	4a2m	Selecionaram e postergaram algumas vacinas.
	F-H-02.Pai	08P	37	Parda	Professor universitário	Média / B1		
	F-H-03.Mãe	09M	42	Branca	Pesquisadora	Média / A	5a	Selecionaram e postergaram algumas vacinas.
	F-H-03.Pai	09P	43	N/D	Administrador	Média / A		
	F-H-04.Mãe	10M	34	Branca	Produtora cultural	Média / B2	1a, 3a3m	Mais nova: não vacinada; mais velha: não foi vacinada até 1 ano. Após, selecionaram algumas.
	F-H-05.Mãe	11M	42	Branca	Arquiteta	Média / B2	4a5m	Selecionaram e postergaram algumas vacinas.
	F-H-05.Pai	11P	39	Branca	Representante comercial	Média / C1		
	F-H-06.Mãe	12M	38	Branca	Professora	Média / B1	5a6m	Não vacinada até 3 anos. Após, selecionaram algumas.
	F-H-06.Pai	12P	43	Branca	Escritor	Média / B1		
	F-H-07.Mãe	13M	30	Branca	Estudante	Média / C2	6a	Não vacinada.
	F-H-08.Mãe	14M	24	Branca	Autônoma	Média / C2	2a5m	Selecionaram algumas vacinas. Não vacinam em campanhas.
	F-H-08.Pai	14P	26	Branca	Artesão	Média / C2		
	F-H-09.Mãe	15M	43	Branca	Autônoma	Média / B2	4a11m	Não vacinada.
	F-H-09.Pai	15P	53	Branca	Terapeuta	Média / B2		
	F-H-10.Pai	16P	33	Branca	Médico	Média / B2	3a11m 5a9m	Selecionaram e postergaram algumas vacinas.
	F-H-11.Mãe	17M	37	Branca	Dona de casa	Baixa / C2	4a6m	Foi vacinada apenas para BCG por obrigação na maternidade.
F-H-12.Mãe	18M	34	Amarela	Autônoma / Terapeuta	Média / B2	3a9m	Não vacinada.	

Fonte: elaborada pela autora.

N/D = Não declarada.

\*Classe social autodeclarada (alta, média ou baixa) / Estrato social definido pela classificação ABEP.

\*\*Idade da criança no momento da entrevista, em anos (a) e meses (m).

**Quadro 2** - Caracterização sócio demográfica e posição em relação às vacinas dos entrevistados em São Luís (BR)

	Código original	Código final	Idade	Cor de pele	Profissão	Classe social*	Idade da criança**	Posição/situação em relação às vacinas
Vacinaram conforme calendário preconizado (integral e sem atrasos)	S-V-01.Mãe	19M	25	Preta	Estudante	Baixa / C2	1a9m	-
	S-V-03.Mãe	20M	27	Parda	Dona de casa	Média / C2	4a11m 2a1m	-
	S-V-04.Mãe	21M	38	Branca	Pedagoga	Média / B1	4a5m	-
	S-V-04.Pai	21P	34	Branca	Empresário	Média / B1		
	S-V-05.Tia	22T	42	Preta	Servidora pública	Baixa / B2	4a9m	-
	S-V-05.Avó	22A	65	Preta	Dona de casa	Baixa / B2		
	S-V-06.Mãe	23M	29	Branca	Administradora	Média / B2	3a3m	-
	S-V-06.Pai	23P	25	Parda	Executivo de vendas	Média / B2		
	S-V-07.Mãe	24M	43	Parda	Professora	Média / A	1a5m	-
Não vacinaram conforme calendário preconizado, independentemente da razão (não vacinaram –total ou parcialmente- ou postergaram/atrasaram)	S-H-01.Mãe	25M	27	Parda	Assistente social	Média / B1	1a2m 3a	Mais nova: não vacinada de rotina durante a pandemia.
	S-H-02.Mãe	26M	35	Parda	Bióloga	Média / B2	1a3m 6a10m	Mais nova: não vacinada de rotina durante a pandemia.
	S-H-03.Mãe	27M	33	Parda	Autônoma	Baixa / B2	5m 8a	Não vacinadas para COVID-19.
	S-H-04.Mãe	28M	45	Branca	Pedagoga	Média / B2	3a11m 8a	Não vacinadas para COVID-19.
	S-H-05.Mãe	29M	36	Parda	Estudante	Média / B2	5a3m	Não vacinada para Influenza (campanha). Não vacinada para COVID-19.
	S-H-06.Mãe	30M	26	Parda	Consultora de atendimento	Baixa / C2	1a7m	Algumas vacinas atrasadas.
	S-H-07.Mãe	31M	32	Parda	Contadora	Baixa / C2	4a2m	Algumas vacinas atrasadas. Não vacinada para COVID-19.
	S-H-08.Mãe	32M	39	Preta	Empreendedora	Média / B2	4m 10a	Não vacinadas para COVID-19.
	S-H-08.Pai	32P	37	Branca	Operador portuário	Baixa / B2		
S-H-09.Mãe	33M	29	Parda	Economista	Média / B2	1a25d	Várias vacinas foram atrasadas.	

Fonte: elaborada pela autora.

\*Classe social autodeclarada (alta, média ou baixa) / Estrato social definido pela classificação ABEP.

\*\*Idade da criança no momento da entrevista, em anos (a) e meses (m).

**Quadro 3** - Caracterização sócio demográfica e posição em relação às vacinas dos entrevistados na Cidade do Cabo (SA)

	Código	Idade	Gênero	Cor de pele	Profissão	Classe social*	Renda familiar mensal (em ZAR)	Idade da criança**	Posição/situação em relação às vacinas
Não vacinaram conforme calendário preconizado, independentemente da razão (não vacinaram – total ou parcialmente- ou postergaram/atrasaram)	34M	40	Fem.	Other (“European”)	Professora de yoga	Média	Entre 10k e 30k	2a	Não vacinada.
	35M	33	Fem.	White	Stay-at-home mom (SAHM)	Alta	Mais que 30k	1a11m, 3a9m, 6a	Todas não vacinadas.
	35P	35	Masc.	White	Empresário	Alta	Mais que 30k		
	36M	40	Fem.	White	SAHM	Média	Mais que 30k	5a10m	Postergaram e selecionaram algumas vacinas.
	36P	45	Masc.	White	Scrum master - TI	Média	Mais que 30k		
	37M	33	Fem.	White	Terapeuta	Média	Entre 20k e 30k	3a8m	Não vacinada.
	38M	38	Fem.	White	Coach	Média	Mais que 30k	1a6m, 4a6m	Ambas não vacinadas.
	39M	35	Fem.	Black	Desempregada	Baixa	Entre 0 e 2.999	5a	Atrasou algumas vacinas. Não vacina em campanhas.
	39P	42	Masc.	Black	Autônomo	Baixa	Entre 0 e 2.999		
	40P	31	Masc.	Black	Frentista	Baixa	Entre 3k e 10k	3a8m	Era não vacinada, até a escola ameaçar perder a vaga. Não vacina em campanhas.
	41M	46	Fem.	Black	Cozinheira autônoma/ Curandeira tradicional	Baixa	Entre 3k e 10k	5a10m	Após as da maternidade (forçadas), não mais vacinada.
	42M	27	Fem.	Coloured	Desempregada	Média	Entre 0 e 2.999	4a, 1a11m	Não vacina em campanhas. Não vacinada para sarampo (campanha 2023).
	43P	22	Masc.	Coloured	Desempregado	Média	Sem renda	2a11m	Não vacina em campanhas.
	44M	22	Fem.	Coloured	Desempregada	Média	Entre 0 e 2.999	4a6m	Não vacina em campanhas. Não vacinada para sarampo (campanha 2023).

Fonte: elaborada pela autora.

\*Classe social autodeclarada (alta, média ou baixa).

\*\*Idade da criança no momento da entrevista, em anos (a) e meses (m).

### 3.5 A CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Todos os entrevistados preencheram um breve questionário com dados pessoais antes da entrevista, que foi identificado pelo código de cada entrevistado (sem identificação nominal), de forma a garantir maior confidencialidade de suas identidades. No Brasil, este questionário foi auto aplicado e todos os participantes o preencheram virtualmente, através da ferramenta Google Forms®. O questionário sucedia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que era assinado digitalmente via mesma ferramenta.

Na Cidade do Cabo, onde praticamente todas as entrevistas foram presenciais, este questionário foi entregue impresso aos participantes para preenchimento manual. No caso das três entrevistas conduzidas virtualmente, o questionário foi compartilhado na chamada de vídeo, antes da entrevista, para que os entrevistados lessem as questões e respondessem verbalmente. O questionário aplicado na Cidade do Cabo foi, em termos gerais, o mesmo aplicado no Brasil, traduzido para o inglês. Novamente, contamos com a ajuda dos dois pesquisadores do SAMRC nesta adaptação e na decisão de que variáveis coletar. Algumas adaptações se fizeram necessárias, especialmente nas variáveis utilizadas para mensuração de estrato sócio econômico, de nível educacional e de auto declaração racial, que deve respeitar as categorias previstas em cada país. Portanto, algumas notas se fazem necessárias acerca de como se chegou até os dados/variáveis perguntados neste questionário.

No Brasil, como ponto de partida para a identificação da classe social, foi usado o Novo Critério de Classificação Econômica Brasil 2019<sup>7</sup>, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Porém, considerando que esse instrumento avalia estratos sociais, ou seja, a agregação de indivíduos de acordo com critérios pré-definidos (Outhwaite; Bottomore, 1996) e patrimônio/poder de consumo, também trabalharemos com a classe autodeclarada. É sabido que esta forma de declaração tende a super-representar o pertencimento à classe média, enquanto sub-representa as classes altas (Rennó; Turgeon, 2016). Porém, por ser uma medida subjetiva, baseada nas impressões do sujeito sobre o seu próprio pertencimento, a classe autodeclarada pode fornecer informações importantes em pesquisa qualitativa. Portanto, ambas as medidas (ABEP e autodeclarada) foram coletadas.

---

<sup>7</sup> Instrumento que avalia o poder de compra e a escolaridade da família, classificando-os em A, B1, B2, C1, C2, D e E. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

Na Cidade do Cabo, por orientação do SAMRC, a variável escolhida para mensuração da classe social foi a renda familiar, cujas faixas são predefinidas. Optamos, ainda, por manter a classe social autodeclarada exatamente como foi perguntada no Brasil, de forma a termos também duas variáveis nesta cidade: renda familiar e classe autodeclarada.

Em relação à autodeclaração racial, no Brasil, seguiu-se o recomendado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que prevê as categorias de raça/cor de pele: branca, preta, parda, amarela e indígena (Brasil, 2017). Na África do Sul, as categorias oficiais de grupos raciais para fins de pesquisa são: black, coloured, white, Indian/Asian (Souza et al., 2021). A questão sobre o nível de educação formal também precisou ser adaptada para a estrutura curricular escolar Sul-Africana, que difere da Brasileira.

Os questionários utilizados para a coleta dos dados sócio demográficos supracitados no Brasil e na África do Sul estão disponíveis nos APÊNDICES III e IV. O sistema de pontos usado pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP) pode ser encontrado no ANEXO I.

### 3.6 ANÁLISE

Os dados produzidos nas entrevistas em profundidade foram analisados e interpretados a partir de análise temática. Para tal, utilizou-se o passo-a-passo do desenvolvimento de temas de Vaismoradi et al. (2016) e a técnica de categorização iterativa proposta por Neale (2016). Os procedimentos metodológicos descritos abaixo foram os mesmos empregados na análise tanto dos dados do Brasil quanto da África do Sul, sendo a única diferença entre eles temporal: os dados brasileiros foram analisados quando do final do campo, ainda em 2022, enquanto os dados sul-africanos foram analisados ao final do campo neste país, em 2023.

Após a impregnação, alcançada pela leitura imersiva e repetitiva das transcrições, mais uma leitura foi realizada para destacar as unidades de significado, que foram listadas em forma de códigos. Uma planilha eletrônica do software Excel® foi usada para listar os códigos e os excertos a eles relacionados. Posteriormente, os códigos foram agrupados em categorias. Destas, emergiram os temas, a partir do agrupamento de categorias.

Ao final do campo realizado no Brasil, devido ao vasto conteúdo produzido, definiu-se de que forma tais temas seriam apresentados. Concluímos, então, que faria sentido discuti-los a

partir de três artigos diferentes, que contemplassem os objetivos desta tese: um com enfoque nos motores da hesitação vacinal (razões e motivações por trás da decisão de não vacinar); um com enfoque na intersecção dos marcadores raça, classe social e gênero, discutindo de que forma a posição ocupada na teia dos marcadores sociais se reflete na tomada de decisão em (não) vacinar; e um terceiro sobre a politização das vacinas e impactos da pandemia de COVID-19 nas opiniões e atitudes relacionadas à vacinação infantil. Estes três manuscritos constam no *corpus* de artigos que compõem essa tese.

Ao final da análise dos dados produzidos na Cidade do Cabo, os temas que emergiram foram listados em uma planilha. Para cada um deles, se traçou similaridades e diferenças com os temas encontrados no Brasil. A partir desse paralelo, os achados foram apresentados no artigo comparativo entre os países, que também compõe o *corpus* de artigos dessa tese. As particularidades metodológicas de cada artigo podem ser encontradas nas respectivas sessões de metodologias de cada um.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em cumprimento aos preceitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde de n. 510 de 2016 e 466 de 2012, e somente foi iniciado após sua aprovação. O projeto foi aprovado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 37536320.2.0000.0068 (ANEXO II).

Todos os participantes receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE V) que foi assinado após a leitura, explicação e compreensão dos objetivos da pesquisa.

No Brasil, em vistas a seguir as “Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual”, contidas no Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021, alguns adendos se fizeram necessários. O procedimento adotado para obtenção do consentimento livre e esclarecido se deu via ferramenta Google Forms®. Os potenciais participantes receberam um *link* que dava acesso ao TCLE virtual. Ao final do texto do TCLE, havia uma caixa de seleção para que o entrevistado afirmasse estar de acordo ou não com os termos da pesquisa. Todos os entrevistados recebem uma segunda via do TCLE devidamente

assinada pela pesquisadora executante, enviada em formato digital ao entrevistado pelo mesmo meio de comunicação em que o agendamento foi realizado.

Para a condução das entrevistas na África do Sul, a pesquisa precisou ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa local. O projeto intitulado ‘A qualitative investigation into childhood vaccine hesitancy phenomenon drivers: a comparison between Brazil and South Africa’ foi avaliado pelo Human Research Ethics Committee da UCT e aprovado em maio de 2023 sob a referência HREC 178/2023.

Os mesmos procedimentos éticos foram realizados nas entrevistas conduzidas na Cidade do Cabo. Todos os participantes assinaram o TCLE (Consent Form) que está disponível no APÊNDICE VI. Quase todos foram obtidos pessoalmente, antes do início da entrevista, em formato impresso, sendo a segunda via entregue ao entrevistado no mesmo momento, também impressa. Apenas os três cuidadores que optaram pela modalidade de entrevista virtual receberam o TCLE digitalmente em formato PDF e o enviaram assinado de volta também digitalmente, bem como receberam sua segunda via digital pelo mesmo meio de comunicação através do qual o contato vinha sendo feito.

#### **4 CORPUS DE ARTIGOS QUE COMPÕEM A TESE**

Apresentaremos, a seguir, os sete artigos que resultaram da pesquisa realizada ao longo dos quatro anos de doutoramento. Esses artigos variam em seção/categoria, metodologia, escopo das revistas às quais foram submetidos e em estágio de submissão/publicação. Portanto, faz-se importante contextualizar o porquê da ordem em que serão apresentados.

Os três primeiros artigos tratam-se de pesquisa teórica e já estão publicados. O artigo ‘Hesitação vacinal: tópicos para (re)pensar políticas de imunização’ é um artigo de perspectiva publicado na Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade em 2023 e abre esta seção por trazer um panorama geral da hesitação vacinal no Brasil, focado em seus motivos e fatores relacionados. Na sequência, a revisão de literatura ‘Vaccine hesitancy in the Global South: towards a critical perspective on Global Health’, publicada na revista Global Public Health em 2022, dá continuidade à compreensão do fenômeno, porém, agora, a nível de Sul Global. Finalizando os manuscritos teóricos, o artigo de comentário ‘COVID-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil’ traz para o debate o cenário da pandemia de COVID-19, responsável por novos e maiores desafios em um cenário de queda da cobertura vacinal que já era preocupante. Este comentário, publicado na Revista de Saúde Pública ainda no primeiro ano da pandemia (2020), foi um dos primeiros no país a aventar o cenário desafiador de descrença nas instituições e impactos diretos nas políticas de imunização que estavam por vir – posteriormente confirmados no artigo empírico que será apresentado adiante.

Na segunda seção, os quatro artigos seguintes são fruto de pesquisa empírica e estão em diferentes momentos no processo editorial dos periódicos científicos. O manuscrito ‘Caregivers’ perceptions on routine childhood vaccination: a qualitative study on vaccine hesitancy in a South Brazil state capital’ abre esta seção por apresentar o panorama geral da hesitação vacinal no Brasil e seus motores. Este artigo, apesar de restrito ao campo realizado no Brasil, foi escrito em parceria com o Professor Charles Shey Wiysonge, orientador deste projeto na University of Cape Town, e com a Doutora Elizabeth Oduwole, coorientadora do mesmo, e foi recomendado para publicação após revisões no Human Vaccines & Immunotherapeutics Journal. Após revisões solicitadas, o artigo encontra-se na segunda rodada de revisão por pares.

Enquanto no primeiro manuscrito empírico damos enfoque nos motores da hesitação vacinal no Brasil, o segundo manuscrito visa complexificar a análise, discutindo, através da lente

interseccional, de que forma as posições ocupadas na teia social se refletem na tomada de decisão em (não) se vacinar. Esse artigo, intitulado “‘Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia’”: não-vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero’ está em processo de avaliação por pares na Revista Interface –Comunicação, Saúde e Educação. Sua produção contou com coautoria da Professora Jeane Tavares, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

O artigo ‘The politicisation of vaccines and its influence on Brazilian caregivers’ opinions on childhood routine vaccination’ adiciona mais uma camada aos fatores já trazidos pelos dois primeiros artigos empíricos: discute os impactos da pandemia de COVID-19 nas opiniões, significados e atitudes de famílias brasileiras acerca da vacinação infantil. Este manuscrito está aprovado para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva, passando por editoração, e contou com coautoria da Professora Colaboradora Vivian Avelino-Silva, do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

O último artigo empírico aqui apresentado é o produto final do Doutorado Sanduíche realizado na University of Cape Town, sob orientação do Professor Charles Shey Wiysonge. O artigo intitulado ‘Exploring childhood vaccine hesitancy drivers among caregivers in Brazil and South Africa: a qualitative study’ recapitula os achados empíricos brasileiros, agora em análise comparativa com os achados do campo realizado na África do Sul. Esse artigo está em fase de revisão final pelos coautores e conta com coautoria do Professor Charles Wiysonge, da Doutora Elizabeth Oduwole, da pesquisadora Dra. Edina Amponsah-Dacosta e da doutoranda Imen Ayouni, ambas do grupo de pesquisa *Vaccines for Africa* (UCT). A previsão é de que seja submetido para publicação no mês de dezembro de 2023.

Acreditamos que a ordem aqui proposta permite uma apresentação coesa do *corpus* de produtos finais decorrentes do processo de doutoramento, entendendo que seu encadeamento em uma narrativa lógica e fluida é mais importante que a ordem cronológica em que foram escritos ou publicados.

Boa leitura!

## 4.1 ARTIGOS DE NATUREZA TEÓRICA

### 4.1.1 [Perspectiva] Hesitação vacinal: tópicos para (re)pensar políticas de imunização



www.rbmfc.org.br  
ISSN 2197-7994

Perspectivas

## Hesitação vacinal: tópicos para (re)pensar políticas de imunização

Vaccine hesitancy: topics for (re)thinking immunization policies

*Vacilación vacunal: temas para (re)pensar políticas de inmunización*

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos<sup>1,2</sup> , Marcia Thereza Couto<sup>2</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Catarina – Araranguá (SC), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina – São Paulo (SP), Brasil.

### Resumo

A vacinação/imunização de rotina é intrínseca à prática da Atenção Primária à Saúde em todo o Brasil. Nos últimos anos, o país vem enfrentando questões como a queda e a heterogeneidade da cobertura vacinal, motivadas por determinantes diversos, um deles a hesitação vacinal. Este artigo de perspectiva pretende oferecer às/aos profissionais da Atenção Primária à Saúde outro olhar sobre o fenômeno da hesitação vacinal, com lentes múltiplas e específicas ao contexto, que permitam compreendê-lo em sua complexidade.

**Palavras-chave:** Vacinação; Hesitação vacinal; Atenção primária à saúde.

#### Autor correspondente:

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos  
E-mail: camilacarvalhoamorim@gmail.com

#### Fonte de financiamento:

não se aplica.

#### Parecer CEP:

não se aplica.

#### Procedência:

não encomendado.

#### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 23/06/2021.

Aprovado em: 30/01/2023.

**Como citar:** Matos CCSA, Couto MT. Hesitação vacinal: tópicos para (re)pensar políticas de imunização. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3128. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3128](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3128)



## Abstract

Routine vaccination/immunization is intrinsic to the Primary Health Care practice throughout Brazil. For the past few years, the country has faced issues such as the fall and heterogeneity of vaccination uptake rates, motivated by different causes, one of which is vaccine hesitancy. This perspective article intends to offer Primary Health Care professionals another look at the phenomenon of vaccine hesitancy, with multiple and context-specific lenses, which allow them to approach the theme and understand it in its complexity.

**Keywords:** Vaccination; Vaccination hesitancy; Primary health care.

## Resumen

La vacunación/inmunización de rutina es intrínseca a la práctica de la Atención Primaria de Salud en todo Brasil. En los últimos años, el país ha venido enfrentando problemas como la caída y la heterogeneidad de las coberturas de vacunación, motivados por diferentes determinantes, una de ellas es la vacilación en la vacunación. Este artículo en perspectiva pretende ofrecer a los profesionales de Atención Primaria una mirada al fenómeno de la vacilación vacunal, con lentes múltiples y contextuales, que les permitan abordar el tema y comprenderlo en su complejidad.

**Palabras clave:** Vacunación; Vacilación a la vacunación; Atención primaria de salud.

No Brasil, a vacinação/imunização de rotina está intrinsecamente relacionada à Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar de o Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído ainda na década de 1970, ser anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), foi o estabelecimento do SUS e, posteriormente, da Estratégia Saúde da Família, que possibilitou a descentralização das salas de vacinação Brasil afora e concretizou a oferta rotineira (universal e gratuita) de um dos calendários vacinais mais vastos do mundo.<sup>1</sup> Hoje, o país conta com cerca de 35 mil salas de vacinação em todos os 5.565 municípios brasileiros e possui um calendário vacinal reconhecido mundialmente por sua extensão.<sup>2</sup>

Entretanto, a resistência às vacinas é tão antiga quanto sua própria história e sempre se relaciona a fatos e significados socioculturais em contextos sociais e políticos particulares no tempo e no espaço. Na última década, o PNI vem enfrentando diversos e crescentes desafios, entre os quais a queda generalizada da cobertura vacinal. Esse fenômeno tem determinantes muito diversos e envolve questões relacionadas ao desmonte da APS, ao acesso aos serviços de saúde, ao desabastecimento de certos imunobiológicos, mas também envolve a hesitação vacinal, que é o foco deste artigo.<sup>3</sup> O conceito de “hesitação vacinal” foi desenvolvido em 2014 pelo Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group on Vaccine Hesitancy, criado em 2012 e vinculado à Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde então, o conceito vem sendo construído, definindo-se como o atraso na aceitação ou a recusa de vacinas apesar da disponibilidade de serviços que as ofereçam.<sup>4</sup>

## Hesitação vacinal: determinantes e crenças

A hesitação vacinal, enquanto fenômeno com diversos determinantes, tem em sua gênese diversas crenças, questionamentos e receios. Estudos de diferentes origens mostram que algumas dessas dúvidas e crenças estão presentes globalmente, em países diversos, independentemente de sua renda e desenvolvimento, como: dúvidas quanto à real eficácia/eficiência e segurança das vacinas; o questionamento quanto o ganho financeiro e interesse comercial da indústria farmacêutica; a crítica à composição das vacinas e a seu mecanismo de ação; o medo de eventos adversos, até mesmo em longo prazo — como o receio de que as vacinas sejam as responsáveis pelo aumento de

doenças autoimunes, por exemplo; a crença de que a imunidade adquirida pela infecção é melhor do que aquela gerada pela vacina; e a crença de que hábitos de vida (como alimentação saudável, por exemplo) são protetores contra doenças e preditores de saúde, dispensando assim a necessidade de prevenção.<sup>5-7</sup>

No Brasil, observam-se ainda críticas direcionadas ao calendário vacinal brasileiro, seja pela percepção de que o número de vacinas e de doses é excessivo, seja pela crença de que as vacinas são administradas em idade muito precoce.<sup>8</sup> Pode-se dizer, ainda, que as vacinas são vítimas de seu próprio sucesso e atingiram o chamado paradoxo epidemiológico: o controle das doenças imunopreveníveis criou uma sensação de segurança, de que a doença não representa mais um risco ou de que a doença que a vacina protege é leve, aumentando a percepção de que o risco dos eventos adversos das vacinas é maior do que o risco de adoecimento.<sup>3,9</sup>

Algumas vacinas, especialmente, são alvo de maiores desconfianças e críticas. É o caso da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), que foi associada ao autismo pelo artigo fraudulento publicado por Wakefield no final da década de 1990.<sup>10</sup> Vacinas introduzidas no calendário vacinal mais recentemente, como a do papilomavírus humano (HPV), também são alvo de especial desconfiança.<sup>11-13</sup>

### **Hesitação vacinal enquanto fenômeno social e específico ao contexto**

Com o estabelecimento de uma cultura da imunização no Brasil, as vacinas passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas e foram naturalizadas como elemento nuclear e “automático” do cuidado parental.<sup>14</sup> Apesar de ter sido essencial para a adesão em massa ao calendário vacinal do PNI e para as altas taxas de cobertura vacinal atingidas, a cultura de imunização também nos coloca diante de alguns desafios. O primeiro deles é o fato de que pais vacinadores não parecem se informar para decidir que os filhos devem ser vacinados: fazem-no porque é “natural”. Similarmente ao que propõe Alcock<sup>15</sup> com relação aos hábitos socialmente apreendidos, fazemos porque aprendemos que deve ser feito assim. Assim, o senso comum de que pais vacinadores são bem informados enquanto aqueles que hesitam às vacinas são desinformados é um “reducionismo interpretativo”<sup>16</sup> com impactos importantes para as políticas, os programas de imunização e suas estratégias de comunicação. Membros de páginas e grupos brasileiros em redes sociais utilizam-se de argumentos logicamente organizados para embasar suas crenças contra a vacinação.<sup>16</sup> A internet possibilita que tais argumentos, mesmo que sem teor científico, sejam compartilhados com maior agilidade, além de possibilitar a organização de pessoas em grupos de afinidade e o surgimento do sentimento de pertencimento individual e coletivo.<sup>17</sup>

O segundo desafio que se impõe é o lugar inquestionável no qual as vacinas foram colocadas. A moralização em torno dessa prática, ou seja, a atribuição do sentido do cuidado àqueles que vacinam e da negligência àqueles que hesitam torna o diálogo cada vez mais difícil, já que, quanto mais se moraliza uma verdade, mais difícil é interagir com alguém que discorde.<sup>18</sup> Assim, a vacinação tornou-se um tema sem espaço para interlocução, debate ou questionamento, gerando um “vácuo ou abismo dialógico”: os pais e mães com dúvidas ou questionamentos encontram esse diálogo com outros pais/mães não vacinadores ou com médicos de racionalidades médicas que contraindicam a vacinação.<sup>6</sup> A partir de então, o espaço de diálogo encontrado no universo da (não) vacinação abre portas para a chamada exposição seletiva:<sup>18</sup> cada vez mais essas pessoas estarão expostas a conteúdos que reforçam a hesitação vacinal, por meio de redes sociais virtuais e até mesmo dos círculos de amizades.

Diferenças ideológicas e as crenças de como o mundo deveria ser influenciam diretamente a forma como se vê o mundo e o que se acredita como fato/verdade.<sup>18</sup> Um estudo brasileiro identificou, por meio do algoritmo do Facebook, que uma página com conteúdo “antivacina” era relacionada com páginas:

- a. de médicos e profissionais da saúde em posição de autoridade científica preconizando outras formas de cuidado em saúde;
- b. de postura conservadora e com conteúdo político relacionado à valoração da família.

Assim, o algoritmo do Facebook relacionou a página “antivacina” a páginas como “Criação neurocompatível” e “Naturopatas Rc”, mas também a páginas como “Brasil sem aborto” e “Nunca houve ditadura militar no Brasil”.<sup>16</sup>

Outro exemplo da influência de questões morais em decisões factuais são as crenças relacionadas à vacina contra o HPV, já anteriormente mencionada. Tabus relacionados à sexualidade afetam sobremaneira a percepção de pais e mães, simplesmente pelo fato de a doença prevenível neste caso ser sexualmente transmissível. No Brasil, a crença de que a vacina incentiva o início precoce da vida sexual foi relatado como motivo para não vacinar,<sup>13</sup> e “minha religião não aprova a vacina do HPV” também surge como motivo primário entre alguns pais que não vacinaram.<sup>11</sup> No Brasil, encontraram-se essas crenças mesmo entre pais que vacinaram seus filhos.<sup>11</sup>

Faz-se necessário, então, olhar para o fenômeno da hesitação vacinal com lentes que permitam entendê-lo como parte de contextos sociais particulares. No segmento que compreende famílias de alta renda e escolaridade que vivem em contextos urbanos, por exemplo, esse fenômeno acompanha mudanças na esfera da família e da sociedade: a não vacinação surge como resposta à medicalização do corpo feminino e às práticas obstétricas violentas e intervencionistas. Assim, questionar as vacinas surge como um passo natural em um processo que se inicia no questionamento das práticas biomédicas hegemônicas.<sup>8</sup>

Deve-se olhar, ainda, para o que se compreende como risco, afinal, “o efeito social das definições de risco não depende de sua solidez científica”.<sup>19</sup> Assim, o que efetivamente define a opção por vacinar ou não vacinar é aquilo que se acredita ser um perigo. A ordem simbólica que envolve o dever de cuidar e proteger norteia a decisão de todos os pais e mães; o que o diferencia é a concepção de cuidado e proteção: para os vacinadores, cuidar e proteger é vacinar; para os que selecionam, cuidar e proteger é individualizar o calendário vacinal do filho de acordo com suas necessidades; e, para os que não vacinam, são as vacinas que representam um perigo do qual se devem proteger os filhos.<sup>20</sup>

Outra dimensão que deve ser considerada na discussão sobre (não) vacinação é a percepção de iniquidade, que varia a depender da posição que os indivíduos ocupam na hierarquia social.<sup>21</sup> Estudos epidemiológicos por inquérito domiciliar na cidade de São Paulo, desde os anos 2000, apontam para diminuição estatisticamente significativa da cobertura vacinal em crianças nos estratos A em comparação aos estratos E.<sup>22,23</sup> Em estudo nacional realizado nas 27 capitais do país, essa tendência foi evidenciada em nível nacional: a cobertura vacinal infantil encontrada no estrato A foi significativamente menor que a no estrato E.<sup>24</sup> Autonomia e liberdade mostram-se valores centrais para o segmento de alta renda e escolaridade, que preconiza o direito de escolha e a decisão no âmbito privado, bem como critica a intervenção do Estado em decisões supostamente individuais. Apesar disso, o classismo surge como fator estruturante dos discursos desse segmento que, por um lado, preconiza a autonomia e, por outro, reforça que essa autonomia deva ser exclusiva de alguns grupos: aqueles que frequentam determinada classe social, que moram em determinada região e que, por isso, acreditam ter discernimento para decidir sobre seus filhos.<sup>6</sup>

É importante ressaltar, porém, que a relação entre renda/escolaridade e cobertura vacinal não é unidirecional: tais variáveis podem estar positiva ou negativamente relacionadas à vacinação, ou ainda não apresentar influência sobre ela. Os determinantes da hesitação vacinal são dinâmicos e variáveis a depender do local, do período de tempo e da vacina.<sup>5</sup>

Por outro lado, aqueles indivíduos que se sentem sem poder e sem voz diante de estruturas como o próprio Estado, principalmente indivíduos excluídos socialmente, parecem ter maior tendência a crer em teorias conspiratórias.<sup>25</sup> Todavia, deve-se ponderar que muito do que hoje se considera “conspiratório” tem raízes concretas na história local recente desses territórios. Países emergentes foram repetidamente palco de testes com seres humanos, o que hoje se reflete na recusa vacinal justificada por receio de estar sendo cobaia.<sup>12,26</sup> Na América Latina, até mesmo entre profissionais de saúde, encontrou-se a crença de que se vacinar é se submeter a testes.<sup>27</sup> A relação de poder entre Norte e Sul globais, expressa em um passado de colonialidade e violência ainda vivo na memória dos países colonizados, reflete-se no rechaço às práticas que são vistas como oriundas no Norte. As vacinas, assim, são vistas por diversos grupos como estratégias para controle populacional de países emergentes, como “malevolência ocidental”, ou como forma de extinguir povos indesejáveis.<sup>28-31</sup>

A (des)confiança no governo e no sistema de saúde afeta de várias formas a decisão por (não) vacinar.<sup>32</sup> A recusa vacinal é apontada em segmentos sociais de diferentes países como forma de expressar descontentamento com os gastos públicos, pois há a percepção de que necessidades mais urgentes da população estão sendo negligenciadas enquanto o investimento governamental está voltado para as vacinas.<sup>33,34</sup> Por outro lado, na relação oposta, a adesão a posições ideológicas de governos e lideranças negacionistas, exemplificado no atual cenário brasileiro com relação à vacinação contra a COVID-19,<sup>35</sup> leva aos impactos deletérios da minimização de riscos associados às doenças imunopreveníveis e do questionamento da eficácia e segurança das vacinas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os apontamentos feitos neste manuscrito não pretendem relativizar a importância da cultura da imunização ou do pacto coletivo que a cerca, muito menos amenizar a gravidade dos impactos que decisões individuais podem causar à saúde pública. O que se pretende é instrumentalizar profissionais de saúde, especialmente os que atuam na APS — ou seja, que lidam diariamente com o acompanhamento do calendário vacinal de crianças, que atuam lado a lado com as salas de vacinação, que fazem busca ativa e que constituem a porta de entrada ao sistema de saúde. Compreender a complexidade de um fenômeno como a hesitação vacinal ajuda a combater reducionismos interpretativos e, sobretudo, dá subsídio para o aprofundamento deste debate com base em um olhar tão complexo quanto o próprio fenômeno.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

CCSAM: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. MTC: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Supervisão, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? [Internet]. 2018 [acessado em 12 mar. 2021]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
2. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saúde* 2013;22(1):9-27. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002>
3. Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Rev Saúde Pública* 2018;52:96. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>
4. World Health Organization. Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [acessado em 12 mar. 2021]. Disponível em: [https://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/sage\\_working\\_group\\_revised\\_report\\_vaccine\\_hesitancy.pdf](https://www.asset-scienceinsociety.eu/sites/default/files/sage_working_group_revised_report_vaccine_hesitancy.pdf)
5. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine* 2014;32(19):2150-9. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>
6. Barbieri CLA. Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo/SP [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
7. Brown AL, Sperandio M, Turssi CP, Leite RMA, Berton VF, Succi RM, et al. Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. *Cad Saude Publica* 2018;34(9):e00011618. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011618>
8. Barbieri CLA, Couto MT. Decision-making on childhood vaccination by highly educated parents. *Rev Saúde Pública* 2015;49:18. <https://doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005149>
9. Zorzetto R. As razões da queda na vacinação. *Pesqui FAPESP* 2018;270:18-24.
10. Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ*. 2011;342:c7452. <https://doi.org/10.1136/bmj.c7452>
11. Lobão WM, Duarte FG, Burns JD, Santos CAST, Almeida MCC, Reingold A, et al. Low coverage of HPV vaccination in the national immunization programme in Brazil: parental vaccine refusal or barriers in health-service based vaccine delivery? *PLoS One* 2018;13(11):e0206726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206726>
12. Wiyeh AB, Cooper S, Jaca A, Mavundza E, Ndwandwe D, Wiysonge CS. Social media and HPV vaccination: unsolicited public comments on a Facebook post by the Western Cape Department of Health provide insights into determinants of vaccine hesitancy in South Africa. *Vaccine* 2019;37(43):6317-23. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.09.019>
13. Zanini NV, Prado BS, Hendges RC, Santos CA, Callegari FVR, Bernuci MP. Motivos para recusa da vacina contra o Papilomavírus Humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de Maringá-PR. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2017;12(39):1-13. [https://doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1253](https://doi.org/10.5712/rbmf12(39)1253)
14. Hochman G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2011;16(2):375-86. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>
15. Alcock J. The belief engine. *Skeptical Inquirer* 1995;19(3):14-8.
16. Oliveira T, Quinan R, Toth JP. Antivacina, fosfoetanolamina e Mineral Miracle Solution (MMS): mapeamento de fake sciences ligadas à saúde no Facebook. *RECIIS* 2020;14(1):90-111. <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1988>
17. Beltrão RPL, Mouta AAN, Silva NS, Oliveira JEN, Beltrão IT, Beltrão CMF, et al. Perigo do movimento antivacina: análise epidemio-literária do movimento antivacinação no Brasil. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* 2020;12(6):e3088. <https://doi.org/10.25248/reas.e3088.2020>
18. Ringel MM, Rodriguez CG, Ditto PH. What is right is right: a three-part account of how ideology shapes factual belief. In: Rutjens BT, Brandt MJ, eds. *Belief systems and the perception of reality*. New York: Routledge; 2018. p. 9-28.
19. Beck U. *Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade*. São Paulo: Ed. 34; 2010.
20. Couto MT, Barbieri CLA. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(1):105-14. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21952013>
21. Baron D, Sheehy-Skeffington J, Kteily N. Ideology and perceptions of inequality. In: Rutjens BT, Brandt MJ, eds. *Belief systems and the perception of reality*. New York: Routledge; 2018. p. 45-62.
22. Moraes JC, Barata RCB, Ribeiro MCSA, Castro PC. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8(5):332-41.
23. Moraes JC, Ribeiro MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11(suppl 1):113-24. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500011>
24. Barata RB, Ribeiro MCSA, Moraes JC, Flannery B ; Vaccine Coverage Survey 2007 Group. Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. *J Epidemiol Community Health* 2012;66(10):934-41. <https://doi.org/10.1136/jech-2011-200341>
25. van Prooijen JW. Populism as political mentality underlying conspiracy theories. In: Rutjens BT, Brandt MJ, eds. *Belief systems and the perception of reality*. New York: Routledge; 2018. p. 79-96.
26. Démolis R, Botão C, Heyerdahl LW, Gessner BD, Cavailler P, Sinai C, et al. A rapid qualitative assessment of oral cholera vaccine anticipated acceptability in a context of resistance towards cholera intervention in Nampula, Mozambique. *Vaccine* 2018;36(44):6497-505. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.087>
27. Cerdas-Bejarano D, Guevara-Rodríguez M, Espinoza-Mora MR. Factores que afectan la vacunación contra influenza en funcionarios del Departamento de Enfermería del Hospital "Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia". *Acta Méd Costarric* 2018;60(3):115-20.

28. Heyerdahl LW, Pugliese-Garcia M, Nkwemu S, Tembo T, Mwamba C, Demolis R, et al. "It depends how one understands it:" a qualitative study on differential uptake of oral cholera vaccine in three compounds in Lusaka, Zambia. *BMC Infect Dis* 2019;19:421. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4072-6>
29. Kpanake L, Sorum PC, Mullet É. Willingness to get vaccinated against Ebola: a mapping of Guinean people positions. *Hum Vaccin Immunother* 2018;14(10):2391-6. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1480236>
30. Morhason-Bello IO, Wallis S, Adedokun BO, Adewole IF. Willingness of reproductive-aged women in a Nigerian community to accept human papillomavirus vaccination for their children. *J Obstet Gynaecol Res* 2015;41(10):1621-9. <https://doi.org/10.1111/jog.12775>
31. Turiho AK, Okello ES, Muhwezi WW, Katahoire AR. Perceptions of human papillomavirus vaccination of adolescent schoolgirls in western Uganda and their implications for acceptability of HPV vaccination: a qualitative study. *BMC Res Notes* 2017;10(1):431. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2749-8>
32. Handy LK, Maroudi S, Powell M, Nfila B, Moser C, Japa I, et al. The impact of access to immunization information on vaccine acceptance in three countries. *PLoS One* 2017;12(8):e0180759. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180759>
33. Njeru I, Ajack Y, Muitherero C, Onyango D, Musyoka J, Onuekusi I, et al. Did the call for boycott by the Catholic bishops affect the polio vaccination coverage in Kenya in 2015? A cross-sectional study. *Pan Afr Med J* 2016;24:120. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.120.8986>
34. Oku A, Oyo-Ita A, Glenton C, Fretheim A, Eteng G, Ames H, et al. Factors affecting the implementation of childhood vaccination communication strategies in Nigeria: a qualitative study. *BMC Public Health* 2017;17(1):200. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4020-6>
35. Couto MT, Barbieri CLA, Matos CCSA. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. *Saúde Soc* 2021;30(1):e200450. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>

## 4.1.2 [Artigo de revisão] Vaccine hesitancy in the Global South: towards a critical perspective on Global Health



### Global Public Health

An International Journal for Research, Policy and Practice



ISSN: (Print) (Online) Journal homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/rgph20>

## Vaccine hesitancy in the global south: Towards a critical perspective on global health

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos, Bruna Aparecida Gonçalves & Marcia Thereza Couto

To cite this article: Camila Carvalho de Souza Amorim Matos, Bruna Aparecida Gonçalves & Marcia Thereza Couto (2021): Vaccine hesitancy in the global south: Towards a critical perspective on global health, *Global Public Health*, DOI: [10.1080/17441692.2021.1912138](https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1912138)

To link to this article: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1912138>



Published online: 11 Apr 2021.



Submit your article to this journal [↗](#)



View related articles [↗](#)



View Crossmark data [↗](#)



## Vaccine hesitancy in the global south: Towards a critical perspective on global health

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos <sup>a,b</sup>, Bruna Aparecida Gonçalves <sup>a</sup> and Marcia Thereza Couto <sup>a</sup>

<sup>a</sup>Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil; <sup>b</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, Brazil

### ABSTRACT

The complex phenomenon of vaccine hesitancy has been causing increasing global concern. This systematic review aims at analysing the state of art of scientific literature concerning vaccine hesitancy in Latin America and Africa, observing if: (i) they use the same research trends as the global North; and (ii) the parameters recommended by the World Health Organization (WHO) and taken from the experience of the global North are adequate to the Global South's context. This review analyses empirical, qualitative, quantitative, or mixed-study publications, from 2015 to 2020, available at five different databases. The studies produced in the Global South bring up important context-specific issues, such as issues of access (that are not included in the WHO's definition of vaccine hesitancy), cultural and religious issues, reactions to governments, reactions to recent episodes of vaccine tests on populations, and reactions to past of colonial violence. Initiatives to understand the phenomenon based on methodological and conceptual frameworks from the global North alone can cause wrongful conclusions.

### ARTICLE HISTORY

Received 11 September 2020  
 Accepted 28 March 2021

### KEYWORDS

Vaccine hesitancy;  
 vaccination; global health;  
 Latin America; Africa

### Introduction

Since the early 2000s, various groups and populations have been raising scepticism and mistrust over vaccines across the globe, creating a climate of increasing uncertainty and insecurity (Verelst et al., 2019). In addition to this, there have been widespread campaigns opposing vaccination via the internet and social media (Arif et al., 2018). This adverse context for global health led the World Health Organization (WHO) to include the reluctance to vaccination as one of the ten threats to combat in 2019 (Pan American Health Organization, 2019).

Understanding the phenomenon from a critical perspective on global health (Biehl & Petryna, 2013) is crucial given its close connections to relations of power and authority, and socioeconomic inclusion and exclusion, in which the academia, institutions, and governments, from the global North and South, participate. A critical perspective on global health emphasises knowledge production and circulation, as well as shifts the emphasis from diseases to people and environments and from trickle-down access to equality. A central concern on this approach relates to the 'asymmetries in defining who designs and who receives global health interventions, and how this divide reproduces colonial cleavages that shaped the historical interaction between "the west and the rest"' (Montenegro et al., 2020, p. 127). It also aims at the opportunity to set a humanistic agenda that is

**CONTACT** Camila Carvalho de Souza Amorim Matos  [camilacarvalhoamorim@gmail.com](mailto:camilacarvalhoamorim@gmail.com)  Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo 05508-900, Brazil; Universidade Federal de Santa Catarina, R. Gov. Jorge Lacerda, 3201, Jardim das Avenidas, Araranguá 88906720, Brazil

able to do both: realistically confront challenges and reshape the future of global communities (Biehl & Petryna, 2013). Even though (non)vaccination and vaccine hesitancy in the global North (Fournet et al., 2018) have received significant academic attention from the academic researches, the global South's specific local context demands an individualised analysis (Guzman-Holst et al., 2020; Madhi & Rees, 2018), especially when considering health intervention policies and programs.

The expression 'vaccine hesitancy' was conceptualised in 2014 by the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Working Group on Vaccine Hesitancy, linked to the WHO. This working group arose in 2011, as a response to the urgency of the subject of vaccine non-acceptance – both in high-income countries and low-income countries – and to the need to deepen an understanding it (Schuster et al., 2015). The group prioritised conceptualising 'vaccine hesitancy' and preparing a report on its causes and determinants, even in specific contexts. As a result, vaccine hesitancy was defined as the 'delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccine services' (World Health Organization, 2014, p. 7). Issues of access are excluded from the definition, since, according to the group, 'in low uptake situations where lack of available services is the major factor, hesitancy can be present but is not the principle reason for unvaccinated and under-vaccinated members of the community' (World Health Organization, 2014, p. 7).

Based on the European experience, the WHO EURO Vaccine Communications Working Group proposed the '3 Cs' model that establishes the categories 'complacency, convenience and confidence' to be used in the preparation of reports about vaccine hesitancy. Furthermore, the Working Group developed the Vaccine Hesitancy Determinants Matrix based on the determinants identified in previous studies, the experience of WG members, and discussions with experts in the field (MacDonald & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy, 2015). It is not possible to determine whether the matrix was based on experiences encompassing characteristics from both the global South and North. However, review work at a global level as well as empirical studies carried out in the global South use such a matrix to support their research instruments or to arrange their findings (Evans et al., 2019; Guzman-Holst et al., 2020; Larson et al., 2014).

Considering the global character of the phenomenon of vaccine hesitancy, its complexity in specific social contexts, and the importance of locally relevant evidence to promote culturally appropriate, and ethically and politically informed responses under a critical perspective on global health, we present this critical systematic review. The aim is to characterise and analyse the scientific literature from countries in the global South, more specifically from Latin America and Africa, regarding vaccine hesitancy. This review analyses, in particular, whether the publications from these countries present the same research trends that characterise studies from the global North; whether these parameters and definitions, based on WHO's guidelines and global North's experience, prove themselves adequate for the Latin American and African context; and which challenges and innovations the global South's experience can add to studies about the theme.

## Methodology

This review followed most steps of the PRISMA protocol. However, this protocol is primarily focused on quantitative studies that guide clinical decisions. Therefore, the PRISMA protocol is very much based on interventions and outcomes, especially those that can be measured numerically. The review we present evaluates both quantitative and qualitative works. The vaccine hesitancy theme has a strong social and historical influence, and the approach proposed by the authors contemplates this phenomenon's social dimension. The main steps of the protocol were considered and followed in this review, such as structured summary; clear eligibility criteria; duly described sources of information; electronic search strategy and selection process of the studies presented; data collection process described; current data list; and flow chart of the selection of studies as recommended by the PRISMA protocol. However, it was not possible to follow the steps that require summary measures (relative risk, average difference); consistency measures;

individual results of studies that include risks and benefits for each intervention group; estimated effects and confidence intervals; as well as PICO (compared outcomes of interventions in certain groups).

In this review, we analysed articles published in English, Portuguese, French and Spanish, limiting the universe to studies published from 2015 onwards, given the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy only defined ‘vaccine hesitancy’ in 2014. The research was conducted across five databases: LILACS, MEDLINE, Scopus, EMBASE and Web of Science. The inclusion criteria were: (1) empirical studies (qualitative, quantitative, or mixed methods) conducted in the African continent or in Latin America regarding vaccine hesitancy; (2) studies with complete and available text. We excluded: studies encompassing countries outside Africa or Latin America; studies that are not the product of empirical research; and those that were not about vaccine hesitancy. In the latter group, some papers mentioned vaccine hesitancy or had descriptors within their references without it being the object of study; some were about other aspects of vaccines (like means of administration and immunological aspects); and some were about the development of instruments to evaluate knowledge about vaccines itself and not about hesitancy (example: knowledge about the vaccination calendar, about the disease that the vaccine prevents, or about the adverse effects of the vaccine).

The searches were conducted in May of 2020. For each database, we identified the most significant descriptors, with some variations according to each database’s resources. The descriptors were chosen based on their wide use in the relevant literature: ‘vaccine hesitancy’, ‘antivacunas’, ‘vacunas’ and ‘rechazo’/‘reticencia’, ‘vacinas’ and ‘hesitação’, ‘anti-vacina’, ‘anti-vaccin’, ‘hésitation’ and ‘vaccin’/‘vaccinale’/‘vaccination’, ‘rejet’ and ‘vaccin’, ‘réticence’ and ‘vaccin’, for instance. When country-specific filters were available in a given database, the location descriptors were not necessary. In the absence of such tool, we added a location descriptor.

We excluded duplicate articles and, subsequently, carried out a reading of the titles and abstracts from all articles returning from the searches. We then excluded those that did not fulfil the relevance criteria. The remaining articles were read in full. Following the reading, we excluded another group of articles that did not fulfil the relevance criteria defined herein – essentially those whose research focus was not vaccine hesitancy.

We organised the essential information from each article in a spreadsheet in the following categories: title, authorship, year of publication, first author’s country of affiliation, country of execution of the fieldwork, methodology (qualitative, quantitative, or mixed methods), the objective of the study, period of research, and population of study. We then added to the spreadsheet information on: points relevant to non-vaccination; reference with SAGE/OMS; relation with scientific publication from the global North and innovation with findings from its context. Then, a critical interpretive analysis of the findings was carried out.

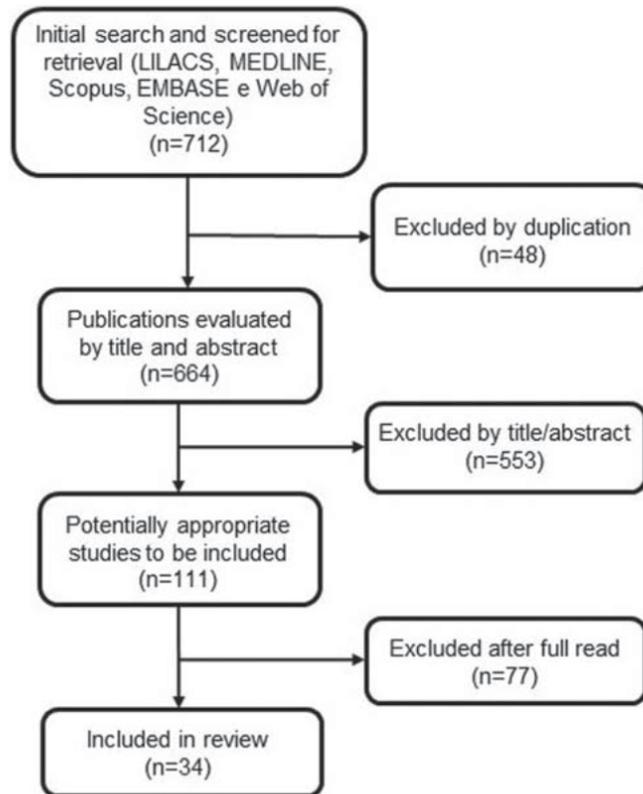
## Results

### *Characteristics of the studies*

About 34 articles made the corpus of this review, 22 out of them were studies from Africa, 10 from Latin America, and 2 covering both continents simultaneously (multi-country studies). The diagram that illustrates the selection of the articles can be found in [Figure 1](#).

Among the researches conducted in Africa, the most recurring countries of affiliation of the first authors were Nigeria ( $n = 3$ ), U.S.A. ( $n = 3$ ), Canada ( $n = 3$ ), France ( $n = 2$ ), Kenya ( $n = 2$ ), and Zimbabwe ( $n = 2$ ), while in Latin America, Brazil had the greatest contribution as the country of origin of the main author, with six publications. Just one work executed in Latin America had a main author with affiliation in the global North (the United States). The two studies covering multiple countries had the U.S. as the country of origin of the main author.

As to the country being analysed, in South Africa and Nigeria appeared more frequently (in three studies each) amongst African countries. In the publications that tackled Latin American countries,



**Figure 1.** Flow chart of selection of articles for the corpus of the review. Source: prepared by authors.

Brazil stood out, with six studies. [Figure 2](#) presents the distribution of the articles according to the continent in which the research was conducted.

Out of the 34 articles that make up this review, 15 are about specific vaccines and 19 are about vaccination in general. Among the single-vaccine studies, the HPV vaccine was the most frequent (in three Latin American and three African studies).

Continent of research	Studies (references)
<b>Africa</b>	Abakar et al., 2018; Démolis et al., 2018; Farouk et al., 2019; Gereade et al., 2017; Heyerdahl et al., 2019; Kpanake et al., 2016; Kpanake, Gbandey, et al., 2018; Kpanake, Sorum, et al., 2018; Kwedi Nolna et al., 2018; Machekanyanga et al., 2017; Morhason-Bello et al., 2015; Njeru et al., 2016; Oku et al., 2017; Otieno et al., 2020; Porth et al., 2019; Pugliese-Garcia et al., 2018; Tefera et al., 2018; Turiho et al., 2017; Verelst et al., 2019; Wallace et al., 2019; Wiyeh et al., 2019; Wong et al., 2016.
<b>Latin America</b>	Brown et al., 2018; Cerdas-Bejarano et al., 2018; Domek et al., 2018; Escobar-Díaz et al., 2017; Mendes Lobão et al., 2018; Mizuta et al., 2019; Notejane et al., 2018; Oliveira et al., 2020; Sato et al., 2020; Zanini et al., 2017.
<b>Multinational</b>	Handy et al., 2017; Wagner et al., 2019.

**Figure 2.** Distribution of the studies included in the review according to continent of research. Source: prepared by authors.

In the African continent, six studies employed a qualitative approach, 12 quantitative, and four were mixed-method studies. In Latin America, two studies were qualitative and eight quantitative. Among the multi-country studies, one employed a qualitative approach and the other quantitative.

### ***Relationship with SAGE/OMG and publications from the global North in the proposals of the studies***

Among the Latin American studies, half use the term ‘vaccine hesitancy’ whereas the other half has no mention of it. Among the multi-country ones, both use the term as defined by the WHO. As to the studies from the African continent, the majority (17/22) refer to the term.

Most works from both continents (25/34) do not have the WHO as a reference for the research instruments used, and many do not even mention the institution. Among those that mention it, the majority refers to the conception of vaccine hesitancy or to the description of vaccines uptake rates, such as those advocated by the institution. Among the few that determined their methodological or analytical path based on publications from the WHO (9/34), some use various materials for the production of their scales/research instruments (Gerede et al., 2017; Mendes Lobão et al., 2018; Otieno et al., 2020) and others organised their findings based on the *SAGE report* (Brown et al., 2018; Turiho et al., 2017).

Regarding the following research trends that characterise studies from the global North, the available studies varied. The studies whose first authors are from the global North tend to use scales and instruments validated in the global North and even when intending to adapt them to the reality of the country being studied.

The two multi-country studies have authors from the U.S.A., and both reference to the WHO for the construction of its instruments. The first one used the ‘WHO’s 10-item vaccine hesitancy’ scale (Wagner et al., 2019). Despite mentioning that the main studies about vaccine hesitancy were done in high-income countries and that the phenomenon is still unclear in low/middle-income countries, this study does not present innovations for the adaptation of the instrument for the context of these countries. The second one based its instrument on the SAGE/WHO Report, on the ‘health brief model’ and on a vaccine hesitancy scale, also from the global North (Handy et al., 2017). In both, even though including countries such as Ethiopia, Guatemala, Dominican Republic and Botswana, there is little incorporation of literature arising from the African or Latin American continent in the discussion of the findings.

Two of the analysed studies aim to validate the WHO’s scales for vaccine hesitancy investigation in low-income countries, and both of them have the U.S. researcher as first author. In one of them, scales applied in the U.S. and Canada were used to define the score to be used in Ghana. The authors of the study point out that the ‘trust’ component, defined by the WHO as a key component for vaccine confidence, did not prove to have a relationship with parents accepting/refusing to vaccinate their children. Thus, they believe that the ‘trust’-related statements were not sufficiently dichotomised or were formulated too broadly (Wallace et al., 2019). In the other study that aims to validate a scale prepared in the global North, the researchers struggled to apply it in Guatemala. They observe that, considering the country’s reality, the scale can cause confusion regarding attitudes related to compliance (Domek et al., 2018). The concept of vaccine hesitancy from the WHO that does not take into account access barriers as a reason for non-vaccination seems to find challenges on Latin American and African.

Among the studies from Latin America, there is a broad spectrum of relations with the global North’s production. Some works use references from the North when crafting their instruments and discussing the findings, as is in Sato et al. (2020) and Zanini et al. (2017) (both quantitative studies). The studies from Brazil (one qualitative and five quantitative studies) are more deeply based on publications from the global North when compared to other studies from Latin America. Despite using scales validated in the global North, some of them use references from the global South to discuss the findings and conclude that the original scale needed adjustments in order to

be effective in the Latin American context (Domek et al., 2018). Moreover, there are still studies whose instrument was prepared locally, aiming at a better suitability to the local context. However, when analysing the findings, references from the global North were still used (Mizuta et al., 2019). Finally, some articles are primarily based on a literature from the global South both in defining their methodological path and in discussing their findings, such as Escobar-Díaz et al. (2017).

Among the African studies, the large number of references to other African-based researchers stood out. As to the articles with solely global North-based authors (Kpanake et al., 2016; Kpanake, Sorum, et al., 2018) or whose first author is from the global North (Verelst et al., 2019; Wallace et al., 2019), an opposite trend was found. In that group, the discussion is overall limited to frameworks from the global North or, when executed in the global South, only researchers from the North figure as authors. Articles such as Njeru et al. (2016), Kwedi Nolna et al. (2018), Turiho et al. (2017), Machekanyanga et al. (2017), and Abakar et al. (2018), whose first authors are linked to the country where the fieldwork was done, stand out for presenting discussions based on references from the African continent itself.

In general, the epidemiological studies less innovative on local context issues are those whose instrument presents closed questions/assertions and is marked by experiences from the global North (Handy et al., 2017; Otieno et al., 2020; Wagner et al., 2019). Studies from Africa had a greater share of 'first authors' from the global North when compared to studies from Latin America. Moreover, all studies in which all the authors were from the global North, without any researcher from the country where the fieldworks were conducted, were related to Africa.

### **Results and discussion: Approaches to the global North and particularities of the global south**

Many findings from the studies included in this review are in line with results from the global North studies on vaccine hesitancy. This results from using the methodological framework of epidemiological studies based on characteristics of this phenomenon in the global North. In studies that aim to understand the causes of hesitancy, reasons like fear (of pain, injection, and side effects) appear among the most cited (Abakar et al., 2018; Brown et al., 2018; Escobar-Díaz et al., 2017; Mendes Lobão et al., 2018; Mizuta et al., 2019; Porth et al., 2019; Sato et al., 2020; Tefera et al., 2018; Zanini et al., 2017). Fear of the adverse effects is the most cited reason for refusal, even among medical students in Brazil (Mizuta et al., 2019), confirming the perception that the control of vaccine-preventable diseases made its adverse effects become more evident and be perceived as more significant than its benefits (Sato, 2018).

Other similar findings to those from the global North were:

- adverse effects in previous experiences with vaccination and the perception that the risk of illness or necessity for immunisation are low (Cerdas-Bejarano et al., 2018; Mendes Lobão et al., 2018; Njeru et al., 2016; Otieno et al., 2020; Porth et al., 2019; Pugliese-Garcia et al., 2018; Sato et al., 2020; Wallace et al., 2019; Wiyeh et al., 2019; Wong et al., 2016);
- worries regarding the safety and scepticism on the efficacy of vaccines (Abakar et al., 2018; Brown et al., 2018; Cerdas-Bejarano et al., 2018; Heyerdahl et al., 2019; Mendes Lobão et al., 2018; Njeru et al., 2016; Notejane et al., 2018; Otieno et al., 2020; Sato et al., 2020; Wiyeh et al., 2019; Wong et al., 2016);
- belief that the vaccine causes diseases (Abakar et al., 2018; Cerdas-Bejarano et al., 2018);
- worries about the number of vaccines/doses or perception that children get more vaccines than what would be appropriate (Porth et al., 2019; Wallace et al., 2019);
- and the belief that the vaccines can unbalance the immunological system (Heyerdahl et al., 2019; Otieno et al., 2020).

In the six works targeting the HPV vaccine, the results also confirm findings of the publications from the global North: the belief that girls from 9 to 13 years old are too young to receive it and that

the vaccine would anticipate their sexual activity or incentivise promiscuity (Mendes Lobão et al., 2018; Morhason-Bello et al., 2015; Wiyeh et al., 2019; Zanini et al., 2017).

The two multi-country studies are of special significance because of their comparison between countries from the global South and North regarding the same instrument/scale and present unusual results. For instance, the survey carried out in Botswana, the Dominican Republic, and Greece reveals that in the Dominican Republic, caregivers indicated that healthcare workers are their primary source of information and support for the acceptance of vaccines. In Greece, caregivers indicated the internet as their primary source of information before deciding (not) to vaccinate; they note that the information from healthcare professionals have a negative effect on the acceptance of vaccines and that paediatricians play a prominent role in encouraging parents to vaccinate or not to vaccinate (Handy et al., 2017).

Relevant findings and evidence from local contexts were noteworthy in studies from both continents. The colonial past and violence that marked the encounter of African populations with colonisers are reflected mainly in qualitative studies, pointing out to the suspicion over whatever comes from the global North. In Zambia, qualitative research reveals frequent narratives indicating fear of vaccines being a tool the 'whites' would use to assassinate locals without them even noticing it. Adverse effects from vaccines are considered a 'western malevolence' (Heyerdahl et al., 2019). Diseases like cholera and Ebola are regarded as creations of white/Western people to decimate populations from low-income countries or the product of bioterrorist experiments (Heyerdahl et al., 2019; Kpanake, Sorum, et al., 2018). Parents/caregivers in Uganda and Nigeria associate the HPV vaccine with a strategy from the global North to sterilise girls from those countries (Morhason-Bello et al., 2015; Turiho et al., 2017).

Findings from African studies include the perception that the population is used as objects to perform tests develop on vaccines. In Western Cape, in South Africa, reactions to a post from the Department of Health announcing vaccination against HPV reveal a theory that teenage girls – the target group – are being used for testing (Wiyeh et al., 2019). In Mozambique, refusal of vaccines reflects the reluctance to be treated as 'guinea pigs' (Démolis et al., 2018). The tests conducted in low-income countries are part of the history of the continents in question. In Nigeria's recent history, tests carried out by Pfizer during an outbreak of meningitis in 1996 still have reflections on now reflecting the suspicion over Western health measures and ultimately led to a boycott against the polio vaccine (Jegade, 2007). Despite being more widespread in the African continent, a belief that vaccines are tests was also found in Costa Rica but, in that case, among health professionals, which is critical (Cerdas-Bejarano et al., 2018). According to Moulin (2007), the way clinical trials for vaccines are conducted in global South countries creates mistrust over initiatives from the North.

Alongside the mistrust over Western health measures, in Zambia and South Africa, the use of traditional and natural medicines arose as a justification for vaccine hesitancy (Pugliese-Garcia et al., 2018; Wong et al., 2016). Two Brazilian studies also draw attention to this topic. In Brown et al. (2018), parents and caregivers' justified not vaccinating based on 'other beliefs/traditional medicine'. In Oliveira et al. (2020), which analysed online pages of 'anti-scientific' theories, the Facebook algorithm linked an anti-vaccine page to pages promoting alternative treatments and natural medicines.

Religious beliefs arise as a relevant dimension in vaccine hesitancy in studies from both continents, particularly in the African continent. In countries like Zambia, Nigeria, and Chad, religion is a propelling factor for hesitancy (Abakar et al., 2018; Farouk et al., 2019; Pugliese-Garcia et al., 2018). In Brazil, doctors and medical students also refer to religious issues as one of the vaccine hesitancy causes (Mizuta et al., 2019). Such influence happens in different ways. In South Africa, the affirmation 'I believe in God and prayer' is one of the most mentioned causes for non-vaccination among caregivers with lower education levels (Wong et al., 2016).

In countries like Nigeria, Kenya, and Zimbabwe, leaders of different religions (Christian and Muslim) organised vaccine boycott campaigns. In Zimbabwe and Guatemala, the involvement of

religious leaders is indicated by the population as a factor that can change the perception/decision about (not) vaccinating (Domek et al., 2018; Gerede et al., 2017; Machekanyanga et al., 2017). In Zimbabwe, boycotts orchestrated by leaders of Zimbabwe's Apostolic Church were considered responsible for measles outbreaks in 2009–2010. This latter study shows that the fear of being seen vaccinating children and suffering retaliation from their religious leaders influences parents/caregivers not to vaccinate children (Machekanyanga et al., 2017). One study in Kenya reveals that the boycott had a negative impact on vaccine acceptance, doubling the proportion of parents who refused to vaccinate their children. Despite this, the proportion of parents who reported denial still could have been considered low when compared to what came out of boycotts in other countries, where vaccination dropped substantially (Njeru et al., 2016).

In works from the African continent, the opinion and attitude of neighbours, the community and family are essential factors in the decision to vaccinate or not (Kpanake et al., 2016; Kpanake, Gbandey, et al., 2018; Kpanake, Sorum, et al., 2018). Therefore, collective aspects that influence the individual decision should be considered, as well as the involvement of community leaders in vaccine campaigns is desirable (Kpanake et al., 2016).

Many studies conclude that lack of information is a key-factor. In many of them, 'not having information' arises as the main or one of the main reasons for not getting vaccinated (Abakar et al., 2018; Démolis et al., 2018; Heyerdahl et al., 2019; Morhason-Bello et al., 2015; Notejane et al., 2018; Otieno et al., 2020; Wong et al., 2016; Zanini et al., 2017). This outcome contrasts with findings on the global North publications since disinformation did not emerge as a relevant reason there (Larson et al., 2014). Concomitant to that, the desire to receive more information about vaccines, their benefits and adverse effects is also mentioned (Abakar et al., 2018; Gerede et al., 2017; Handy et al., 2017; Morhason-Bello et al., 2015). Accounts that the doctor/nurse gave no instructions about vaccines (Morhason-Bello et al., 2015) and that vaccinators fail to properly explain vaccination campaigns when arriving at communities, simply 'put(ing) things in the children's mouths' (Abakar et al., 2018) were also identified as reasons for vaccine hesitancy.

Studies that evaluated socioeconomic characteristics did not show a direct connection with (non) vaccination. In one of the multi-country studies, schooling was not associated with vaccine hesitancy in any of the five countries involved (Wagner et al., 2019). In Nigeria, higher levels of schooling are associated with a more significant practice of immunisation (Farouk et al., 2019). In Ethiopia (Tefera et al., 2018) and South Africa (Wong et al., 2016), vaccine hesitancy was associated with better family income, higher educational levels, and land ownership.

As previously mentioned, issues of access arose as pivotal in studies from the global South, even causing some confusion with the compliance attitudes established by the SAGE/WHO (Domek et al., 2018). Access is limited in several countries by different factors: by vaccine shortages, lack of professionals, or closed healthcare facilities (Kwedi Nolna et al., 2018; Porth et al., 2019; Sato et al., 2020; Wiyeh et al., 2019); by professional intimidation or the idea that professionals are poorly trained (Abakar et al., 2018; Porth et al., 2019); by the difficulty to access health services (time, distance, and cost) (Domek et al., 2018; Escobar-Díaz et al., 2017; Porth et al., 2019; Sato et al., 2020; Zanini et al., 2017); by the fact that the mother/caregiver is busy at the time that the vaccination is available (Porth et al., 2019; Tefera et al., 2018); or by issues specific to the local context like armed conflict, social instability, or meteorological conditions that make access impossible in certain seasons of the year (Escobar-Díaz et al., 2017).

The cost and economic issues also represented an important factor in (not) vaccinating in countries where the immunisation program is not universal and free (Escobar-Díaz et al., 2017; Kpanake et al., 2016; Kpanake, Gbandey, et al., 2018; Kpanake, Sorum, et al., 2018; Kwedi Nolna et al., 2018; Morhason-Bello et al., 2015). In Cameroon, lack of money was the main reason for non-vaccination or incomplete vaccination (Kwedi Nolna et al., 2018). In Nigeria, the item 'cost/expense' was the most mentioned concern regarding introducing the HPV vaccine (Morhason-Bello et al., 2015). In Colombia, even though unemployment causes the loss of healthcare coverage, vaccination services are maintained, regardless of employment status. Because many individuals do

not know this, unemployed parents sometimes stop vaccinating their children (Escobar-Díaz et al., 2017).

In most African and Latin American countries, vaccines are provided as part of other health services, so sometimes hesitation has more to do with the overall health system. One of the multi-country studies revealed that confidence in the government and the healthcare system influenced vaccine acceptance differently in each country (Handy et al., 2017). Lack of confidence in government, in the healthcare system, or the immunisation program also stood from the works evaluated in this review, especially in the African continent (Abakar et al., 2018; Démolis et al., 2018; Njeru et al., 2016; Oku et al., 2017; Turiho et al., 2017; Wiyeh et al., 2019). In Kenya and Nigeria, vaccine refusal shows itself as a form of expressing discontent with government expenses on vaccine campaigns. The notion that governments neglect more compelling needs and prioritise spending money on vaccines is responsible for the perception that public funds invested in vaccines are less of a need (Njeru et al., 2016; Oku et al., 2017). Mistrust over the government also results in the belief that the HPV vaccine is a governmental hoax for birth control in Uganda (Turiho et al., 2017).

A curious fact regarding mistrust involves mass vaccination campaigns. The study conducted in Nigeria shows that while attendance in the regular immunisation calendar can be considered high, broad campaigns cause distrust, related to a perception of a probable unrevealed governmental intention behind the campaign (Oku et al., 2017). In Cameroon, there is evidence that the introduction of mass vaccination campaigns had a negative impact on routine vaccination because parents now believe that massive campaigns are substitutes for the regular calendar (Mounier-Jack et al., 2016).

### Final considerations

Vaccines and vaccine hesitancy are the subject of discussion in an increasingly global environment, with international organisations acting to raise awareness of the problem and coordinate research efforts and the formulation and evaluation of control measures. Simultaneously, vaccines and combatting global health threats resulting from vaccine hesitancy belong to a 'level of governance', characterised by civil society participation and a dialogue between science and politics (Moulin, 2007).

The critical systematic review executed here demonstrates the complexity of vaccine hesitancy and the challenges that this presents to global health. Persisting to rely solely on frameworks and instruments conceived and applied in the global North when analysing the global South's context can lead to wrongful conclusions or, at the very least, conclusions unfit to regional, ethnic, or cultural particularities of the global South. Aspects such as differences in beliefs and behaviour cannot simply be set aside, but constitute necessary pieces of evidence for accurately conducting public health research. Researchers must pay attention to the fact that the production of supposedly uniform, comprehensive, and replicable knowledge, will repeat historical failures in public health (Adams et al., 2014).

The set of studies analysed in this review show the importance of (i) a qualitative approach based on social sciences' tools, and (ii) local level analyses in order to identify critical local elements and properly define priorities for each context. As Biehl and Petryna (2013) indicate, the terms and structure of local studies can limit and determine 'what' to do and 'how' to do it, in order to impact the 'place' in an ethical and politically-engaged way.

The ability to fight vaccine hesitancy as a widespread problem throughout the globe demands an understanding of the efforts to craft critical perspective on global health as belonging to a biopolitical field (Ortega & Behague, 2020). Top-down approaches and initiatives, with calls to generalise (*scaling up*) and replicate interventions, should be revised. When it comes to the phenomenon of vaccine hesitancy, *one-size-fits-all* interventions, which assume global applicability, need to give room to locally relevant evidence. After all, communities and social groups' perspectives on interventions in global healthcare matters do not come from nowhere but are, in fact, responses to

previous healthcare practices and policies. Historically, those are deeply rooted in the oldest forms of inequality produced by the colonial or world system (Adams et al., 2014).

### Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

### ORCID

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos  <http://orcid.org/0000-0002-8395-4875>

Bruna Aparecida Gonçalves  <http://orcid.org/0000-0003-3578-3132>

Marcia Thereza Couto  <http://orcid.org/0000-0001-5233-4190>

### References

- Abakar, M. F., Seli, D., Lechthaler, F., Schelling, E., Tran, N., Zinsstag, J., & Muñoz, D. C. (2018). Vaccine hesitancy among mobile pastoralists in Chad: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 17(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0873-2>
- Adams, V., Burke, N. J., & Whitmarsh, I. (2014). Slow research: Thoughts for a movement in global health. *Medical Anthropology*, 33(3), 179–197. <https://doi.org/10.1080/01459740.2013.858335>
- Arif, N., Al-Jefri, M., Bizzi, I. H., Perano, G. B., Goldman, M., Haq, I., Chua, K. L., Mengozzi, M., Neunez, M., Smith, H., & Ghezzi, P. (2018). Fake news or weak science? Visibility and characterization of antivaccine webpages returned by google in different languages and countries. *Frontiers in Immunology*, 9, 1215. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.01215>
- Biehl, J., & Petryna, A. (2013). *When people come first: Critical studies in global health*. Princeton University Press.
- Brown, A. L., Sperandio, M., Turssi, C. P., Leite, R., Berton, V. F., Succi, R. M., Larson, H., & Napimoga, M. H. (2018). Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(9), e00011618. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00011618>
- Cerdas-Bejarano, D., Guevara-Rodríguez, M., & Espinoza-Mora, M. D. R. (2018). Factores que afectan la vacunación contra influenza en funcionarios del departamento de enfermería del hospital “Dr. Rafael Ángel calderón guardia”. *Acta Médica Costarricense*, 60(3), 115–120. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022018000300115&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022018000300115&lng=en&nrm=iso)
- Démolis, R., Botão, C., Heyerdahl, L. W., Gessner, B. D., Cavailler, P., Sinai, C., Magaço, A., Le Gargasson, J.-B., Mengel, M., & Guillermet, E. (2018). A rapid qualitative assessment of oral cholera vaccine anticipated acceptability in a context of resistance towards cholera intervention in Nampula, Mozambique. *Vaccine*, 36(44), 6497–6505. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.087>
- Domek, G. J., O’Leary, S. T., Bull, S., Bronsert, M., Contreras-Roldan, I. L., Bolaños Ventura, G. A., Kempe, A., & Asturias, E. J. (2018). Measuring vaccine hesitancy: Field testing the WHO SAGE Working Group on vaccine hesitancy survey tool in Guatemala. *Vaccine*, 36(35), 5273–5281. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.046>
- Escobar-Díaz, F., Bibiana Osorio-Merchán, M., & De la Hoz-Restrepo, F. (2017). Motivos de no vacunación en menores de cinco años en cuatro ciudades colombianas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e123. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.123>
- Evans, D. R., Yemeke, T. T., Kiracho, E. E., Mutebi, A., Apolot, R. R., Ssebagereka, A., & Ozawa, S. (2019). Trust in vaccines and medicines in Uganda. *Vaccine*, 37(40), 6008–6015. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.07.022>
- Farouk, Z. L., Slusher, T. M., Danzomo, A. A., & Slusher, I. L. (2019). Factors influencing neonatal practice in a rural community in kano (northern), Nigeria. *Journal of Tropical Pediatrics*, 65(6), 569–575. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmz012>
- Fournet, N., Mollema, L., Ruijs, W. L., Harmsen, I. A., Keck, F., Durand, J. Y., Cunha, M. P., Wamsiedel, M., Reis, R., French, J., Smit, E. G., Kitching, A., & van Steenberg, J. E. (2018). Under-vaccinated groups in Europe and their beliefs, attitudes and reasons for non-vaccination; two systematic reviews. *BMC Public Health*, 18(1), 196. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5103-8>
- Gerede, R., Machekanyanga, Z., Ndiaye, S., Chindedza, K., Chigodo, C., Shibeshi, M. E., Goodson, J., Daniel, F., & Kaiser, R. (2017). How to increase vaccination acceptance among apostolic communities: Quantitative results from an assessment in three provinces in Zimbabwe. *Journal of Religion and Health*, 56(5), 1692–1700. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0435-8>
- Guzman-Holst, A., DeAntonio, R., Prado-Cohrs, D., & Juliao, P. (2020). Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine*, 38(3), 470–481. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.10.088>
- Handy, L. K., Maroudi, S., Powell, M., Nfila, B., Moser, C., Japa, I., Monyatsi, N., Tzortzi, E., Kouzeli, I., Luberti, A., Theodoridou, M., Offit, P., Steenhoff, A., Shea, J. A., & Feemster, K. A. (2017). The impact of access to

- immunization information on vaccine acceptance in three countries. *PLoS One*, 12(8), e0180759. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180759>
- Heyerdahl, L. W., Pugliese-Garcia, M., Nkwemu, S., Tembo, T., Mwamba, C., Demolis, R., Chilengi, R., Gessner, B. D., Guillermet, E., & Sharma, A. (2019). "It depends how one understands it:" A qualitative study on differential uptake of oral cholera vaccine in three compounds in Lusaka, Zambia. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 421. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4072-6>
- Jegede, A. S. (2007). What led to the Nigerian boycott of the polio vaccination campaign? *PLOS Medicine*, 4(3), e73. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040073>
- Kpanake, L., Gbandey, S., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2018). Acceptability of vaccination against HIV: A mapping of Togolese people's positions. *Journal of Health Psychology*, 23(6), 800–806. <https://doi.org/10.1177/1359105316639440>
- Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2016). The potential acceptability of infant vaccination against malaria: A mapping of parental positions in Togo. *Vaccine*, 34(4), 408–412. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.12.008>
- Kpanake, L., Sorum, P. C., & Mullet, E. (2018). Willingness to get vaccinated against ebola: A mapping of Guinean people positions. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(10), 2391–2396. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1480236>
- Kwedi Nolna, S., Bonono, C.-R., Nsangou Moncher, M., Bindé, T., Nolna, D., & Ongolo Zogo, P. (2018). Factors influencing the performance of routine immunization in urban areas: A comparative case study of two cities in Cameroon: Douala and Yaoundé. *Vaccine*, 36(49), 7549–7555. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.10.048>
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, 32(19), 2150–2159. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>
- MacDonald, N. E., & SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Machekanyanga, Z., Ndiaye, S., Gerebe, R., Chindedza, K., Chigodo, C., Shibeshi, M. E., Goodson, J., Daniel, F., Zimmerman, L., & Kaiser, R. (2017). Qualitative assessment of vaccination hesitancy among members of the Apostolic Church of Zimbabwe: A case study. *Journal of Religion and Health*, 56(5), 1683–1691. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0428-7>
- Madhi, S. A., & Rees, H. (2018). Special focus on challenges and opportunities for the development and use of vaccines in Africa. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(10), 2335–2339. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1522921>
- Mendes Lobão, W., Duarte, F. G., Burns, J. D., de Souza Teles Santos, C. A., Chagas de Almeida, M. C., Reingold, A., & Duarte Moreira, E. J. (2018). Low coverage of HPV vaccination in the national immunization programme in Brazil: Parental vaccine refusal or barriers in health-service based vaccine delivery? *PLoS One*, 13(11), e0206726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206726>
- Mizuta, A. H., Succi, G. D. M., Montalli, V. A. M., & Succi, R. C. D. M. (2019). Percepções acerca da importância das vacinas e da recusa vacinal numa escola de medicina. *Revista Paulista de Pediatria*, 37(1), 34–40. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;1;00008>
- Montenegro, C. R., Bernales, M., & Gonzalez-Aguero, M. (2020). Teaching global health from the south: Challenges and proposals. *Critical Public Health*, 30(2), 127–129. <https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1730570>
- Morhason-Bello, I. O., Wallis, S., Adedokun, B. O., & Adewole, I. F. (2015). Willingness of reproductive-aged women in a Nigerian community to accept human papillomavirus vaccination for their children. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 41(10), 1621–1629. <https://doi.org/10.1111/jog.12775>
- Moulin, A. M. (2007). Les vaccins, l'état moderne et les sociétés. *Medical Science*, 23(4), 428–434. <https://doi.org/10.1051/medsci/2007234428>
- Mounier-Jack, S., Edengue, J. M., Lagarde, M., Baonga, S. F., & Ongolo-Zogo, P. (2016). One year of campaigns in Cameroon: Effects on routine health services. *Health Policy and Planning*, 31(9), 1225–1231. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw054>
- Njeru, I., Ajack, Y., Muitherero, C., Onyango, D., Musyoka, J., Onuekusi, I., Kioko, J., Muraguri, N., & Davis, R. (2016). Did the call for boycott by the catholic bishops affect the polio vaccination coverage in Kenya in 2015? A cross-sectional study. *The Pan African Medical Journal*, 24, 120. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.120.8986>
- Notejane, M., Zunino, C., Aguirre, D., Méndez, P., García, L., & Pérez, W. (2018). Estado vacunal y motivos de no vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes admitidas en el Hospital pediátrico del centro Hospitalario pereira rossell. *Revista Médica del Uruguay*, 34, 10–28. <https://doi.org/10.29193/rmu.34.2.1>
- Oku, A., Oyo-Ita, A., Glenton, C., Fretheim, A., Eteng, G., Ames, H., Muloliwa, A., Kaufman, J., Hill, S., Cliff, J., Cartier, Y., Bosch-Capblanch, X., Rada, G., & Lewin, S. (2017). Factors affecting the implementation of childhood vaccination communication strategies in Nigeria: A qualitative study. *BMC Public Health*, 17(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4020-6>

- Oliveira, T., Quinan, R., & Toth, J. P. (2020). Antivacina, fosfoetanolamina e mineral miracle solution (MMS): Mapeamento de fake sciences ligadas à saúde no facebook. *Reciis - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação Em Saúde*, 14(1), 90–111. <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1988>
- Ortega, F., & Behague, D. P. (2020). O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da covid-19: Lições do brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 30(2), e300205. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300205>
- Otieno, N. A., Otiato, F., Nyawanda, B., Adero, M., Wairimu, W. N., Ouma, D., Atito, R., Wilson, A., Gonzalez-Casanova, I., Malik, F. A., Widdowson, M.-A., Omer, S. B., Chaves, S. S., & Verani, J. R. (2020). Drivers and barriers of vaccine acceptance among pregnant women in Kenya. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 1–9. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1723364>
- Pan American Health Organization. (2019). *Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019*. [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combaterem-2019&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5848:dez-ameacas-a-saude-que-a-oms-combaterem-2019&Itemid=875).
- Porth, J. M., Wagner, A. L., Teklie, H., Abeje, Y., Moges, B., & Boulton, M. L. (2019). Vaccine non-receipt and refusal in Ethiopia: The expanded program on immunization coverage survey, 2012. *Vaccine*, 37(15), 2106–2121. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.02.045>
- Pugliese-Garcia, M., Heyerdahl, L. W., Mwamba, C., Nkwemu, S., Chilengi, R., Demolis, R., Guillermet, E., & Sharma, A. (2018). Factors influencing vaccine acceptance and hesitancy in three informal settlements in Lusaka, Zambia. *Vaccine*, 36(37), 5617–5624. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.07.042>
- Sato, A. P. S. (2018). What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Revista de Saúde Pública*, 52, 96. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>
- Sato, A. P. S., Antunes, J. L. F., Lima-Costa, M. F. F., & Bof de Andrade, F. (2020). Influenza vaccine uptake among older adults in Brazil: Socioeconomic equality and the role of preventive policies and public services. *Journal of Infection and Public Health*, 13(2), 211–215. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2019.07.022>
- Schuster, M., Eskola, J., & Duclos, P. (2015). Review of vaccine hesitancy: Rationale, remit and methods. *Vaccine*, 33(34), 4157–4160. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.035>
- Tefera, Y. A., Wagner, A. L., Mekonen, E. B., Carlson, B. F., & Boulton, M. L. (2018). Predictors and barriers to full vaccination among children in Ethiopia. *Vaccines*, 6(2), 22. <https://doi.org/10.3390/vaccines6020022>
- Turiho, A. K., Okello, E. S., Muhwezi, W. W., & Katahoire, A. R. (2017). Perceptions of human papillomavirus vaccination of adolescent schoolgirls in western Uganda and their implications for acceptability of HPV vaccination: A qualitative study. *BMC Research Notes*, 10(1), 431. <https://doi.org/10.1186/s13104-017-2749-8>
- Verelst, F., Kessels, R., Delva, W., Beutels, P., & Willem, L. (2019). Drivers of vaccine decision-making in South Africa: A discrete choice experiment. *Vaccine*, 37(15), 2079–2089. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.02.056>
- Wagner, A. L., Masters, N. B., Domek, G. J., Mathew, J. L., Sun, X., Asturias, E. J., Ren, J., Huang, Z., Contreras-Roldan, I. L., Gebremeskel, B., & Boulton, M. L. (2019). Comparisons of vaccine hesitancy across five low- and middle-income countries. *Vaccines*, 7(4), 155. <https://doi.org/10.3390/vaccines7040155>
- Wallace, A. S., Wannemuehler, K., Bonsu, G., Wardle, M., Nyaku, M., Amponsah-Achiano, K., Dadzie, J. F., Sarpong, F. O., Orenstein, W. A., Rosenberg, E. S., & Omer, S. B. (2019). Development of a valid and reliable scale to assess parents' beliefs and attitudes about childhood vaccines and their association with vaccination uptake and delay in Ghana. *Vaccine*, 37(6), 848–856. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.12.055>
- Wiyeh, A. B., Cooper, S., Jaca, A., Mavundza, E., Ndwandwe, D., & Wiysonge, C. S. (2019). Social media and HPV vaccination: Unsolicited public comments on a Facebook post by the Western Cape Department of Health provide insights into determinants of vaccine hesitancy in South Africa. *Vaccine*, 37(43), 6317–6323. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.09.019>
- Wong, K. K., Cohen, A. L., Norris, S. A., Martinson, N. A., von Mollendorf, C., Tempia, S., Walaza, S., Madhi, S. A., McMorrow, M. L., Variava, E., Motlhaleng, K. M., & Cohen, C. (2016). Knowledge, attitudes, and practices about influenza illness and vaccination: A cross-sectional survey in two South African communities. *Influenza and Other Respiratory Viruses*, 10(5), 421–428. <https://doi.org/10.1111/irv.12388>
- World Health Organization. (2014). *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*. [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf).
- Zanini, N. V., Prado, B. S., Hendges, R. D. C., dos Santos, C. A., Callegari, F. V. R., & Bernuci, M. P. (2017). Motivos para recusa da vacina contra o papilomavírus humano entre adolescentes de 11 a 14 anos no município de maringá-PR. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 12(39), 1–13. [https://doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1253](https://doi.org/10.5712/rbmf12(39)1253)

## 4.1.3 [Comentário] COVID-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil

Rev Saude Publica. 2020;54:114

Comment

RSP

Revista de  
Saúde Pública<http://www.rsp.fsp.usp.br/>

## Covid-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos<sup>I</sup> , Carolina Luísa Alves Barbieri<sup>II</sup> , Marcia Thereza Couto<sup>I</sup> <sup>I</sup> Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil<sup>II</sup> Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Ciências da Saúde. Araranguá, SC, Brasil<sup>III</sup> Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil

### ABSTRACT

Due to social distancing guidelines and the displacement of both human and material resources to fight the covid-19 pandemic, individuals seeking healthcare services face certain challenges. Immunization programs have already been a worrisome topic for health authorities due to declines in vaccine uptake rates and are now especially affected by the covid-19 pandemic. Disbelief in science, dissemination of fake news about vaccines, socioeconomic vulnerability and social inequality are some of the challenges faced. This commentary article discusses the impacts of the covid-19 pandemic on immunization programs in Brazil. In light of advances (and notability) of Brazil's national immunization program, established in the 1970s, the programs face challenges, such as the recent drop in vaccine uptake rates. In addition to this health crisis, there is also Brazil's current political crisis, which will undoubtedly require assistance from researchers, policymakers and society to be fixed.

**DESCRIPTORS:** Coronavirus Infections. Immunization. Immunization Programs. Unified Health System. Health Care Systems.

**Correspondence:**

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Av. Governador Jorge Lacerda, 3201  
88906-072 Araranguá, SC, Brasil  
E-mail: camilacarvalhoamorim@gmail.com

**Received:** Aug 11, 2020**Approved:** Sep 30, 2020

**How to cite:** Matos CCSA, Barbieri CLA, Couto MT. Covid-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil. Rev Saude Publica. 2020;54:114.

**Copyright:** This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.



## INTRODUCTION

Covid-19, a disease caused by the novel coronavirus named SARS-CoV-2, has spurred discussions on how health systems are organized around the globe<sup>1</sup>. The current epidemiological scenario has revealed unexpected weaknesses in the health care response to this crisis, as in the case of the English National Health Service (NHS)<sup>2</sup>. In contrast, some countries with fragile health systems have shown rapid responses to the epidemic, as a result of lessons learned from previous health crises<sup>3</sup>.

Many factors have contributed to the success (or lack thereof) of each country in facing the pandemic so far. Some of those factors include the seriousness with which the government has faced the situation; the intensity and timing of social distancing; the assistance capacity in tertiary care level (especially ICU); the testing capacity to a greater or lesser extent, among others<sup>4</sup>. Countries with universal health systems tend to show better responses to the crisis<sup>4,5</sup>.

Humanitarian and economic repercussions of the pandemic are expected to weaken immunization programs around the world<sup>6</sup>. Governmental and international health agency officials worry about these immunization programs due to the growing phenomenon of vaccine hesitancy<sup>7</sup>.

As researchers reflecting upon Brazil's healthcare system and immunization programs, we asked 'What can we learn from other countries in this current scenario?'

The interdependence of vaccine production and distribution processes among countries is a matter of global concern. An intercontinental vaccine 'traffic' crisis caused by an external factor of high magnitude, such as the covid-19 pandemic, can lead to a shortage of vaccines<sup>8</sup>. Can the large-scale production of a future vaccine, promoted by the WHO as necessary for global public welfare, lead to a scarcity in the production of other vaccines since production is focused on a few countries?

The pre-pandemic moment was one characterized by serious health incidents from an epidemiological point of view: measles outbreaks were observed in several continents, with major epidemic outbreaks all over the world. In September 2019, the WHO recorded more than 400,000 reported cases of measles, the highest incidence since 2006<sup>9</sup>. The arrival of the new coronavirus drew attention away from the measles outbreaks and has the potential to compromise programs against other pre-existing diseases and epidemics, such as tuberculosis and malaria. The same happened during the Ebola epidemic<sup>10</sup>. The Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE/WHO) advised that all mass vaccination campaigns in the world should be suspended during the pandemic. Additionally, regular vaccinations against diseases such as measles have been suspended in several countries where resources are being devoted to fight covid-19<sup>6,9</sup>.

The conditions that encourage the proliferation of covid-19 also increase the spread of other infectious diseases, some of which are vaccine-preventable. In other words, factors such as population density, organization of urban space, and poor sanitary conditions<sup>11</sup> directly influence both immunization actions and measures to contain the pandemic.

## Reflections from Brazil

Brazil is known for its epidemiological and political specificities, which involve different challenges, (re) actions and strategies when facing vaccine-preventable diseases over time. In the past, Brazil hosted the "vaccine revolt" in 1904, an episode that involved political and ideological disputes. This insurgency was a popular response against authoritarian measures of compulsory smallpox vaccination in the city of Rio de Janeiro<sup>12</sup>. The systematic public actions of immunization in Brazil took shape with the smallpox vaccination campaigns, stimulated by the WHO, at the end of the 1960s. In this political and historical period of military dictatorship, economic advances called the "Brazilian Economic Miracle" did not reduce social inequality, and vaccine campaigns coexisted with the increase in infant mortality<sup>13</sup>. However, the vaccination of famous people and actions in public spaces,

disseminated by the mass media, constituted the foundation for the progressive construction of a “culture of immunization.” The popularization of vaccination actions increased demand for such vaccines, and the search for new vaccines strengthened the credibility of national immunization actions. Vaccinations were transformed into a social routine without the use of coercive tactics<sup>12</sup>.

Thus, the *Programa Nacional de Imunizações* (PNI – National Immunization Program), created in 1973 and institutionalized in 1975, strengthened the Brazilian State’s regulation and coordination of vaccination actions at national level. Since then, the PNI has offered free and universal vaccines and established the National Vaccination Calendar, considered one of the most extensive in the world<sup>14,15</sup>. The PNI has achieved sustainability over time by investing in vaccine production and by gaining financial autonomy with public funding, which is guaranteed by law<sup>14,16</sup>. The progressive increase in vaccine uptake rates over four decades has consolidated PNI as a state policy (not a governmental policy) and has promoted health equity. The PNI is also recognized nationally and internationally<sup>15</sup>.

The Brazilian Unified Health System (SUS), instituted in the political period of re-democratization and promulgation of the 1988 Brazilian Constitution, was guided by the principle that health is a universal right and duty of the State<sup>17</sup>. The expansion of Brazil’s Family Health Strategy (FHS) improved the interdependence between primary care units and its immunization program. The FHS was instituted in 1994 as a health care model that guides Brazilian Primary Health Care (PHC), based on multidisciplinary teams, with several health professions. FHS is in accordance with the principles of SUS (universalization, equity and integrality)<sup>18</sup>. Since the emergence of SUS (1988) and the establishment of the FHS, the PNI has been gradually decentralized. It is now present in all the 5,570 Brazilian cities, even the most remote ones<sup>17</sup>.

Despite advances and international recognition, PNI has faced challenges, such as the recent drop in vaccine uptake rates and their considerable differences between regions<sup>19</sup>. The decrease in vaccine uptake rates in Brazil is multifactorial. Some of those factors include the complexity of the PNI; occasional shortages of some vaccines; schedule restrictions of vaccine rooms; the under-financing of SUS; and the dismantling of primary health care<sup>16,17</sup>. Broader social dimensions also come into play and are found in other countries, such as the increase in vaccine hesitancy and the public’s distrust in vaccines, as well as dissemination of content that discourages vaccination, including fake news about the subject<sup>20</sup>. The immediate consequence of the drop in vaccine uptake rates is the return of measles in 2018, which had been eliminated from the country two years prior<sup>21</sup>.

Currently, measures against the spread of covid-19 consist mainly of hygienic actions and social distancing<sup>22</sup>. Recommendations for people to stay home, added to the diversion of human and material resources to fight covid-19, can negatively influence preventive or routine health actions. In the United States of America, vaccination data show a decline in measles-containing vaccines beginning one week after the national covid-19 emergency declaration<sup>23</sup>. In Pakistan, there was a huge decline in the daily average total number of vaccinations administered during lockdown<sup>24</sup>.

Little is known so far about the impact of the covid-19 pandemic on immunization programs and vaccine uptake rates. In May 2020, several Brazilian states enacted restrictions due to the pandemic, from trade closure to lockdown. In the same month, data compiled until May 23 indicated that the country registered 3,629 confirmed cases and four deaths from measles<sup>25</sup>. According to the WHO, by September 2020, Brazil occupied the first place at the Top 10 list of Measles Incidence Rate per Million. The country registered 24,956 cases of measles and an incidence rate of 117.5 from August 2019 to July 2020<sup>26</sup>.

There was a reduction in the demand for vaccine rooms during the pandemic in Brazil, even though the service continues to be offered universally and free of charge within the PHC system<sup>27</sup>. In contrast, some publications report experiences of the Brazilian PHC

successfully meeting essential demands, such as immunizations, even with the PHC units being the gateway to suspected cases of covid-19<sup>1,5</sup>. The PHC Units, which are decentralized and based on geographical territories, intend to get closer to the community, reducing the distance to the health service. Based on an enrolled population, the organization allowed family health teams to assist their patients using other tools, such as telephone and video calls<sup>28</sup>. Additionally, the entry of the units was readjusted to separate suspected cases of covid-19 from patients with different demands, such as vaccination<sup>5</sup>.

The lack of national coordination by the government and the bad example set by the Brazilian President Jair Bolsonaro in responding to covid-19<sup>29,30</sup> reveal the conflictual positions between the federal government and governors from the 27 states of the country. Scientific denial results in minimizing the health dangers of covid-19 and discourages social distancing measures<sup>31</sup>. Additionally, the investment in drugs without evidence of effectiveness for the treatment of covid-19 and the concealment of epidemiological information about the pandemic only accentuate the country's weakness in controlling the coronavirus.

These aspects also contribute to the public discrediting and forgoing health actions and inaction in accessing health services in general. The more ineffective the treatments and the longer the fight against SARS-CoV-2 in Brazil, the higher the impact on routine vaccination and vaccine uptake rates<sup>32</sup>. A decrease in confidence in public health actions may affect the country's historic immunization culture, as well as the prestige and credibility of the PNI, which was successfully achieved in its 47 years of existence.

Vulnerable populations are at higher risk of dying, whether is it due to a global pandemic, outbreaks of communicable diseases previously eradicated, or the absence of health and social protection policies<sup>33</sup>. Despite this, Mukwege<sup>34</sup> believes the time is ripe for social mobilization around public health; for challenging state apparatus and technocratic structures: and for mobilizing local communities and civil societies. The covid-19 pandemic poses and will continue to pose great challenges to health systems and immunization programs around the globe and in Brazil.

## REFERENCES

1. Pinho SB. A Atenção Primária a Saúde no contexto da COVID19. *HU Rev.* 2020;46:1- 2. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2020.v46.30077>
2. Horton R. Offline: COVID-19 and the NHS - "a national scandal". *Lancet.* 2020;395(10229):1022. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30727-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30727-3)
3. Monié F. A África subsaariana diante da pandemia de Coronavírus/COVID-19: difusão espacial, impactos e desafios. *Espaço Econ.* 2020;9(18). <https://doi.org/10.4000/espacoconomia.13629>
4. Kenyon C. Flattening-the-curve associated with reduced COVID-19 case fatality rates: an ecological analysis of 65 countries. *J Infect.* 2020;81(1):e98-9. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.007>
5. Mendonça CS, Rosset I, Gonçalves MR, Bastos CGM, Medeiros AF, Dias AV, et al. Resposta assistencial de um serviço docente-assistencial de APS à pandemia do COVID-19. *APS Rev.* 2020;2(1):33-7. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.63>
6. Roberts L. Measles is on the rise –and COVID could make it worse. *Nature.* 2020 [cited 2020 May 22];580:447-8. Available from: <https://media.nature.com/original/magazine-assets/d41586-020-01011-6/d41586-020-01011-6.pdf>
7. World Health Organization. Report of the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva: WHO; 2014 [cited 2020 May 22]. Available from: [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)
8. Mello-Théry NA, Théry H. A geopolítica da COVID-19. *Espaço Econ.* 2020;9(17). <https://doi.org/10.4000/espacoconomia.11224>
9. Ducomble T, Gignoux E. Learning from a massive epidemic: measles in DRC. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):542. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30265-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30265-6)

10. Sun X, Samba TT, Yao J, Yin W, Xiao L, Liu F, et al. Impact of the Ebola outbreak on routine immunization in western area, Sierra Leone – a field survey from an Ebola epidemic area. *BMC Public Health*. 2017;17:363. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4242-7>
11. Haas ARN. Shaping Africa's urban areas to withstand future pandemics. *The Conversation*. 2020 April 1 [cited 2020 May 22]. Available from: <https://theconversation.com/shaping-africas-urban-areas-to-withstand-future-pandemics-135104>
12. Hochman G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(2):375-86. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000200002>
13. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780):1863-76. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4)
14. Domingues CMAS, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(1):9-27. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742013000100002>
15. Domingues CMAS, Fantinato FFST, Duarte E, Garcia LP. Vacina Brasil Movement and immunization training and development strategies. *Epidemiol Serv Saude*. 2019;28(2):e20190223. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000200024>
16. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília, DF: OPAS; 2018 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
17. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
18. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(6):1027-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>.
19. Sato APS. What is the importance of the vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Rev Saude Publica*. 2018;52:96. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052001199>
20. Kennedy J. Vaccine hesitancy: a growing concern. *Paediatr Drugs*. 2020;22:105-11. <https://doi.org/10.1007/s40272-020-00385-4>
21. Litvoc MN, Lopes MIBF. From the measles-free status to the current outbreak in Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65(10):1229-30. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.10.1129>
22. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 2020;27(2):taaa020. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>
23. Santoli JM, Lindley MC, DeSilva MB, Kharbanda EO, Daley MF, Galloway L, et al. Effects of COVID-19 pandemic on routine pediatric vaccine ordering and administration – United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(19):591-3. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6919e2>
24. Chandir S, Siddiqi DA, Mehmood M, Setayesh H, Siddique M, Mirza A, et al. Impact of COVID-19 pandemic response on uptake of routine immunizations in Sindh, Pakistan: an analysis of provincial electronic immunization registry data. *Vaccine*. 2020;38(45):7146-55. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.08.019>
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo Coronavírus COVID-19. *Bol Epidemiol*. 2020 [cited 2020 May 20];(23 Espec). Available from: <http://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/July/22/Boletim-epidemiologico-COVID-23-final.pdf>.
26. World Health Organization. Global measles and rubella monthly update. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: [https://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/burden/vpd/surveillance\\_type/active/measles\\_monthlydata/en/](https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/burden/vpd/surveillance_type/active/measles_monthlydata/en/)
27. Cancian N. Sarampo avança no Brasil, e medo de coronavírus dificulta vacinação. *Folha de São Paulo*. 10 maio 2020 [cited 2020 May 20]. Available from: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/05/sarampo-avanca-no-brasil-e-medo-de-coronavirus-dificulta-vacinacao.shtml>
28. Barra RP, Moraes EN, Jardim AA, Oliveira KK, Bonati PCR, Issa AC, et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do Covid-19 em Uberlândia, Minas Gerais. *APS Rev*. 2020;2(1):38-43. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.64>
29. COVID-19 in Brazil: "So what?" [editorial]. *Lancet*. 2020;395(10235):1461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)

30. Ortega F, Orsini M. Governing COVID-19 without government in Brazil: ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Glob Public Health*. 2020;15(9):1257-77. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1795223>
31. Buntin MB. Social distancing—What would it mean for it to work? *JAMA Health Forum*. 2020 [cited 2020 May 24];1(4):e200474-e200474. Available from: <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2764778>
32. Harrison EA, Wu JW. Vaccine confidence in the time of COVID-19. *Eur J Epidemiol*. 2020;35(4):325-30. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00634-3>
33. M'Bembe. *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições; 2018.
34. Cojean A, interviewer. L'appel du prix Nobel de la paix Denis Mukwege: en Afrique, "il faut agir au plus vite si nous voulons éviter l'hécatombe". *Le Monde Afrique*. 2020 March 28 [cited 2020 Jun 2]. Available from: [https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/03/28/le-nobel-denis-mukwege-en-afrique-il-faut-agir-au-plus-vite-si-nous-voulons-eviter-l-hecatombe\\_6034733\\_3212.html](https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/03/28/le-nobel-denis-mukwege-en-afrique-il-faut-agir-au-plus-vite-si-nous-voulons-eviter-l-hecatombe_6034733_3212.html)

---

**Authors' Contribution:** Study design and planning: CCSAM, CLAB, MTC. Data collection: CCSAM, CLAB. Data analysis and interpretation: CCSAM, CLAB, MTC. Manuscript development: CCSAM, CLAB, MTC. Manuscript review: MTC. Approval of the final version: CCSAM, CLAB, MTC.

**Conflict of Interest:** The authors declare no conflict of interest.

## 4.2 ARTIGOS DE NATUREZA EMPÍRICA

4.2.1 Caregivers' perceptions on routine childhood vaccination: a qualitative study on vaccine hesitancy in a South Brazil state capital

### **Caregivers' perceptions on routine childhood vaccination: a qualitative study on vaccine hesitancy in a South Brazil state capital**

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos<sup>a,b\*</sup>, Marcia Thereza Couto<sup>a</sup>, Elizabeth O. Oduwole<sup>c</sup> and Charles Shey Wiysonge<sup>c,d,e</sup>

*<sup>a</sup>Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de Sao Paulo, SP, BR; <sup>b</sup>Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, BR; <sup>c</sup>Cochrane South Africa, South African Medical Research Council, Cape Town, South Africa; <sup>d</sup>Division of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; <sup>e</sup>Vaccine-Preventable Diseases Programme, Universal Health Coverage / Communicable and Non-Communicable Diseases Cluster, World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville, Congo*

#### **Abstract**

Immunization programs worldwide have been facing challenges in keeping vaccination coverage high. Even though universally known for its robust National Immunization Program, Brazil has also faced significant challenges regarding vaccination coverage. One of the reasons for this is vaccine hesitancy, a complex, multi-causal, and context-specific phenomenon. This qualitative study aims to understand the factors associated with decision-making and the drivers of vaccine hesitancy in Florianopolis, Santa Catarina state capital, regarding caregivers' perceptions of routine childhood vaccination. In-depth interviews were conducted in the Capital city of Santa Catarina State. Families with children up to 6 years old were included. Data were analyzed based on thematic content analysis. Twenty-nine

caregivers in 18 families were interviewed. These caregivers were mainly mothers and fathers. Three themes emerged: 1. Access to information and the decision-making process, where we discuss the role of social circles, healthcare workers, and the internet; 2. Individual-institutions power relationships: Perceptions about the State's role and the Health institutions; 3. Reasons and motivations: The senses and meanings behind non-vaccination, where we discuss the drivers of vaccine hesitancy related to risk perception, caregivers' opinions on the medical-pharmaceutical industry, vaccines' composition and their side effects, families' lifestyles and worldviews, and the childhood routine vaccination schedule. The results of this study reaffirm the complexity of the decision-making process in childhood vaccination and further enable a better contextual understanding of the complex and challenging phenomenon of vaccine hesitancy.

Keywords: vaccination; immunization; vaccine hesitancy; childhood health; qualitative research; Brazil.

## **1. Introduction**

Vaccination is one of the most successful public health interventions in human history. Despite this, immunization programs worldwide have faced challenges keeping vaccination coverage high and equitable <sup>1</sup>. Vaccination coverage had been falling in many parts of the world even before the COVID-19 pandemic. The reasons are diverse, ranging from issues related to local health systems and difficulties of access, among others <sup>2</sup>. The World Health Organization (WHO) and its expert groups have devoted themselves more keenly to vaccine hesitancy for over a decade. WHO first defined vaccine hesitancy in 2012 as the delay in acceptance or the refusal of vaccination despite the availability of vaccination services <sup>3</sup>. More recently, the concept has been rethought, most notably by the WHO Working Group on Behavioral and Social Drivers of Vaccination, which defined *vaccine hesitancy* in 2022 as "a motivational state of being conflicted

about, or opposed to, getting vaccinated; this includes intentions and willingness" <sup>4</sup>.

Brazil is universally known for its robust National Immunization Program, created in 1973, even before the creation of the Unified National Health System <sup>5</sup>. With a vast vaccination schedule, especially for children, Brazil has consolidated an immunization culture, that is, the naturalization of childhood vaccination as a fundamental part of the parental care role <sup>6</sup>. Besides producing most of its vaccines, the country is also responsible for exporting vaccines worldwide, such as the yellow fever vaccine <sup>7</sup>.

Nevertheless, in line with global trends, Brazil has also faced significant challenges in maintaining vaccination coverage. Some of the reasons for this are the challenges posed by the underfunding of the health system, the weakening of public health policies, and vaccine hesitancy <sup>8,9</sup>.

Vaccine hesitancy is a context-specific phenomenon and relates to each locality's history, time, and culture. It is known that the meanings attributed to vaccination, and especially to vaccine refusal, are not homogeneous throughout the world <sup>10</sup>. Studies prior to the COVID-19 pandemic pointed to some reasons found in both high-income and low and middle-income countries, such as doubts about the actual efficacy and safety of vaccines; questioning the financial gain and commercial interest of the pharmaceutical industry, criticism of the composition of vaccines and their mechanism of action; and fear of adverse effects. Also, false beliefs about vaccines and vaccination, for example, the belief that immunity acquired by infection is better than that generated by the vaccine, and the belief that lifestyle habits (such as healthy eating, for example) are protective against all vaccine-preventable diseases, thus dismissing the need for prevention through vaccination <sup>11-15</sup>. In the context of the global south, influences of the historical and social background of these nations on caregivers' confidence are observed, as well as issues related to access to vaccines and health facilities In the context of the

global south, influences of these nations' historical and social backgrounds on caregivers' confidence and issues related to access to vaccines and health facilities are observed <sup>13</sup>.

Understanding the drivers of vaccine hesitancy in the particular contexts of the global south, in low and middle-income countries, is an essential step towards overcoming the one-size-fits-all model <sup>13</sup>. Also, the COVID-19 pandemic has highlighted the debates and tensions around vaccines. That means empirical research conducted in the pandemic context could help analyze childhood vaccine hesitancy through a new lens. Therefore, this research aimed to investigate the perceptions attributed to routine childhood vaccines by caregivers of young children in Brazil. In this sense, it is important to introduce the “caregiver” category because in Brazil the family constitution is not only represented by the mother and father, who would traditionally be responsible for looking after children, but the role of this responsibility is shared between different people and, furthermore, the idea of “caregivers” takes into account the different family arrangements present in the composition of the country's domestic units.

## **2. Materials and Methods**

This qualitative study was conducted in Brazil between March and June 2021. We used in-depth interviews to explore the opinions and understandings of Brazilian caregivers of young children about routine childhood vaccines.

### **2.1 Study site**

The project occurred in one Brazilian municipality's capital city, Florianopolis (State of Santa Catarina, in the southern region of Brazil). Florianopolis has a high Human Development Index (HDI; 0.847), a low infant mortality rate (7.78 per 1,000 live births-year), and a high percentage of proper water sanitation (87.8%). Most inhabitants in Florianopolis are white (84.8%) <sup>16,17</sup>.

Florianopolis has recently registered lower than recommended vaccination coverage levels for childhood schedule <sup>18</sup>. In this city, childhood vaccination coverage registered in socioeconomic stratum A was significantly lower than in stratum E. The strata from A to E are quintiles defined from the sum of three ranks according to the Brazilian Institute of Geography and Statistics census. These are the mean income of the head of household, the percentage of household heads earning more than 20 times the minimum wage, and the percentage of household heads with at least 17 years of education. Stratum A includes the census tracts with the highest combined income and education measures, and Stratum E is those with the lowest combined income and education measures <sup>19</sup>.

## 2.2 Inclusion criteria

Families invited to participate in the study were those living in Florianopolis with children up to six years old. We selected families with distinct behaviors regarding childhood routine immunization: families with (1) wholly or (2) partially vaccinated children, the latter comprising the group that selected some vaccines, as well as with (3) unvaccinated children. This criterion was implemented for all the behaviors to be represented <sup>19</sup>. We separately interviewed two family members identified as the principal caregivers of the children, i.e., those responsible for their daily care and decision-making regarding their health. In some families, it was only possible to interview one of the principal caregivers (usually the mother) because the other caregiver was unavailable or did not respond to contact attempts.

Diversity was the prime consideration in the selection of families included in the study. Participants with different characteristics, such as socioeconomic levels, racial groups, levels of education, and residence in different neighborhoods of the two cities were specifically targeted

for inclusion when possible. In this sense, as much research suggests, in qualitative studies like ours, what is crucial is the sample quality and not necessarily its quantity <sup>20</sup>.

### 2.3 Sampling and recruitment

Participants were recruited using snowball sampling <sup>21</sup>, a strategy that facilitates the inclusion of hard-to-reach populations, such as families that select, postpone, or do not vaccinate their children. Starting from initial sources, each family as indicated others to participate in the study. The initial interviewees were families with no relation to the researchers, indicated by people from the personal and professional circles of the study investigators. Figure 1 details the steps undertaken to reach the final sample.

### 2.4 Data collection

We extracted empirical data from in-depth interviews <sup>22,23</sup>. One trained, experienced researcher, the first author, conducted the interviews in Portuguese using a pre-established and tested script (supplementary file 1).

Due to the COVID-19 pandemic, the first author conducted interviews virtually or in person, according to the participant's preference. Eventually, only one interview occurred in person at the interviewee's home (respecting existing COVID-19 protocols); all others took place in a virtual environment using the Zoom® platform.

The interviews lasted from 18 to 108 minutes (mean 48.1 minutes). All interviews were fully audio-recorded and transcribed by the manuscript's first author. The names of all interviewees were replaced by codes to protect participants' anonymity. The second author revised the transcriptions, and the first, second, and third authors discussed and interpreted the

data —the fourth independently revised all the processes to guarantee the best accuracy and objectivity.

The final number of interviews conducted in the city was determined based on the information produced during data collection, according to the saturation criterion regarding each question in combination with the complete interviews <sup>23</sup>.

## 2.5 Data analysis

We evaluated and interpreted the interviews using thematic content analysis <sup>24</sup>, focusing on the content of caregivers' narratives and contextual meaning. After an immersive reading of the transcriptions, highlighting the meaning units, we listed the codes. There was no duplicate coding. A spreadsheet was used to list the codes after abstracting participants' accounts and for grouping codes into categories from which the themes emerged. We used the step-by-step theme development proposed by Vaismoradi and team <sup>25</sup> and the iterative categorization technique proposed by Neale <sup>26</sup>. We carried out the final synthesis of relating themes to established knowledge <sup>25</sup>. All data were produced and analyzed in Portuguese, with quotes selected to illustrate categories in the results section which were later translated into English.

## 2.6 Ethical statement

The research project was approved by the Ethics Review Board at the University of Sao Paulo (CAAE n° 37536320.2.0000.0068). All participants signed an informed consent form. Codes were assigned to the participants to ensure anonymity —a number was identified for each family. The participants' codes are formed by the family number followed by the initial letter of the kinship (M = mother; F = father; A = auntie; G = grandmother). It is important to note that the Brazilian ethics committee does not allow interviewees to be compensated through direct gains.

On the other hand, they can be compensated through indirect returns, such as benefitting from the research. In addition, participants can refuse to continue taking part at any time during the research. If the research is terminated, they can request that their data be withdrawn from the study at any time.

### **3. Results**

We interviewed, in total, 29 caregivers in 18 families. These caregivers were mothers (n=16) and fathers (n=13). Table 1 [at the end of the article] shows the demographic characteristics of all interviewees.

Among the 18 families interviewed in Florianopolis, six fully vaccinated their children and showed high confidence in the vaccines. Therefore, to analyze vaccine hesitancy, we use data from the interviews conducted with the hesitant families, that is, 19 caregivers in 12 families. These caregivers were mothers (n= 11) and fathers (n= 8).

#### 3.1 Access to information and the decision-making process

##### *3.1.1 The role of social circles*

The primary source of doubts regarding vaccine information mentioned by the hesitant caregivers was the social circles in which they are nested<sup>27</sup>. These are mainly prenatal groups and parents and school groups.

Through these circles, families acquire those doubts about vaccination and continue to obtain information for decision-making during the vaccination process. It is noteworthy that caregivers point out Florianopolis as a place where vaccine questioning is culturally naturalized and accepted, which makes them feel respected in their decisions and less judged for not following what would supposedly be expected or hegemonic.

*Influence of friends who already had older children and who were not vaccinated, also influenced me, seeing many very healthy children without any vaccine. (18M)*

*Oh [my source of information] was other mothers. We had a group there, and we were constantly exchanging information, you know. I remember that is how it was, that is how we found out. (10M)*

*He studies at a Waldorf school too, right [...] So we live where this is relatively common, right? (15F)*

### 3.1.2 The role of healthcare workers

Healthcare workers, especially pediatricians and those linked to natural childbirth groups (mainly home-delivery childbirth ones), are pointed out as essential sources of information for decision-making. These professionals often assist the caregivers deciding of which vaccines (not) to take.

*The information came to me through the midwives and my friends with children. (14M)*

*So, I think the influence was a bit like this: I think those doctors who surrounded us are people who work in the Unified Health System and are aware of the country's background. Moreover, if they tell us, 'Oh okay, there are some [vaccines] that you do not need in this case, but like, after the first year, when he is stronger,' then I trust them. (08F)*

*So, I trust him [pediatrician] a lot. And then there were a couple of vaccines that he indicated, and I said, 'Did you vaccinate your son?', and then he got slightly embarrassed to lie to me, he said no, and then I did not [laughs]. (09M)*

### 3.1.3 The role of the internet

The internet was widely mentioned as a possible source of information, but the opinions were quite divergent. For most families, the internet is not a reliable environment to seek vaccine information. Even when they do, they try to confirm the information they find.

*Whenever I went to search through technological means, I did not feel secure with the information I had. So, for me, it was much more reliable; it was much safer to talk to people than research it because even though it was a scientific article, I did not feel sure that that information was accurate, you know? (13M)*

*It is just that the information I seek I search on the internet, right? Open media is pro-vaccine, right? At least, that is what I see. (15F)*

*There is a group on Facebook against vaccines, against vaccination, and sometimes they bring some information there, and I look it up, right? Sometimes, it comes as a booklet, sometimes as a meme, you know, which is something you cannot trust, but that serves as a trigger for my search because it is very difficult to search in Google. (17M)*

### 3.2 Individual-institutions power relationships

The interviewed families present various criticisms about the irreducibility and inflexibility of institutions in the face of their doubts about vaccination. In addition, the “unquestionable” character attributed to vaccines by the healthcare providers is mentioned as a barrier to successful discussions about vaccines with them. The families feel that healthcare workers stand in a position of insurmountable moral superiority - and they question this status. The criticism of vaccines is also a critique of power relations established in the healthcare provider-patient relationship.

*I also felt that in the hospital, the pediatricians are like that, in that very unpleasant sense, because they do not enter into conversation; they are in charge; this is something that: no, the parents are in charge. This is our right. (11F)*

*In the hospital itself, there was this violent pressure, right? We had to sign a term at the hospital saying that the social worker was going to come here later, that we were going to be sued and stuff, something horrible like that. Taking away the right that I understand I have as a citizen. I am taking away my citizenship [laughs]. Because it is my decision, not another person's decision, you know? (15F)*

*There seems to be a wall that transforms all SUS [Brazilian Public Unified Health System] procedures into something highly unquestionable. As a patient, I cannot question things there [...]. A simple query, which is not disrespectful, is seen as disrespectful, and there is already a barrier. (17M)*

### 3.3 Reasons and motivations: The senses and meanings behind non-vaccination

#### 3.3.1 Reasons related to risk perception: the risk-benefit scale

Among the interviewed families, the element that most stands out in decision-making for (not) vaccinating is the relationship between perceived risk and benefit. The decision assesses the highest risk to the children: the disease or the vaccine. That is, the more the risk of getting sick or the perceived severity of the disease is understood as low, the more possible adverse effects of vaccines are considered. Moreover, they also consider whether the diseases are contagious before making their choices.

*I will always do the like this: Will it make it worse to take it or not? Did you understand? So, putting it on the scale, I prefer not to. (09M)*

*Many of these diseases before, in the year 1900, were at much higher risk; the chances of getting them were much higher, so it made some sense; the balance had to stabilize one way or the other, so risk-benefit was different from today. Today, in the year 2021, risk-benefit is different. So, I prioritize my mental and overall health and minimize the chances of catching something that's almost gone. (12F)*

*You have two options: you buy the risk of giving the vaccines and your child having sequelae and blah, blah, blah, and you have the other option, which is not giving them and also taking the risk of your child having complications and da da... And then, I put what I would handle on the scale. Which decision I can handle, right? (13M)*

#### 3.3.2 Reasons related to caregivers' opinions on the medical-pharmaceutical industry

Criticism of the medical-pharmaceutical industry and perceived profit prioritization over health is

another strong reason for deciding not to vaccinate. In this same context, vaccines considered “new” are viewed with suspicion, as they are thought to have been developed and added to the vaccination schedule only to generate more profit for this industry.

*I do not trust the pharmaceutical industry. I do not trust it, and it is not anti-science; on the contrary, it is not. I think science has its role, but who finances it, who has money to finance it, are a bunch of... [expletive]. (13M)*

*I have this prejudice because of the money that revolves around medicine and health in Brazil, you know? If I lived in Cuba and they said I would have to take medicine, I would, you know? (08M)*

*I have more confidence in those post-war vaccines because I understand that, at that moment, there was a more humanitarian task force to try to create a world with fewer deaths, you know? Now these new types of [vaccines, like] H1N1, HPV, rotavirus, things like that, these I think are a small quantity of an invention by the pharmaceutical industry, I do not know [if I have confidence in them]. (09M)*

### *3.3.3 Reasons related to vaccines' composition and their side effects*

The fear of possible adverse effects and long-term vaccine sequelae is another crucial reason for delaying or refusing vaccines. The main criticism by these families is the composition of vaccines, i.e., they believe that excipients would be harmful to the human body, especially the “heavy metals,” which they say could impair the children’s development, as half of the respondents mentioned. These families compare vaccines to contamination, which would cause a disequilibrium in the children’s bodies. Again, the “new” vaccines are highlighted, as their short- and long-term effects would be even less known than those consolidated in the children’s vaccine schedule for decades.

*So, I am very afraid because I do not know what the complications would be. Much of what we have today as adults is due to many things that were even injected into us as children. I do not doubt that there several diseases appear in adults because of that, you know? (13M)*

*They put these heavy metals to preserve whatever is in the vaccine, viruses, bacteria, whatever. However, this is a heavy metal, so it has or could have negative consequences on the neurological system and health in general. [...] I asked all the health centers, and I went to private pharmacies looking for the same version of the vaccine, but without that metal that they use for this, it does not exist. If the labs make a version that maybe lasts less but does not have that crap inside, I think a lot more people would vaccinate because argument number one would disappear. (12F)*

*My fear with vaccines has always been the excipients. There is a lack of information about this and the refusal to show the participants. I find it very strange that you refuse. (17M)*

#### *3.3.4 Reasons related to caregivers' lifestyle and worldview*

The worldview and lifestyle of interviewed families relate directly to perceptions and decisions regarding vaccines. The idea that vaccines “contaminate” the body is linked to a lifestyle that seeks to be as natural as possible, free from allopathic medicines. Thus, these caregivers believe that access to a good diet and quality of life would protect the children from vaccine-preventable diseases. Therefore, the children’s immune system could develop all its potential without external interference, which is the vaccine.

*I was coming from a very natural lifestyle, wild even, you know, having had a very wild birth and going into nature for a while, and then, in that reality, the vaccine seemed very artificial, right? An interference... I do not know...it made no sense. Also, I did not want this interference so soon in my daughter's body; I see the vaccine as something violent... and also the fear inside me of "wow, what about getting vaccinated?" as if it were a before and an after, “it got contaminated and now it is a path that has no return,” there is no way to “devaccinate” a body. (18M)*

*So, for me, vaccination is a disrespect for your own body because you give something that your body already produces, that your body already makes, the function of the immune system you already got for free, so why do that? (11F)*

### *3.3.5 Reasons related to the childhood routine vaccination schedule*

Those families who choose to make their vaccination schedule to postpone some vaccine doses criticize mainly the high number of vaccines and doses that the children are supposed to take early in life, and they also criticize the age of commencement of vaccination. Vaccinating the baby at the time of birth and in the first months of life is viewed as something violent by some of these caregivers.

*The nurse, the person who was there at the health Center, wanted to give 5 and 6 vaccines on the same day. I said, “No, wait a moment; how will you give five vaccines?” Each one will activate their immune system; the body will need that energy, it will need to gain that balance, that harmony again, it is a lot to give five vaccines on the same day. I thought it was aggressive not to consider this, that it is not a calendar but a person. (12F)*

*If vaccines were given at an older age, I would give them all without hesitating. [...] So, the big problem with the vaccine is age. You know you must get many vaccines when you are a baby? (08M)*

## **4. Discussion**

Our results show that the decision-making process regarding childhood vaccination is complex and involves several factors, influences, and information sources. Contact with other hesitant families proved to be the main trigger for questioning routine vaccination, social circles proved to be the primary source of information used to answer those questions and maintain positions. We also found that the role of healthcare professionals was highlighted, especially those linked to natural childbirth groups, complementary and alternative medicine (CAM), and allopathic pediatricians. Regarding the literature, similar findings have already been reported both in Brazil

and the world, and reinforce the role that healthcare professionals play in encouraging non-vaccination, especially those linked to rationalities such as homeopathy and anthroposophy<sup>14,28-30</sup>.

About the Internet, other findings unveiled how the different platforms play an essential role in the dissemination of health information and, thanks to the advance of virtual tools, there is little control over what is disseminated<sup>2</sup>. Various studies have already demonstrated the role of the Internet in opinion formation about vaccines and vaccine hesitancy<sup>31</sup>. Individuals who cite the internet as a primary source of information to learn about vaccines are more likely to refuse or delay vaccination<sup>32</sup>. Wilson and Wiysonge<sup>33</sup> also demonstrated that misinformation disseminated by social media directly impacts vaccination coverage.

However, our results bring something new to this literature: the Internet, contrary to what has been taken for granted, is seen by only some of the hesitant families we interviewed as the leading and most reliable source of information. These vaccine-hesitant families reinforce their awareness that the virtual environment is unreliable and, therefore, even when they use it, they try to confirm the information from other sources. We believe that this finding is due to the context in which the research was conducted: COVID-19 the pandemic was accompanied by an *infodemic*, leading to a truth crisis<sup>34</sup>. In our research, we understand *infodemic*<sup>35</sup> as a form of a social dynamic where narratives and moods in social media related to COVID-19 emerge, are communicated, and spread, generally creating confusion and disorder<sup>35</sup>. We coincide with other investigations that the excess of information produced and shared leads to the feeling that one does not know whom to trust<sup>36</sup>, a feeling reported by our study's interviewees. Thus, the Brazilian local social and political context<sup>37</sup> may have influenced the caregivers' opinion about the reliability of the Internet.

Our data also points out that the individual-family-institution relationship has also been shown to play an essential role in the meanings attributed to childhood vaccination. As other studies show, many of the hesitant families are not anti-vaccine but anti-establishment<sup>32,36</sup>, and the interviewed families in our study reinforce this positioning.

The ideas of individual freedom and autonomy are increasingly advocated in Brazil, especially by the middle and upper-class and highly-educated families<sup>38,39</sup>. In this research, it was also found that the hesitant families were mainly middle and upper-class. Also, the families studied, described by Kuan<sup>40</sup>, with a large amount of social capital, feel authorized to question and criticize policies. Besides that, they feel like having the necessary resources to maintain their children's health regardless of the vaccination status, as other authors indicate<sup>30,40,41</sup>.

Framed by what Reich calls neoliberal mothering or individualist parenting<sup>41</sup>, the premise of the uniqueness of each child/individual leads to tailored caring. In this context, universal interventions like vaccination are perceived as problematic<sup>42</sup>. In our research, we find that nearly all the mothers interviewed are moving towards customization of health with individualized services, which are unsustainable from the collective and epidemiological point of view<sup>30,43,44</sup>.

Our results also showed that the relationship between individuals and health services/professionals is often conflictive and based on a hierarchical power relationship. The "contemporary parental norms"<sup>40</sup> include the active caregivers' participation in the children's health. The idea of following the health professionals' guidelines passively is avoided, whereas the families interweaved consume information and make active informed decisions.

In Brazil, the strong immunization culture initially built by the National Immunization Program's success made childhood vaccination unquestionable<sup>8</sup>. The vaccination practice was moralized; that is, the meaning of care was attributed to those who vaccinate, and the meaning of negligence to those who hesitate. This process makes the dialogue between health professionals

and hesitant families demanding since the more one moralizes a truth, the more difficult it is to interact with someone who disagrees<sup>45</sup>. Thus, vaccination has become a topic with no space for debate, generating a 'dialogical vacuum or abyss': caregivers with doubts or questioning find open doors to dialogue with other non-vaccinating caregivers or with CAM doctors that contraindicate vaccination<sup>14,30</sup>.

On the other hand, due to the immunization culture in Brazil, even health professionals very often do not feel able to discuss vaccines, as they have only learned that this is the right thing to do<sup>46</sup>. The COVID-19 pandemic has made this scenario even more complex, demonstrating how healthcare professionals are susceptible to misinformation and conspiracy theories<sup>47</sup>. Both health professionals and caregivers seem to wish to be better informed about vaccines<sup>40,46,47</sup>.

Finally, the reasons mentioned by caregivers for not vaccinating were quite diverse and generally aligned with the reasons found by other researchers in the Global South context<sup>13,15</sup>. As categorized by Oduwole and team<sup>2</sup>, we also found drivers related to three broad levels: the level of the individual, the social/contextual level, and the level of vaccine administration.

Risk perception was presented as the primary driver of vaccine hesitancy. Due to the success of vaccines and the control of vaccine-preventable diseases (VPD), vaccine adverse effects are now perceived as more significant than the harm of the diseases<sup>2,30,40</sup>. Emotional appeals have more impact on decision-making than scientific statements about probabilities and risks<sup>30</sup>.

Barbieri's study<sup>14</sup> showed that all Brazilian families interviewed attribute their vaccination decision-making to parental care and protection. Families that vaccinate their children consider that protecting means vaccinating, whereas hesitant families consider that they should protect their children from the vaccines<sup>38</sup>. It is essential to understand this paradigm shift

in order to address these families' fears correctly. Also, the communication on vaccines should be transparent in presenting both the benefits and the risks, disclosing potential side effects <sup>30</sup>.

Some strongly emphasized reasons mentioned by the interviewed families should be considered with special attention, as they seem to have been heightened by the COVID-19 pandemic. Criticism of the pharmaceutical industry and fear of the composition of vaccines, for example, stand out among the results. The distrust of the pharmaceutical industry is widely described in the non-vaccination literature, as its influence on government policies and medical research is perceived as unfavorable <sup>15,30,38</sup>. Considering that rumors and conspiracy theories are common in times of acute social uncertainty, the COVID-19 pandemic brought even more narratives to this scenario. These beliefs should be read as expressions of widespread fears and anxieties <sup>36</sup>. The background of distrust and uncertainty may further reinforce these beliefs, being able to impact children's vaccination coverage in Brazil <sup>37</sup>.

It is critical to highlight that deciding not to vaccinate is not only about the vaccines themselves. Often, this decision informs a way of seeing the world. Lifestyle and worldview relate directly to health choices, and, for many families, the option not to vaccinate is only part of a package of choices for a "natural" life <sup>14,30,40</sup>. The conception that the children's body is pure and should be protected from 'contamination,' for example, has already been described before <sup>48</sup>. Understanding that each social group's notions of health are steeped in their experiences and representations of the world is essential for successful immunization programs <sup>4,13</sup>.

### **Limitations**

This study has limitations. The protocol was designed before the onset of the COVID-19 pandemic and aimed to investigate vaccine hesitancy in the context of routine childhood vaccination. The pandemic scenario had to be adapted into the initial design. Most interviews

were conducted remotely through video calls, which may have interfered with the quality of interviewer-interviewee interaction. Sometimes, the second caregiver was unavailable to participate in the study. However, this limitation is unlikely to impact our main results, as we found no significant disagreements between the primary caregivers in most families. The study was conducted by researchers from academic institutions, which may have inhibited more radical anti-science expressions. The other article authors constantly revised the objectiveness. It is important to note that this research was carried out in the context of a national government that denied the existence of the pandemic, denied vaccines as a crucial element for health, and was never able to establish an epidemiological contingency plan at a national level. More than 700,000 deaths were the consequence of this policy.

## **5. Conclusion**

The results of this study reaffirm the complexity of the decision-making process in childhood vaccination. The role of social circles and healthcare professionals in this process was evident. The unanimity in considering the Internet unreliable emerges as an important finding and should be considered in future research and public policies. In this sense, we established institutional contacts with the local health authorities to show them these results. It also highlights the fragility of the family-health professional relationship, which is essential for effective communication in health and should be at the center of immunization policies. Finally, the results show that the vaccine hesitancy drivers in Florianopolis are generally aligned with those found worldwide.

This work has the strength of understanding a complex phenomenon from the perspective of a diverse range of caregivers. Father's opinions and experiences, for example, are barely investigated in research on children's health care. In addition, the research was conducted in two very distinct Brazilian regions with different socioeconomic and cultural settings. This diversity

is necessary to understand diverse contextual aspects, considering the complexity of the phenomenon, the great Brazilian territorial dimension, and the regional particularities.

This study was conducted during the COVID-19 pandemic, which must be considered in interpreting the findings. In this sense, it is vital that this research is exposed in the Brazilian context so that health professionals and non-professionals are aware of the consequences of the absence of public health policies.

Thus, its results may contribute to reflections on the impact of the pandemic on caregivers' opinions and meanings about childhood vaccination. Finally, qualitative studies in health enable a better understanding of complex and challenging phenomena such as vaccine hesitancy. Findings such as those pointed out here can contribute to planning and implementing appropriate government strategies to increase vaccination coverage.

### **Funding**

This research had no funding. The South African Medical Research Council funded the Article Publishing Charge through Cochrane South Africa (SAMRC Project Code: 43500) through the grant paid to the first author.

### **Disclosure of interest**

The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the study's design, in the collection, analyses, or interpretation of data, in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

### **Acknowledgments**

The corresponding author would like to acknowledge all the research participants for their willingness to contribute to this study and the South African Medical Research Council through Cochrane South Africa for supporting this article's publication.

## References

1. Oduwole EO, Pienaar ED, Mahomed H, Wiysonge CS. Overview of Tools and Measures Investigating Vaccine Hesitancy in a Ten Year Period: A Scoping Review. *Vaccines* 2022; 10.
2. Oduwole EO, Mahomed H, Laurenzi CA, Larson HJ, Wiysonge CS. Point-of-care vaccinators' perceptions of vaccine hesitancy drivers: A qualitative study from the cape metropolitan district, South Africa. *Vaccine* 2021; 39:5506–12.
3. World Health Organization. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy [Internet]. Geneva: 2014. Available from: [https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)
4. World Health Organization. Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake [Internet]. Geneva: 2022. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354459>
5. Pan American Health Organization. 30 anos de SUS, que SUS para 2030? [Internet]. 2018. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
6. Hochman G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Cien. Saude Colet.* 2011; 16:375–86.
7. Brasil. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_imunizacoes\\_pni40.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf)
8. Matos CC de SA, Couto MT. Hesitação vacinal: tópicos para (re)pensar políticas de imunização. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [Internet] 2023; 18:3128. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3128>
9. Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Rev. Saude Publica* 2018; 52:96.
10. MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* [Internet] 2015; 33:4161–4. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15005009>

11. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine* [Internet] 2014; 32:2150–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X14001443>
12. Brown AL, Sperandio M, Turssi CP, Leite R, Berton VF, Succi RM, Larson H, Napimoga MH. Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. *Cad Saude Publica* 2018; 34:e00011618.
13. Matos CC de SA, Gonçalves BA, Couto MT. Vaccine hesitancy in the global south: Towards a critical perspective on global health. *Glob Public Health* 2021; :1–12.
14. Barbieri CLA. Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo/SP. 2014;
15. Guzman-Holst A, DeAntonio R, Prado-Cohrs D, Juliao P. Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine* [Internet] 2020; 38:470–81. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X1931477X>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades [Internet]. Brasília: 2022. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
17. United Nations Development Programme (PNUD Brazil), Fundação João Pinheiro (FJP), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Brasília: 2022. Available from: <http://www.atlasbrasil.org.br/>
18. Brasil. Informações em saúde (TABNET) - DATASUS [Internet]. Ministério da Saúde 2019 [citado 2022 ago 4]; Available from: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu\\_tabnet\\_php.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm)
19. Barata RB, Ribeiro MCS de A, de Moraes JC, Flannery B. Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66:934–41.
20. Denzin NK, Lincoln YS. *Strategies of qualitative inquiry*. Thousand Oaks: Sage; 2008.
21. TenHouten WD. Site sampling and snowball sampling-Methodology for accessing hard-

- to-reach populations. *Bull Sociol Methodol Méthodologie Sociol* 2017; 134:58–61.
22. Becker H. *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. 1<sup>o</sup> ed São Paulo: Hucitec; 1992.
  23. Fontana A, Frey JH. The interview: from structured questions to negotiated text. In: Denzin N, Lincoln Y, organizadores. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2004. página 61–106.
  24. Gomes R. A análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: Minayo MC de S, organizador. *Pesquisa social – Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. página 67–80.
  25. Vaismoradi M, Jones J, Turunen H, Snelgrove S. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *J Nurs Educ Pract* 2016; 6:100–10.
  26. Neale J. Iterative categorization (IC): a systematic technique for analysing qualitative data. *Addiction* 2016; 111:1096–106.
  27. Oduwole EO, Laurenzi CA, Mahomed H, Wiysonge CS. Enhancing Routine Childhood Vaccination Uptake in the Cape Metropolitan District, South Africa: Perspectives and Recommendations from Point-of-Care Vaccinators. *Vaccines* 2022; 10.
  28. Attwell K, Ward PR, Meyer SB, Rokkas PJ, Leask J. “Do-it-yourself”: Vaccine rejection and complementary and alternative medicine (CAM). *Soc Sci Med* 2018; 196:106–14.
  29. Deml MJ, Notter J, Kliem P, Buhl A, Huber BM, Pfeiffer C, Burton-Jeangros C, Tarr PE. “We treat humans, not herds!”: A qualitative study of complementary and alternative medicine (CAM) providers’ individualized approaches to vaccination in Switzerland. *Soc Sci Med* 2019; 240:112556.
  30. Lafnitzegger A, Gaviria-Agudelo C. Vaccine hesitancy in pediatrics. *Adv Pediatr* 2022; 69:163–76.
  31. Stoeckel F, Carter C, Lyons BA, Reifler J. The politics of vaccine hesitancy in Europe. *Eur J Public Health* 2022; 32:636–42.
  32. Nuwarda RF, Ramzan I, Weekes L, Kayser V. Vaccine hesitancy: Contemporary issues and historical background. *Vaccines* 2022; 10:1595.

33. Wilson SL, Wiysonge C. Social media and vaccine hesitancy. *BMJ Glob Heal* 2020; 5:e004206.
34. Diseases TLI. The COVID-19 infodemic. *Lancet Infect Dis* 2020; 20:875.
35. Cinelli M, Quattrociocchi W, Galeazzi A, Valensise CM, Brugnoli E, Schmidt AL, Zola P, Zollo F, Scala A. The COVID-19 social media infodemic. *Sci Rep* 2020; 10:1–10.
36. Pertwee E, Simas C, Larson HJ. An epidemic of uncertainty: rumors, conspiracy theories and vaccine hesitancy. *Nat Med* 2022; 28:456–9.
37. Fernandez M, Matta G, Paiva E. COVID-19, vaccine hesitancy and child vaccination: Challenges from Brazil. *Lancet Reg Heal – Am* [Internet] 2022; 8:100246. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100246>
38. Barbieri CLA, Couto MT. Decision-making on childhood vaccination by highly educated parents. *Rev. Saude Publica* 2015; 49:1–8.
39. Velho G. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 2ed ed Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1987.
40. Kuan C. Vaccine hesitancy and emerging parental norms: A qualitative study in Taiwan. *Sociol Health Illn* 2022; 44:692–709.
41. Reich JA. Neoliberal mothering and vaccine refusal: imagined gated communities and the privilege of choice. *Gend Soc* 2014; 28:679–704.
42. Wiysonge CS, Ndwandwe D, Ryan J, Jaca A, Batouré O, Anya B-PM, Cooper S. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19: could lessons from the past help in divining the future? *Hum Vaccin Immunother* 2022; 18:1–3.
43. Moulin AM. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 2003; 10:499–517.
44. Marie Moulin A. Les vaccins, l'état moderne et les sociétés. *Med Sci* [Internet] 2007; 23:428–34. Available from: <https://doi.org/10.1051/medsci/2007234428>
45. Ringel MM, Rodriguez CG, Ditto PH. What is right is right: A threepart account of how ideology shapes factual belief. In: Rutjens BT, Brandt MJ, organizadores. *Belief systems*

and the perception of reality. New York: Routledge; 2018. página 9–28.

46. Li AJ, Tabu C, Shendale S, Okoth PO, Sergon K, Maree E, Mugoya IK, Machekanyanga Z, Onuekwusi IU, Ogbuanu IU. Qualitative insights into reasons for missed opportunities for vaccination in Kenyan health facilities. *PLoS One* 2020; 15:e0230783.
47. Verger P, Botelho-Nevers E, Garrison A, Gagnon D, Gagneur A, Gagneux-Brunon A, Dubé E. Vaccine hesitancy in health-care providers in Western countries: a narrative review. *Expert Rev Vaccines* 2022; 21:909–27.
48. Lupton DA. ‘The best thing for the baby’: Mothers’ concepts and experiences related to promoting their infants’ health and development. *Health Risk Soc* 2011; 13:637–51.

**Table 1.** Participants' sociodemographic characteristics in Florianopolis (SC)

	Code	Age	Skin color	Occupation	Social class	Children's age**	Position on vaccines
Fully vaccinated children	01M	40	White	Professor	Middle/B2	4y3m	-
	01F	45	Black	Teacher	Middle/B1	6y11m	
	02M	35	White	Teacher	Middle/C1	1y7m	-
	02F	34	White	Lighting technician	Middle/B2	14y7m	
	03F	26	Black	Software vendor	Lower/C2	6y, 5y, 4y	-
	04M	32	Black	Professor	Middle/A	1y2m	-
	04F	37	Black	Engineer	Middle/C1		
	05M	40	White	Tourismologist	Middle/B1	11m	-
	06F	37	White	Data analyst	Middle/B2	2y7m	-
	06M	39	White	Historian	Middle/B2	16y9m	
Delay or refusal of vaccines despite availability	07M	31	White	Doula	Middle/B2	2y10m	Unvaccinated for HPV (oldest child) and rotavirus (youngest one).
	07F	36	White	Civil police	Middle/A	13y11m	
	08M	43	White	Engineer	Middle/B2	4y2m	Selected or postponed some vaccines.
	08F	37	Brown	Professor	Middle/B1		
	09M	42	White	Researcher	Middle/A	5y	Selected or postponed some vaccines.
	09F	43	N/D	Administrator	Middle/A		
	10M	34	White	Cultural producer	Middle/B2	1y, 3y3m, 12y11m	Youngest child: unvaccinated; 3y child: unvaccinated up to 1 year old (vaccines fully postponed).
	11M	42	White	Architect	Middle/B2	4y5m	Selected or postponed some vaccines.
	11F	39	White	Trade representative	Middle/C1		
	12M	38	White	Teacher	Middle/B1	5y6m	Unvaccinated up to 3 years old. After this age, selected or postponed some vaccines.
	12F	43	White	Writer	Middle/B1		
	13M	30	White	Student	Middle/C2	6y	Unvaccinated.
	14M	24	White	Autonomous	Middle/C2	2y5m	Selected some vaccines. Do not vaccinate on mass vaccination campaigns.
	14F	26	White	Craftsman	Middle/C2		
	15M	43	White	Autonomous	Middle/B2	4y11m	Unvaccinated.
	15F	53	White	Therapist	Middle/B2		
	16F	33	White	Doctor	Middle/B2	3y11m 5y9m	Selected or postponed some vaccines.
	17M	37	White	Housewife	Lower/C2	4y6m	Vaccinated exclusively BCG due to maternity hospital's obligation.
18M	34	Yellow	Autonomous / Therapist	Middle/B2	3y9m	Unvaccinated.	

N/D = Not declared.

\*Social class self-declared by the interviewee (upper, middle or lower class) / Social stratum defined by the ABEP score ("Brazil economic classification criterion").

\*\*Children's age at time of interview, in years (y) and months (m).

4.2.2 “Eu vivo num mundo muito burguês, não moro na periferia”: não-vacinação infantil e a intersecção entre raça, classe e gênero

“I live in a very bourgeois world, I don't live in the outskirts”: childhood non-vaccination and the intersection of race, class and gender

"Vivo en un mundo muy burgués, no vivo en la periferia": la no vacunación infantil en la intersección de raza, clase y género

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos<sup>a,b</sup>; Jeane Saskya Campos Tavares<sup>c</sup>; Marcia Thereza Couto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de Sao Paulo, SP, BR;*

<sup>b</sup>*Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, SC, BR;* <sup>c</sup>*Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, BR..*

## Resumo

Esta pesquisa analisa como os marcadores raça, gênero e classe social se interseccionam e se refletem nas tomadas de decisão em saúde, mais especificamente na (não) vacinação infantil. Trata-se de pesquisa qualitativa conduzida nas cidades de Florianópolis (SC) e São Luís (MA), Brasil, com famílias com crianças de até seis anos de idade. Neste artigo, analisa-se as narrativas dos 19 cuidadores de Florianópolis (SC) que optaram por não vacinar total ou parcialmente a(s) criança(s) sob sua responsabilidade. Conduziu-se entrevistas em profundidade e análise temática do conteúdo. Gênero revela-se um importante marcador na tomada de decisão no âmbito intrafamiliar, enquanto classe social e raça surgem como importantes marcadores na percepção de quem são os “nós” que não precisam das vacinas e os “outros” que precisam. Os achados são discutidos a partir do referencial teórico dos estudos de branquitude e parentalidade neoliberal.

**Palavras-chave:** Vacinação; Hesitação vacinal; Enquadramento interseccional; Pesquisa qualitativa.

## Abstract

This research analyzes how race, gender and social class markers intersect and are reflected in health decision-making, more specifically in childhood (non)vaccination. This qualitative study

was conducted in two Brazilian cities: Sao Luis (MA) and Florianopolis (SC), and included families with children up to six years old. This article analyzes the narratives of 19 caregivers in Florianopolis (SC) who chose not to vaccinate (fully or partially) the child(ren) under their responsibility. In-depth interviews and thematic content analysis were conducted. Gender was an important marker in intra-family decision-making, while social class and race emerged as important markers in the perception of who are the "us" who don't need vaccines and the "others" who do. The findings are discussed using the theoretical framework of whiteness and neoliberal parenting studies.

**Keywords:** Vaccination; Vaccine hesitancy; Intersectional framework; Qualitative research.

### **Resumen**

Esta investigación analiza cómo los marcadores de raza, género y clase se entrecruzan y se reflejan en la (no) vacunación infantil. Se trata de estudio cualitativo realizado en las ciudades de Sao Luis (MA) y Florianopolis (SC), Brasil, con familias con niños de hasta seis años. Analizamos las narrativas de 19 cuidadores de Florianopolis (SC) que optaron por no vacunar a todo o parte del(los) niño(s) bajo su responsabilidad. Se realizaron entrevistas en profundidad y análisis de contenido temático. El género demostró ser un marcador importante en la toma de decisiones intrafamiliar, mientras que la clase y la raza surgieron como marcadores importantes en la percepción de quiénes son los "nosotros" que no necesitan las vacunas y los "otros" que sí las necesitan. Los resultados se discuten utilizando el marco teórico de los estudios sobre la blancura y la paternidad neoliberal.

**Palabras clave:** Vacunación; Vacilación a la Vacunación; Marco Interseccional; Investigación Cualitativa.

### **Introdução**

Os questionamentos e a resistência às vacinas são tão antigos quanto a própria prática da vacinação e se relacionam diretamente com o contexto histórico, social e cultural de cada tempo e localidade <sup>1</sup>. Devido à preocupação com o cenário crescente de desconfiança e rechaço às vacinas mundialmente, a OMS vem, especialmente na última década, dando cada vez mais atenção ao tema <sup>2,3</sup>.

Em 2014, a OMS define ‘hesitação vacinal’ como o atraso ou a recusa em receber as vacinas preconizadas, apesar de sua disponibilidade <sup>2</sup>. A partir de críticas e olhares especialmente das Ciências Sociais em Saúde, em 2022 o conceito foi substituído, passando a ser definido como “um estado motivacional de conflito ou oposição à vacinação; isso inclui intenções e vontades” <sup>3</sup>.

A história das práticas de vacinação no Brasil é indissociável da própria história de formação do país: as doenças e, conseqüentemente, as vacinas, ocuparam diversos e importantes lugares desde a constituição da população brasileira até a reorganização das relações de trabalho no período pós-abolição <sup>1</sup>. No tempo presente, apesar de considerado uma referência mundial em “cultura de imunização” graças ao sucesso do Programa Nacional de Imunizações (PNI), o país vem enfrentando um cenário de queda acentuada das coberturas vacinais <sup>4</sup>.

Embora cada vez mais os órgãos nacionais e internacionais de saúde destaquem a necessidade de compreender os contextos sociais, políticos e econômicos relacionados à hesitação vacinal, os instrumentos de pesquisa e guias práticos para avaliação deste fenômeno focam em buscar aspectos como crenças e receios, chamados de “motores” da hesitação vacinal <sup>3</sup>. Porém as dimensões institucionais e estruturais que moldam as percepções e comportamentos – ou a forma de ser e estar no mundo, também desempenham importante papel nas tomadas de decisão em saúde. A interseccionalidade, ao concentrar-se nas relações entre processos mutuamente constituídos que criam as desigualdades, permite examinar como as estruturas sociais e as dinâmicas institucionais operam para produzir vantagens e privilégios sistêmicos <sup>5</sup>.

A interseccionalidade vem sendo cada vez mais empregada como ferramenta analítica no campo da saúde, pois permite compreender de que forma a posição ocupada na teia dos marcadores sociais define também uma forma de vivenciar processos em saúde <sup>6</sup>. No caso do Brasil, sua história específica de escravidão, colonialismo e ditadura “moldaram padrões distintos de relações interseccionais de poder quanto a raça, gênero e sexualidade” <sup>5</sup> (p. 42).

No percurso analítico deste manuscrito, olhamos com lentes interseccionais para as identidades que antes eram tidas como universais — a branquitude e as masculinidades, por exemplo. Portanto, a interseccionalidade será aqui utilizada como lente analítica ao avesso, isto é, apontada não para o lugar de desvantagem, mas sim para os grupos sociais que experimentam vantagens simbólicas e práticas na teia social brasileira.

Sociedades multirraciais cuja história foi fundada sob as égides do imperialismo e do colonialismo europeus irão necessariamente refletir, em sua hierarquia social, a racialidade como

diferenciador fundamental <sup>7</sup>. Apesar de a associação entre desvantagens materiais e o passado de escravização de povos negros e indígenas estar bem estabelecida, os estudos sobre raça, até pouco tempo, desconsideravam as vantagens materiais e simbólicas das quais pessoas brancas desfrutavam devido ao mesmo passado histórico <sup>8</sup>. O branco era até então tido como modelo universal de humanidade <sup>9</sup>, no que se chamou de “fenômeno da transparência”, ou seja, a não racialização da pessoa branca <sup>10</sup>.

Em sistemas baseados na diferença, estas vantagens materiais e simbólicas moldam tanto os que as detêm quanto os oprimidos por ela <sup>11</sup>. Portanto, utilizaremos aqui os estudos sobre branquitude como referencial e lente analítica para compreender a subjetividade das narrativas, entendendo que a colonização e o racismo se refletiram não só na subjetividade de negros, mas também, e sobretudo, de brancos <sup>9</sup>.

A branquitude é aqui compreendida como uma posição social de privilégio (econômico, político e racial) continuamente experimentado, um lugar ocupado por indivíduos que, devido às consequências do colonialismo e do imperialismo, desfrutam de vantagens materiais e simbólicas, ainda que essa racialidade seja não-nomeada e tida como neutra <sup>8,12</sup>. É um lugar a partir do qual as pessoas que detêm tais vantagens olham a si e aos outros, e cujas práticas são tão naturalizadas como universais que são não-nomeadas e não associadas a esse lugar de vantagem estrutural <sup>8,11</sup>.

Neste trabalho, objetivamos analisar de que forma os marcadores de raça, gênero e classe social se interseccionam e se refletem nas tomadas de decisão em saúde, mais especificamente na (não) vacinação de crianças pequenas. Reforçamos o caráter inédito deste olhar no campo da saúde, e da vacinação, pois não foram encontrados estudos semelhantes ao aqui proposto em bases indexadas disponíveis.

### **Metodologia**

Trata-se de estudo qualitativo visando explorar as opiniões, significados e compreensões sobre vacinação infantil de pais e responsáveis de crianças de até seis anos. O material empírico que dá suporte à análise apresentada é parte de um estudo maior conduzido em duas capitais brasileiras, São Luís (MA) e Florianópolis (SC), e contou com 48 cuidadores em 33 famílias (19 cuidadores em São Luís e 29 em Florianópolis).

Foram incluídas famílias que tivessem, sob sua responsabilidade, ao menos uma criança de até seis anos de idade. Foram entrevistadas famílias com diferentes crenças e comportamentos em relação à vacinação da(s) criança(s): aquelas que vacinaram integralmente, aquelas que selecionaram algumas vacinas ou postergaram/fizeram um calendário próprio e aquelas que não vacinaram para nenhuma vacina do calendário regular. Considerando-se que na pesquisa de campo não foi localizada nenhuma família hesitante às vacinas em São Luís (MA) a partir destes critérios, enquanto em Florianópolis (SC) 12 famílias eram hesitantes, delineamos a análise aqui apresentada a partir do material empírico das famílias de Florianópolis.

Buscou-se entrevistar separadamente duas pessoas por família, consideradas como os dois principais responsáveis pela criança. Além das famílias monoparentais (nas quais apenas um cuidador foi entrevistado), em algumas outras famílias também só foi possível acessar um dos responsáveis (em geral, a mãe), seja por não termos conseguido retorno às tentativas de contato com o outro cuidador (pai) ou por indisponibilidade do mesmo. Também privilegiamos a diversidade de características sociodemográficas, visando contemplar famílias de diferentes classes sociais, grupos raciais, escolaridades e vivendo em diferentes áreas das respectivas cidades.

A captação dos participantes foi feita por meio do procedimento de “bola de neve”<sup>13</sup>, estratégia que se mostra apropriada para a identificação de populações minoritárias, excluídas ou de difícil acesso, como é o caso das famílias que selecionam, postergam ou não vacinam seus filhos. A partir das indicações iniciais, e segundo os estratos sociais considerados, a cada família foi solicitado a indicação de outras famílias para participarem do estudo. O contato foi estabelecido segundo a indicação recebida pelos participantes, sendo a maior parte via whatsapp e, em menor número, ligação telefônica e e-mail.

A produção dos dados empíricos deu-se por meio de entrevistas em profundidade. Em Florianópolis, o campo ocorreu entre março e junho 2021. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora executante e primeira autora do artigo e foram baseadas em roteiro pré-definido e testado. O número final de entrevistados foi definido respeitando-se o critério de saturação.

Devido à pandemia de COVID-19 todas as entrevistas de Florianópolis ocorreram em ambiente virtual na plataforma Zoom®. A duração média das entrevistas foi de 61 minutos. Todas foram gravadas na íntegra e transcritas pela pesquisadora executante. Na sequência, realizamos conferência de fidedignidade das falas. Os nomes dos entrevistados, bem como

informações que pudessem identifica-los, foram omitidos ou trocados por códigos para garantir o anonimato.

O processo de análise temática foi guiado pela perspectiva da interseccionalidade, baseada nos pressupostos de Hancock <sup>6</sup>, que prevê considerar os marcadores sociais relevantes que emergem do empírico e as relações variáveis entre eles. Utilizou-se a técnica de categorização iterativa proposta por Neale <sup>14</sup>. Após uma leitura imersiva das transcrições, destacando as unidades de significado, listou-se os códigos. Uma planilha eletrônica foi usada para listar os códigos, após a abstração dos relatos dos participantes, e para agrupar os códigos em categorias, das quais emergiram os temas. A seguir, foi produzida uma primeira síntese interpretativa segundo a expressão dos marcadores sociais que emergiram nos temas, destacando a força de articulação entre eles segundo os parâmetros de vantagens e desvantagens que operam. Finalmente, realizamos a síntese final com cotejamento dos achados da síntese preliminar com a literatura pertinente ao tema.

A pesquisa mais ampla foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em cumprimento aos preceitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil de n. 510 de 2016 e 466 de 2012, e aprovado sob o CAAE nº 37536320.2.0000.0068.

## **Resultados**

Os 19 cuidadores/responsáveis entrevistados em Florianópolis eram mães (n = 11) e pais (n = 8); em sua maioria autodeclarados brancos (n = 16), pertencentes aos estratos socioeconômicos A e B (n = 14), com nível superior ou pós-graduação (n = 12). Um cuidador autodeclarou-se amarelo, um não quis declarar sua raça/cor e um declarou-se negro (pardo).

Todos esses cuidadores postergaram ou não vacinaram (total ou parcialmente) as crianças sob sua responsabilidade, por decisão própria, apesar da disponibilidade das vacinas. O Quadro 1 apresenta a caracterização dos entrevistados.

**Quadro 1 – Caracterização sócio demográfica dos entrevistados**

Código do entrevistado	Idade	Cor de pele	Profissão	Classe social autodeclarada	Estrato social ABEP	Idade da criança*
F-H-01.Mãe	31	Branca	Doula	Média	B2	2a10m 13a11m
F-H-01.Pai	36	Branca	Policial civil	Média	A	
F-H-02.Mãe	43	Branca	Engenheira	Média	B2	4a2m
F-H-02.Pai	37	Parda	Professor Universitário	Média	B1	
F-H-03.Mãe	42	Branca	Pesquisadora	Média	A	5a
F-H-03.Pai	43	N/D	Administrador	Média	A	
F-H-04.Mãe	34	Branca	Produtora cultural	Média	B2	1a, 3a3m
F-H-05.Mãe	42	Branca	Arquiteta	Média	B2	
F-H-05.Pai	39	Branca	Representante comercial	Média	C1	4a5m
F-H-06.Mãe	38	Branca	Professora	Média	B1	
F-H-06.Pai	43	Branca	Escritor	Média	B1	5a6m
F-H-07.Mãe	30	Branca	Estudante	Média	C2	
F-H-08.Mãe	24	Branca	Autônoma	Média	C2	2a5m
F-H-08.Pai	26	Branca	Artesão	Média	C2	
F-H-09.Mãe	43	Branca	Autônoma	Média	B2	4a11m
F-H-09.Pai	53	Branca	Terapeuta	Média	B2	
F-H-10.Pai	33	Branca	Médico	Média	B2	3a11m 5a9m
F-H-11.Mãe	37	Branca	Dona de casa	Baixa	C2	4a6m
F-H-12.Mãe	34	Amarela	Autônoma / Terapeuta	Média	B2	3a9m

N/D = Não declarado.

\*Idade da criança no momento da entrevista, em anos (a) e meses (m).

### **Nós: a dinâmica intrafamiliar atravessada pelo gênero e posição social/trabalho e renda**

A família revelou-se um espaço rico para a análise das dinâmicas de gênero. Considerando que os dois principais cuidadores foram convidados a participar do estudo, frequentemente esses eram uma mulher/mãe e um homem/pai.

Por mais que, em geral, os pais e as mães entrevistados reforcem a participação de ambos nas tarefas diárias e naquelas relacionadas à saúde, o papel de organização e controle das demandas da casa e da criança esteve sob responsabilidade da mulher/mãe:

*Normalmente quem toma mais a frente desses assuntos [relacionados à saúde] é a [mãe], que tá mais conectada com isso, né? Eu me sinto como pai menos conectado com isso, né. [F-H-09.Pai – 53a, branco, estrato B2]*

*Eu. Eu assumo mais [as demandas de saúde], a guarda é compartilhada, mas eu assumo mais [...] também eu que buscava qual pediatra, às vezes ele não concordava porque 'vai pagar isso tudo?', enfim... [...] mas busco ouvir a opinião dele, não deixar... ignorar, né? Faço o meu melhor para honrar a paternidade dele, que ele também tem o direito de opinar, de trazer. [F-H-12.Mãe – 34a, amarela, estrato B2]*

Frequentemente, essa divisão de papéis foi justificada pelo trabalho: a divisão em geral foi baseada no papel do homem como aquele que dedica mais tempo aos trabalhos não-domésticos, comparado às mulheres, mesmo quando estas também possuíam empregos/profissões.

*Normalmente sou eu que levo ele [em consultas e serviços de saúde]. Mas de vez em quando ele foi com ele [o pai]. Porque também, né, a situação típica que o pai está trabalhando o dia inteiro e a mãe só trabalha metade, né? Então eu tinha mais horas livres pra fazer essas coisas, mas foi minha escolha [risos]. Metade trabalhar, metade mãe. [F-H-06.Mãe – 38a, branca, estrato B1]*

*Nesse primeiro momento eu lembro que a gente dividia, mas não era igualitário, [...] eu ficava muito mais imerso nos meus trabalhos. E aos poucos ela [mãe] foi sentindo a grande necessidade de ter que trabalhar né [...]. Isso pra mim foi um pouco difícil porque eu ia ter que dividir muito o meu tempo, que pra mim já era pouco, mas a gente acabou entrando numa divisão, enfim né, mais igualitária possível. [F-H-08.Pai – 26a, branca, estrato C2]*

Os relatos sobre o processo de tomada de decisão em relação à não-vacinação também trazem elementos importantes para a discussão de gênero: em geral, esse percurso ocorre de maneiras diferentes a depender se a opção por não vacinar parte do homem/pai ou da mulher/mãe. A temática da não-vacinação partiu mais comumente das mulheres/mães, que acessavam informações sobre as vacinas em seus círculos sociais e estudos sobre a gestação e a maternidade. Nessas famílias, o homem, em geral, foi um consumidor passivo das informações trazidas ativamente pelas parceiras, culminando numa concordância mútua.

*E aí cheguei pra ele [pai da criança] [...] e dei meio que um diagnóstico pra ele do meu estudo. E sempre perguntava 'e aí você concorda? [...] A pesquisa partia mais de mim. Mas alguma coisa outra eu sempre trazia pra mostrar pra ele, pra ele acreditar mais no que eu tava falando, sabe? Mas no início ele foi um pouco resistente assim a isso, só que depois ele foi vendo que fazia sentido. [F-H-07.Mãe – 30a, branca, estrato C2]*

Nos poucos casos em que a temática da não-vacinação partiu do homem/pai o processo se deu de forma menos dialógica, havendo discordância parcial ou total por parte da mulher/mãe. Note-se que dois dos três homens/pais que encabeçaram a decisão por não vacinar são estrangeiros.

*Começou no pré-natal, que ele [homem/pai] não queria que ela tomasse vitamina K quando nascesse e tem a BCG, que toma quando nasce, que ele não queria. Mas eu achei que ele não fosse ser tão duro assim, eu achei que que ele ia ceder [...]. Mas aí foi horrível..., foi assim ó muito traumático. A médica proibiu [saída da criança do hospital], o [pai] não cedeu, ninguém cedia e a médica chamou o Conselho Tutelar [pára, respira, voz embarga um pouco] e obrigou que a [bebê] tomasse a vacina. E assim começou um período muito difícil das nossas vidas. [F-H-05.Mãe – 42a, branca, estrato B2]*

No caso de casais discordantes em relação à vacinação, independentemente de qual dos dois é pró ou contra, foram as mulheres/mães que mencionaram um receio de que algo aconteça com a criança por não ter sido seguida a vontade do pai/homem:

*Eu só penso que assim, não pode acontecer nada com ela, porque qualquer coisa que acontecer vai ser culpa da vacina. [F-H-05.Mãe – 42a, branca, estrato B2]*

### **Os outros: pertencimentos sociais atravessados por classe e raça**

A tomada de decisão por (não) vacinar mostrou ser também um reflexo dos pertencimentos sociais de cada família. Isto é, a posição que cada família ocupa nas estruturas de classe social, raça, contexto geográfico, por exemplo.

A premissa geral que orientou os discursos sobre a relativização da vacinação foi a da individualidade. Assim, o contexto particular e as condições nas quais a família/criança vive devem ser levadas em consideração quando da decisão de vacinar ou não. Chama a atenção, ainda, a menção ao o papel importante de profissionais de saúde nessa relativização, orientando as famílias sobre quais vacinas (não) tomar a depender de sua condição socioeconômica.

*Então eu acho que aí eu trago a questão da individualidade assim né, de olhar quem mais precisa, e não essa coisa do todo assim 'ah, todo mundo vai tomar*

*isso aqui, independente das condições, dos cuidados’. [F-H-09.Mãe – 43a, branca, estrato B2]*

*O médico explicou o seguinte: ‘olha, essa vacinação ela muitas vezes ela é muito direcionada a comunidades assim que têm uma carência muito grande de saneamento básico, né? Que você fica em contato realmente assim com animais peçonhentos’. [F-H-03.Pai – 43a, cor de pele não declarada, estrato A]*

Em geral, esse aspecto se expressa nas narrativas sobre aquilo que a família tem acesso: qualidade de vida (alimentação, horas de sono e atividade física, por exemplo), direitos (saneamento básico e água potável) e serviços de saúde de qualidade (com algumas menções aos planos privados de saúde).

*Quando a coisa é muito nova, se não for algo tipo com a gravidade do COVID, por exemplo, tipo H1N1 -que criança não morre de H1N1, quase nenhuma, ainda mais de classe média alta com plano de saúde privado- num vou, num vou fazer. [...] Então conscientemente da qual eu optei mesmo por não dar é a influenza e a rotavírus, que eu sei que não são contagiosos, e que também, pra nossa classe social, onde a gente tem acesso a medicina rápida, num sei quê, não acho que ela vai morrer de uma disenteria ou de uma gripe, sabe? [F-H-03.Mãe – 42a, branca, estrato A]*

*Porque se eu tivesse vivendo no centro de São Paulo, trabalhando 8 horas por dia, mais quatro horas total no trânsito, eu teria dado tudo, todas as vacinações [risos], tudo, né? Mas se eu tenho o privilégio de morar na beira da praia, de minha filha ter nascido em casa, de ter um atendimento do posto de saúde que na época tava excelente, tudo isso aí... [F-H-07.Mãe – 30a, branca, estrato C2]*

O acesso à informação também é mencionado como um diferencial que essas famílias consideram ter. Falar outras línguas é considerado um fator importante para acessar informações de outros países os quais, segundo essas famílias, têm maior acúmulo de conhecimento produzido acerca da (não) vacinação –se referindo especialmente ao continente europeu e aos Estados Unidos.

*Então nesse aspecto eu vivo muito mais dessa experiência, dessa consciência, know how do Hemisfério Norte sobre esses acontecimentos que talvez aqui no Brasil nem chegou ainda. [F-H-05.Pai – 39a, branco, estrato C1]*

*Olha, eu pesquiso, eu vou no Google e pesquiso e aí eu vejo os sites que parecem ser mais sérios assim. Se eu vejo alguma Universidade, né, que eu falo inglês, falo espanhol, eu entendo bem francês, italiano às vezes... eu ponho em outras línguas. [F-H-12.Mãe – 34a, amarela, estrato B2]*

A organização sócio-espacial da cidade, para além da questão do saneamento básico, foi por diversas vezes mencionada como um fator que deve ser considerado na decisão por (não) vacinar, bem como o contato (ou a ausência dele) com pessoas provenientes de determinadas áreas da cidade.

*O meu filho, que a gente cuida mais da alimentação, que tem um ambiente mais adequado assim, né, ele é obrigado a tomar uma vacina que aquela criança lá que vive na favela, que tem umas condições sanitárias ruins, que não se alimenta bem, que a mãe não pode tá dando esse amparo, né? [F-H-09.Mãe – 43a, branca, estrato B2]*

*Que até falam, né, que a gente tem uma responsabilidade social, né, de tomar a vacina, né [...]. Mas enfim, aí eu meio que vivo num mundo muito burguês assim, né? Não, tipo, não moro ali na periferia, não tenho contato com pessoas da periferia, que são crianças que tão mais assim... suscetíveis, com pessoas que tem mais probabilidade de ter essas doenças, né? [...] E aí eu acho que quando eu for tentar botar na escola pública eles vão falar, né, que tem que ter a carteirinha [...] e tá certo, né? Que daí ele vai tá em contato com um monte de criança que eu sei lá qual que é a condição dessas crianças. [F-H-02.Mãe – 43a, branca, estrato B2]*

Destaca-se ainda o fato de que essas famílias reforçam constantemente sua consciência de classe, a partir de afirmações e lamentos sobre as desigualdades socioeconômicas que marcam a realidade brasileira, inclusive destacando seu lugar de privilégio. Ou, ainda, destacando o privilégio que observam nos espaços em que frequentam (a exemplo da escola, como no excerto abaixo). Ainda assim, em suas narrativas, reforçam o lugar das famílias em estratos socioeconomicamente mais baixos como desestruturadas ou desinformadas.

*Nós somos uma família muito privilegiada, né? A gente sabe o que são crianças muitas vezes de famílias desestruturadas, que não tem essa possibilidade de conversar com a criança sobre essa necessidade de fazer esse tipo de medicina preventiva -na verdade de repente nem eles sabem o que que é medicina preventiva, né? Nunca tiveram isso. A gente faz uma avaliação a*

*partir da nossa realidade, né. [...] Então tudo que eu falei é do alto do meu privilégio mesmo. [F-H-03.Pai – 43a, cor de pele não declarada, estrato A]*

*Teve um ano que eles [filhos] frequentaram o jardimzinho waldorf aí eu me incomodei. Aí eu me incomodei porque eu via aquele mar de criança loura não vacinada assim, né, [risos] [...] Porque é esfregar o privilégio na cara, né? Talvez de fato aquelas crianças não vacinadas não vão ser as prejudicadas pela não vacina. É injusto pra caralho elas poderem ter essa escolha entendeu? [...] é a execução de um privilégio entendeu? [...] e de fato eu não tenho uma estatística disso, eu não tenho a ciência disso, mas são loiras [risos]. [F-H-10.Pai – 33a, branco, estrato B2]*

### **Um olhar interseccional sobre os equipamentos sociais: escolas, serviços de saúde e conselho tutelar como espaços de reprodução de privilégios**

Apesar de todas as famílias aqui mencionadas pertencerem ao mesmo grupo em relação à opção por não vacinar total ou parcialmente os filhos, o status econômico e o capital simbólico as diferencia no uso dos equipamentos sociais. O acesso à escola privada, por exemplo, permite que as crianças tenham livre trânsito mesmo não estando vacinadas, enquanto a necessidade de garantir uma vaga na escola pública faz com que as famílias menos abastadas vacinem as crianças mesmo contra sua vontade.

*Sinceramente hoje eu só vacino à risca assim, digamos, ela [a criança] só toma todas as vacinas é só porque a gente precisa da vaga da creche. Apenas. Porque se não fosse um pré-requisito pra ela entrar na creche municipal, eu não faria a vacinação do jeito que é. [F-H-08Mãe – 24a, branca, estrato C2]*

Uma parte das famílias entrevistadas já foi procurada pelo Conselho Tutelar em algum momento. Em quase todos os casos, quem reportou a situação ao Conselho foi o serviço público de atenção primária à saúde. Nota-se que as famílias com melhor condição econômica fazem o que chamaremos aqui de ‘uso customizado da saúde’, buscando por profissionais de saúde da rede privada que estejam alinhados com suas crenças acerca da (não) vacinação –em geral, médicos pediatras homeopatas e antroposóficos. O acesso a esses profissionais e aos serviços oferecidos por eles (como as vacinas homeopáticas, por exemplo) permite que essas famílias sustentem a decisão de não vacinar com respaldo médico, seja através de atestados de vacinação por via alternativa ou mesmo por atestados de responsabilização pela não vacinação da criança/paciente.

*A escola não aceitava a minha filha sem a vacina né. [...] Mas antes da escola o posto de saúde me denunciou pro conselho tutelar, duas vezes inclusive. Foi quando eu procurei uma médica homeopata e a gente começou um processo de imunização homeopática. Que outros médicos questionaram né, mas foi o que o conselho tutelar aceitou. Aí a escola também exigiu isso, e foi muito fácil de eu resolver com uma declaração de acompanhamento da médica [homeopata], né? [F-H-11.Mãe – 37a, branca, estrato C2]*

## **Discussão**

Nossos achados devem ser considerados dentro do contexto no qual foram coletados. Florianópolis é a capital do estado de Santa Catarina, localizado no sul do Brasil e apresenta bom Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), baixa taxa de mortalidade infantil (7,78) e alta cobertura de esgotamento sanitário adequado (87,8%). Sua população é majoritariamente branca (84,76%)<sup>15</sup>. Florianópolis apresenta baixa cobertura vacinal para o esquema de imunização infantil, sendo esta cobertura significativamente menor no estrato socioeconômico A em relação ao estrato E<sup>16</sup>.

Os achados em relação aos papéis de gênero na família se alinham ao que frequentemente se encontra na literatura em saúde. Os estudos sobre cuidados parentais no geral, e também especificamente sobre vacinação infantil, têm como interlocutoras quase sempre as mães, sendo pouco conhecido o papel dos homens/pais nesse quesito do cuidado parental<sup>17,18</sup>.

A atribuição da mulher como cuidadora caminha de maneira muito próxima à história das vacinas. A mulher se tornou o centro das políticas de saúde durante a Era Vargas, que tinha como objetivo a criação da “nova raça nacional”. Esta seria alcançada através de práticas higienizadoras direcionadas às populações negras e indígenas<sup>19</sup>.

A puericultura, desenvolvida na França no final do século XIX, se propôs a normatizar os cuidados às crianças, visando “a saúde perfeita”<sup>4</sup>. No Brasil, a pediatria e a puericultura se fortalecem a partir de 1970 sob a égide eugenista e a vacinação cumpre papel essencial nesse contexto, pois a infância bela e sadia que construiria a grandeza do Brasil pressupõe uma criança devidamente vacinada<sup>20</sup>.

Delimitam-se, então, ao longo das décadas seguintes, os deveres da “boa mãe”, responsável pelo bom desenvolvimento do filho, bem como surge a exaltação ao amor materno e à capacidade de procriação e amamentação da mulher/mãe<sup>4</sup>. O homem/pai, por outro lado, ocupa o lugar de provedor material da família<sup>21</sup>. Apesar de haverem variações a depender do formato

de família e da posição socioeconômica, em geral, estes deveres foram reforçados pelos entrevistados nesta pesquisa.

Ressalta-se, porém, que o processo histórico aqui descrito não foi nem linear e nem homogêneo entre diferentes grupos econômicos e raciais. Segundo Velho <sup>22</sup>, é principalmente nas camadas médias urbanas e escolarizadas que se observa o crescimento da valorização do indivíduo como ser único e protagonista de sua própria trajetória. São esses grupos sociais que prezam pela autonomia e liberdade de escolha, baseados também num discurso de suposta igualdade, que reflete valores burgueses, capitalistas e contemporaneamente neoliberais <sup>22,23</sup>.

Encontrou-se nesse estudo que o principal balizador da não vacinação infantil foi a premissa da individualidade. Essa visão também justifica o que viemos chamando de uso customizado da saúde, ou seja, a busca por profissionais que reforcem a autonomia e liberdade dos pais/cuidadores na tomada de decisão.

Similar aos resultados deste estudo, um dos poucos estudos qualitativos que, para além dos motores da hesitação vacinal, se aprofunda nos aspectos estruturais que moldam percepções parentais, apontou como elementos essenciais nas normas parentais contemporâneas em Taiwan a singularidade de cada criança, a tomada de decisão informada e a parentalidade intensiva <sup>24</sup>. Sob a premissa de que cada criança é única, intervenções universais como a vacinação são alvos de críticas. É o que Reich <sup>23</sup> chama de paradigma da parentalidade neoliberal. Ainda nesta seara, a concepção de que o corpo da criança é puro e deve ser protegido de contaminações também emergiu frequentemente nas narrativas, em consonância com resultados de estudos nacionais e internacionais <sup>4,25</sup>. Neste caso, para os pais hesitantes, a “contaminação” é a vacina.

Apesar de não haver universalmente uma direção única na relação entre classe social e (não) vacinação, tanto os dados da cidade de Florianópolis quanto os dados nacionais apontam para uma menor cobertura vacinal quanto mais alto é o estrato social <sup>16</sup>. Outros estudos qualitativos mostram que, apesar de a maioria dos pais/cuidadores terem dúvidas e preocupações em relação às vacinas, são aqueles nos estratos socioeconômicos mais altos que podem canalizar seus recursos para lidar com essas questões <sup>26</sup>. Os cuidadores hesitantes pertencentes às classes médias e altas, em diferentes países, são os que se sentem autorizados a questionar as políticas de Estado e arcar com as possíveis consequências da não vacinação <sup>23,24,26</sup>.

Essa compreensão foi bastante marcada nas narrativas dos entrevistados, que frisam seus vários acessos (à informação, à saúde/qualidade de vida, a direitos) como aquilo que lhes permite

questionar as vacinas, não vacinar seus filhos ou não seguir protocolos dos equipamentos sociais públicos. Esses acessos uniformizam tal grupo como “nós”, em relação aos “outros”.

As identidades são relacionais e, portanto, os indivíduos e grupos sociais se organizam nos grupos “nós” e “eles” a partir da identidade coletiva, definidora dessa fronteira <sup>12</sup>. Apesar das bem descritas desvantagens materiais associadas às iniquidades raciais, classe social não explica todo o cenário vivido pelos “outros” no Brasil. Nos alinhamos a Guerreiro Ramos <sup>27</sup>, um dos precursores dos estudos sobre branquitude no Brasil, numa posição contrária à tendência da sociologia brasileira de justificar desigualdades raciais no Brasil por classe social. A alegação de que o preconceito no Brasil está ligado à classe foi uma das mais fortes e sistemáticas formas de negar o racismo brasileiro <sup>12</sup>. Como a branquitude é o padrão normativo e hegemônico, ou seja, vive-se sem se notar racialmente, “tudo que não atende à norma branca é considerado ‘o outro’” <sup>7,8</sup>.

Algo na divisão “nós” e “eles” ficou muito marcado nas narrativas dos cuidadores hesitantes: a espacialidade. Tanto se referir ao outro como o que mora na ‘favela’ ou ‘periferia’, como definir o ‘nós’ como os que moram em áreas com saneamento básico ou “em um universo muito burguês”, são formas de demarcar uma segregação espacial dos corpos <sup>1</sup>. Segundo Schucman <sup>12</sup>, “marcadores espaciais” demarcam a divisão “nós” e “outros”; ou seja, as percepções raciais também se constroem a partir da distribuição espacial das cidades, estruturando a vida pública e como os grupos raciais se relacionam no espaço social.

A autora ainda chama a atenção para dois importantes marcadores intragrupo que delimitam diferenças dentre os “nós brancos”: a classe social e o acesso a bens materiais; e o gênero. Isto é, as experiências de ser branco rico ou pobre, por certo, são muito diferentes; bem como as masculinidades e feminilidades operam em relações complexas com as categorias raciais <sup>12</sup>. Isso fica bastante evidenciado quando se discute o uso dos equipamentos sociais: apesar de os múltiplos acessos e privilégios sistêmicos delimitarem o “nós” como grupo, o estrato social definirá quem, por exemplo, depende da escola pública e precisará vacinar para garantir a vaga.

O racismo, como um dispositivo de poder que “opera como um disciplinador, ordenador e estruturador das relações sociais e raciais” <sup>28</sup>, faz com que a divisão racial do trabalho e dos espaços sociais seja tão naturalizada que se torne um *habitus*, produzindo desigualdades nas condições cotidianas de vida e nos valores estéticos <sup>12</sup>. Por esse motivo, dá-se a “pobreza como

condição crônica do negro”<sup>28</sup> e, por outro lado, a noção de privilégio simbólico é intrínseca ao conceito de branquitude<sup>12</sup>.

Os “nós” aqui entrevistados frequentemente recorreram à sua consciência de classe para frisar seu descontentamento com a desigualdade social brasileira que assola os “outros”, em um discurso bastante paradoxal. Segundo Bento<sup>8</sup>, o fato de não se ver implicado na estrutura que determina relações de poder é uma característica da branquitude, ou seja, há a compreensão das desigualdades sociais, mas não há a compreensão de que se é parte dessa estrutura. Assim, a identificação dessas desigualdades e qualquer ação contra elas é vista como altruísmo<sup>8</sup>.

### **Considerações finais**

A hesitação vacinal é sabidamente um fenômeno complexo e multicausal, que diz respeito não apenas a decisões individuais, mas a todo um contexto social, econômico e político.

Posições de gênero expressam a dinâmica intrafamiliar de cuidados parentais, tendo implicações tanto na realização de tarefas cotidianas quanto nas tensões causadas pelas tomadas de decisão em saúde. Já classe social e raça demarcam posições na teia social e privilégios sistêmicos, servindo de limite entre o “nós” e o “eles” mas, também, definindo posições intragrupo e diferenciando as famílias hesitantes entre aquelas que têm ou não têm capital simbólico para bancar a decisão de não vacinar diante dos equipamentos do Estado.

A compreensão da hesitação vacinal como um fenômeno social e político é essencial para fugir do reducionismo que associa não-vacinação à desinformação ou negligência. Os achados aqui analisados mostram que a decisão por não vacinar, muito além de um posicionamento em relação às vacinas, é também uma forma de se posicionar na teia social, de pertencer a um grupo e de comunicar valores e crenças.

### **Referências**

1. Chalhoub S. Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras; 1995. 250 p.
2. World Health Organization. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy [Internet]. Geneva; 2014. Disponível em:

[https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)

3. World Health Organization. Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake [Internet]. Geneva; 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354459>
4. Barbieri CLA. Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo/SP [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
5. Collins PH, Bilge S. Interseccionalidade. São Paulo: Boitempo; 2021. 287 p.
6. Hancock AM. Intersectionality as a normative and empirical paradigm. *Polit Gend.* 2007;3(2):248–54.
7. Mahoney MR. The social construction of whiteness. In: Delgado R, Stefancic J, orgs. *Critical White Studies - Looking behind the mirror*. Philadelphia: Temple University Press; 1997.
8. Bento C. O pacto da branquitude. 1ed ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2022. 152 p.
9. Silva PE da. O conceito de branquitude: reflexões para o campo de estudo. In: Müller TMP, Cardoso L, orgs. *Branquitude - Estudos sobre a identidade branca no Brasil*. Curitiba: Appris; 2017. p. 19–32.
10. Grover BK. Growing up white in America. In: Delgado R, Stefancic J, orgs. *Critical White Studies - Looking behind the mirror*. Philadelphia: Temple University Press; 1997.
11. Frankenberg R. A miragem de uma branquitude não marcada. In: Ware V, org. *Branquidade, identidade branca e multiculturalismo*. Rio de Janeiro: Garamond; 2004. p. 307–38.
12. Schucman LV. Entre o encardido, o branco e o branquíssimo: Branquitude, hierarquia e poder na cidade de São Paulo. São Paulo: Veneta; 2019. 216 p.
13. TenHouten WD. Site sampling and snowball sampling-Methodology for accessing hard-to-reach populations. *Bull Sociol Methodol Méthodologie Sociol.* 2017;134(1):58–61.
14. Neale J. Iterative categorization (IC): a systematic technique for analysing qualitative data. *Addiction.* 2016;111(6):1096–106.
15. United Nations Development Programme (PNUD Brazil), Fundação João Pinheiro (FJP), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil [Internet]. Brasília; 2022. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>

16. Barata RB, Ribeiro MCS de A, de Moraes JC, Flannery B. Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Oct;66(10):934–41.
17. Gutierrez DMD, Minayo MC de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Vol. 15, *Ciência & Saúde Coletiva*; 2010. p. 1497–508.
18. Mills E, Jadad AR, Ross C, Wilson K. Systematic review of qualitative studies exploring parental beliefs and attitudes toward childhood vaccination identifies common barriers to vaccination. *J Clin Epidemiol*. 2005 Nov;58(11):1081–8.
19. Silva EG da F, Carvalho AB. A construção da raça nacional: estratégias eugênicas em torno do corpo da mulher. In: Batista LE, Werneck J, Lopes F, orgs. *Saúde da População Negra*. Brasília: ABPN; 2012. p. 225–44.
20. Müller TMP. A criança branca idealizada pela imprensa no século XX. In: Müller TMP, Cardoso L, orgs. *Branquitude - Estudos sobre a identidade branca no Brasil*. Curitiba: Appris; 2017. p. 335.
21. Freire MM de L. “Ser mãe é uma ciência”: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. Vol. 15, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*; 2008.
22. Velho G. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1987.
23. Reich JA. Neoliberal mothering and vaccine refusal: imagined gated communities and the privilege of choice. *Gend Soc*. 2014;28(5):679–704.
24. Kuan C. Vaccine hesitancy and emerging parental norms: A qualitative study in Taiwan. *Sociol Health Illn*. 2022;44(3):692–709.
25. Lupton DA. ‘The best thing for the baby’: Mothers’ concepts and experiences related to promoting their infants’ health and development. *Health Risk Soc*. 2011;13(7–8):637–51.
26. Peretti-Watel P, Ward JK, Vergelys C, Bocquier A, Raude J, Verger P. ‘I think I made the right decision... I hope I’m not wrong’. Vaccine hesitancy, commitment and trust among parents of young children. *Sociol Health Illn*. 2019;41(6):1192–206.
27. Guerreiro Ramos A. *Patologia social do ‘branco’ brasileiro*. In: Guerreiro Ramos A, org. *Introdução crítica à sociologia brasileira*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 1957.
28. Carneiro AS. *A construção do outro como não-ser como fundamento do ser [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.

#### 4.2.3 A politização das vacinas e sua influência nas opiniões de cuidadores brasileiros acerca da vacinação infantil de rotina

### **A politização das vacinas e sua influência nas opiniões de cuidadores brasileiros acerca da vacinação infantil de rotina**

The politicisation of vaccines and its influence on Brazilian caregivers' opinions on childhood routine vaccination

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos<sup>a,b\*</sup>; Vivian I. Avelino-Silva<sup>c,d</sup>; Marcia Thereza Couto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de Sao Paulo, SP, BR;*

<sup>b</sup>*Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, BR;* <sup>c</sup>*Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil;*

<sup>d</sup>*Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brazil.*

#### **Resumo**

Declínios progressivos nas coberturas vacinais vem sendo registrados no Brasil nos últimos anos. A pandemia de COVID-19 trouxe ainda mais desafios para esse cenário. Considerando a pandemia como um acontecimento, objetivou-se analisar a politização das vacinas sob a perspectiva de cuidadores de crianças pequenas. Esta pesquisa qualitativa foi conduzida em duas capitais brasileiras: São Luís (Maranhão) e Florianópolis (Santa Catarina). O estudo incluiu famílias com crianças de até 6 anos de idade, que fossem total ou parcialmente vacinadas, bem como crianças completamente não vacinadas. Utilizou-se amostragem por bola de neve. Entrevistas em profundidade foram conduzidas entre Março de 2021 e Abril de 2022. Entrevistou-se 48 cuidadores, em sua maioria mães. O estudo revelou que, independentemente da posição prévia em relação às vacinas, o acontecimento sanitário-político da pandemia de COVID-19 abalou crenças e atitudes acerca da vacinação infantil. Os resultados demonstraram, ainda, que a pandemia levou a atrasos na imunização infantil de rotina e fez com que cuidadores buscassem por serviços privados de saúde. Por fim, os resultados revelam a politização das vacinas como um novo fenômeno a ser enfrentado no contexto brasileiro.

**Palavras-chave:** Vacinação; Hesitação vacinal; COVID-19; Pesquisa qualitativa; Política; Ideologia.

### **Abstract**

Progressive declines in vaccine coverage have been registered in Brazil in recent years. The COVID-19 pandemic brought even more challenges in this scenario. Considering the pandemic as an event, we aimed to analyze the politicisation of vaccines from the caregivers of young children's point of view. This qualitative research was conducted in two Brazilian capitals: Sao Luis (Maranhao) and Florianopolis (Santa Catarina). The study included families with children up to 6 years old, with (1) fully or (2) partially vaccinated child(ren), the latter comprising the group that selected some vaccines, as well as with (3) unvaccinated child(ren). Participants were recruited using snowball sampling. In-depth interviews were conducted between March 2021 and April 2022. We interviewed 48 caregivers, most of whom mothers. The study reveals that, regardless of the previous position concerning vaccines, the sanitary-political event of the COVID-19 pandemic has shaken beliefs and attitudes on childhood vaccination. They also demonstrated that the pandemic resulted in delays in routine childhood immunisation, and made caregivers seek private immunisation services. Finally, our results uncover the vaccine politicisation as a new phenomenon in the Brazilian context.

**Keywords:** Vaccination; Vaccine hesitancy; COVID-19; Qualitative research; Politics; Ideology.

### **Introdução**

O Brasil é reconhecido internacionalmente por seu Programa Nacional de Imunizações (PNI), existente desde a década de 1970. Sua implementação bem-sucedida resultou no estabelecimento de uma "cultura de imunização" consistente no Brasil <sup>1</sup>.

Apesar dessas conquistas, a cobertura vacinal vem caindo no Brasil nos últimos anos. Estudos também sugerem uma mudança no perfil socioeconômico da cobertura vacinal brasileira: enquanto em 1982 a cobertura vacinal era maior entre as crianças de famílias ricas, em 2015 esse padrão mudou, com maior cobertura entre as crianças mais pobres <sup>2</sup>.

Embora os problemas de gestão e logística no fornecimento de vacinas, o horário de funcionamento das salas de vacinação e o subfinanciamento do SUS sejam determinantes relevantes da não adesão <sup>3</sup>, vale ressaltar que a recusa à vacina motivada por medos e crenças pessoais é uma razão adicional importante para o recente declínio da cobertura vacinal no Brasil <sup>4</sup>.

Hesitação vacinal é um termo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para padronizar a maneira de se referir a todas essas formas de não vacinação. A OMS definiu pela primeira vez a hesitação vacinal, em 2012, como o atraso na aceitação ou a recusa às vacinas, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação <sup>5</sup>. Em 2022, o conceito foi repensado e definido como "um estado motivacional de conflito ou oposição à vacinação; isso inclui intenções e disposição" <sup>6</sup>.

Alguns dos motores da hesitação vacinal encontrados no Brasil são os mesmos encontrados globalmente, tais como: dúvidas sobre a real eficácia/efetividade e segurança das vacinas; questionamentos ao ganho financeiro e ao interesse comercial da indústria farmacêutica; críticas à composição das vacinas e ao seu mecanismo de ação; medo de eventos adversos; a crença de que a imunidade adquirida por meio de infecção é melhor do que a gerada pela vacina; e a crença de que hábitos de vida (como alimentação saudável) são protetores contra doenças <sup>7,8</sup>. Além disso, as vacinas são vítimas de seu próprio sucesso: graças ao controle ou à erradicação de várias doenças preveníveis por vacinação (VPD), os eventos adversos das vacinas são agora percebidos como maiores do que os danos causados pelas doenças <sup>4</sup>.

Todos os desafios mencionados até agora já eram uma preocupação para as políticas de imunização antes da pandemia de COVID-19. Após a pandemia, e especialmente após sua má gestão pelo então governo federal brasileiro, os desafios se tornaram ainda maiores <sup>9</sup>.

Poucos dias após o início da transmissão do SARS-CoV-2 no país, o presidente Jair Bolsonaro fez sua primeira declaração pública. Durante seu mandato, ele repetidamente fez pronunciamentos públicos contrariando as estratégias de prevenção da COVID-19 <sup>9</sup>. A implementação das vacinas contra a COVID-19 enfrentou desafios adicionais. O ex-presidente brasileiro emitiu várias declarações de descrença e desconfiança em relação às vacinas contra a COVID-19 <sup>10</sup>. Os aspectos operacionais também foram prejudicados com o atraso do governo federal na compra de vacinas, levando à escassez dessas e de suprimentos <sup>9</sup>.

A partir do contexto apresentado acima, na análise desta pesquisa, a pandemia da COVID-19 será interpretada como um acontecimento, ou seja, uma experiência ligada aos campos social e político que ameaça as certezas dominantes <sup>11</sup>. Enquanto a pandemia e suas vacinas centralizavam as atenções globalmente, surgiu um terreno fértil para a politização das vacinas: essas passaram de "uma questão de saúde" para "uma questão política" <sup>10,12</sup>. As disputas discursivas em torno da pandemia destacam disputas entre visões de mundo sobre as relações humanas, a organização da sociedade, o papel dos governos e a economia <sup>11</sup>.

Por politização da ciência, nos referimos a situações em que "interesses políticos moldam a apresentação de fatos científicos para que se encaixem em modelos distintos de "realidade" por razões de interesse próprio" <sup>13</sup>.

As discussões sobre as interações entre vacinas e política são apoiadas por Moulin <sup>14</sup>, que destacou que a complexidade da vacinação deve ser interpretada em seus contextos científico,

político e social. De acordo com Moulin, a (não) vacinação confronta os indivíduos com temas conflituosos, como a marcação dos corpos, a memória coletiva e a relação indivíduo-grupo-Estado.

Considerando a dinâmica histórica e cultural em torno da vacinação no Brasil e a exacerbação da hesitação vacinal no contexto do acontecimento da pandemia de COVID-19, este artigo explora a politização das vacinas do ponto de vista e das narrativas de cuidadores de crianças pequenas em diferentes contextos socioculturais brasileiros.

### **Métodos**

Utilizou-se uma abordagem qualitativa para explorar as opiniões e os entendimentos de cuidadores brasileiros de crianças pequenas sobre as vacinas infantis de rotina e a vacina contra a COVID-19.

O trabalho de campo foi realizado em duas capitais brasileiras: São Luís (Maranhão, na região nordeste do Brasil) e Florianópolis (Santa Catarina, na região sul do Brasil). Entre as cinco capitais com a menor cobertura vacinal registrada no Brasil em 2019, São Luís ficou em primeiro lugar e Florianópolis em quarto <sup>15</sup>. Essas duas cidades também foram escolhidas por estarem em regiões diferentes e terem a maior diversidade em termos sociais, culturais, geográficos e econômicos: Florianópolis tem um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH; 0,847), uma baixa taxa de mortalidade infantil e uma alta porcentagem de saneamento básico adequado. Em contraste, São Luís tem um IDH mais baixo (0,768), uma taxa de mortalidade infantil mais alta e uma taxa mais baixa de saneamento de água adequado <sup>16</sup>. Além disso, em Florianópolis, as taxas de vacinação infantil registradas no estrato socioeconômico A foram significativamente menores do que no estrato E. São Luís registrou uma baixa cobertura vacinal geral, sem diferenças estatisticamente significativas de acordo com os estratos socioeconômicos <sup>17</sup>.

Foram convidadas a participar do estudo famílias que tivessem filhos de até seis anos de idade. Selecionamos famílias com opiniões distintas em relação à imunização infantil de rotina: famílias com crianças total ou parcialmente vacinadas (incluindo aquelas que selecionaram algumas vacinas), bem como famílias com crianças não vacinadas. Entrevistamos separadamente dois membros da família identificados como os principais cuidadores da criança. Em algumas famílias, só foi possível entrevistar um dos principais cuidadores (geralmente a mãe), porque não

conseguimos entrar em contato com o outro cuidador ou porque esse cuidador (geralmente o pai) não estava disponível.

Em relação à composição das famílias incluídas no estudo, privilegamos a diversidade de características, buscando contemplar níveis socioeconômicos alto, médio e baixo; diferentes grupos raciais; participantes com alta e baixa escolaridade; e participantes residentes em diferentes bairros.

Os participantes foram recrutados usando amostragem por bola de neve <sup>18</sup>, uma estratégia que facilita a inclusão de populações de difícil acesso. A partir de fontes iniciais, cada família indicou outras para participar do estudo. As Figuras 1 e 2 detalham as indicações para chegar à amostra final.

Os dados empíricos foram extraídos de entrevistas em profundidade. Uma pesquisadora treinada e experiente conduziu as entrevistas em português, usando um roteiro pré-estabelecido e testado. Devido à pandemia da COVID-19, apenas uma entrevista ocorreu pessoalmente na casa dos entrevistados; todas as outras ocorreram em um ambiente virtual usando a plataforma Zoom®.

Entrevistamos 48 cuidadores em 33 famílias, 15 dos quais residentes em São Luís e 18 em Florianópolis (19 cuidadores em São Luís e 29 em Florianópolis). Esses cuidadores eram: mães (30), pais (16), tia (1) e avó (1). O tempo médio da entrevista foi de 48,1 minutos. Todas as entrevistas foram totalmente gravadas em áudio e transcritas, e os nomes de todos os entrevistados foram substituídos por códigos para garantir o anonimato dos participantes. Os quadros 1 e 2 mostram a caracterização completa dos entrevistados.

O trabalho de campo começou em março de 2021 em ambas as cidades; finalizamos a coleta de dados em junho de 2021 em Florianópolis e em abril de 2022 em São Luís. A diferença no tempo necessário para a coleta de dados se deveu a uma maior adesão ao recrutamento em bola de neve entre os participantes de Florianópolis. A definição final do número de entrevistas em ambas as cidades foi baseada nas informações produzidas durante a coleta de dados, de acordo com o critério de saturação <sup>19</sup>.

Analisamos os dados empíricos usando o desenvolvimento de temas passo a passo proposto por Vaismoradi e colaboradores <sup>20</sup>, com foco no conteúdo das narrativas dos cuidadores, bem como no significado contextual. Após uma leitura imersiva das transcrições, destacando as unidades de significado, listamos os códigos. Uma planilha eletrônica foi usada para listar os

códigos, após a abstração dos relatos dos participantes, e para agrupar os códigos em categorias, das quais emergiram os temas. Realizamos a síntese final dos temas relacionando os temas ao conhecimento estabelecido na literatura.

As quinze categorias encontradas foram agrupadas em três temas. O tema "Impactos da pandemia da COVID-19 nos significados e representações dos pais sobre a vacinação infantil e as vacinas contra a COVID-19" engloba as seis categorias a seguir: As vacinas como um pacto coletivo; A pandemia reforça a importância das vacinas; O rápido desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19; Vacinas contra a COVID-19: incerteza sobre a segurança; Medo dos efeitos colaterais das vacinas contra a COVID; A polêmica sobre as vacinas contra a COVID-19 reafirma crenças anteriores contra as vacinas. O tema "Os impactos concretos da pandemia de COVID-19 na imunização infantil de rotina" abrange quatro categorias: Acesso a serviços de rotina em unidades de saúde durante a pandemia; O medo da exposição à SARS-Cov-2 leva a evitar unidades de saúde; As crianças estão menos expostas a doenças evitáveis por vacinação devido ao distanciamento social; As unidades de saúde privadas são uma opção melhor do que as públicas. E o tema "Ideologia política, governo e governança como impulsionadores da (não) vacinação" compreende cinco categorias: A vacinação como uma posição/decisão política; Hesitação em relação à vacina contra a COVID-19 associada a apoiadores de Jair Bolsonaro; Desconfiança da grande mídia; A escolha das vacinas depende do país fabricante; A SARS-Cov-2 foi criada propositalmente por cientistas e as vacinas estavam prontas de antemão. Os dois primeiros temas foram analisados com base na literatura nacional e internacional sobre a hesitação vacinal infantil na COVID-19. O último tema foi analisado de acordo com a politização da ciência e a abordagem crítica e antropológica do fenômeno da vacina<sup>10,11,13,14</sup>.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo revisou e aprovou este estudo (CAAE nº 37536320.2.0000.0068). Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

## **Resultados**

### **Impactos da pandemia de COVID-19 nos significados e representações parentais sobre a vacinação infantil e as vacinas contra a COVID-19**

A pandemia de COVID-19 teve efeitos diversos sobre as opiniões familiares acerca da vacinação regular. Pode-se organizar tais efeitos em dois grandes grupos: um composto por cuidadores que alegam que sua opinião prévia sobre as vacinas regulares foi reforçada pelo cenário pandêmico –seja o reforço à importância das vacinas ou o reforço à sua hesitação; e outro composto por aqueles que repensaram suas opiniões prévias – ou passaram a questionar sua posição hesitante às vacinas regulares, refletindo sobre a importância da vacinação; ou passaram a questionar as vacinas regulares, nas quais confiavam previamente, devido às polêmicas envolvendo as vacinas contra COVID-19.

Em ambas as cidades, encontrou-se cuidadores que vacinam regularmente as crianças, reconhecem a importância da vacinação e consideram que a pandemia da COVID-19 apenas reforçou o significado das vacinas como uma responsabilidade que deve ser cumprida para proteger a criança e honrar um pacto coletivo.

*Não, do meu ponto de vista não mudou muito. Eu sempre tive um posicionamento definido com relação a vacina. Eu sei que é uma coisa bastante importante, serve pra ajudar a gente e, lógico, eu como mãe vou sempre querer proteger a minha filha. (S-V-01.Mãe)*

Apenas em Florianópolis foram localizadas famílias hesitantes ao calendário vacinal infantil de rotina. Essas, em geral, tiveram seus questionamentos sobre as vacinas mantidos ou reforçados pós-pandemia de COVID-19. Em São Luís, percepções específicas de hesitação em relação às vacinas contra a COVID-19 incluíram a rapidez com que foram produzidas e o medo de eventos adversos. Além disso, para algumas famílias, as hesitações em relação às vacinas contra a COVID-19 foram acompanhadas por relutâncias em relação às vacinas de rotina que, até então, nunca haviam sido questionadas.

*É como se acendesse alguma luzinha lá no fundo ‘Nossa, e agora? Que que vai acontecer? Será que essas outras vacinas também traz sequelas pra gente?’ (S-H-08.Mãe)*

Em contraste, para outras famílias hesitantes à vacina contra COVID-19, as vacinas de rotina permaneceram inquestionáveis, porque, diferentemente das vacinas contra a COVID-19, essas vacinas "mais antigas" foram devidamente testadas antes de serem ofertadas.

*Porque as outras vacinas já são vacinas que já tão incorporadas, né? E essa daí foi uma coisa nova que aconteceu e como eu lhe falei, pouco tempo de produção, sei lá. E as outras não, já vinham na cultura da gente, né? (S-H-08.Pai)*

Entre as famílias de Florianópolis com crenças hesitantes prévias em relação à vacinação de rotina, observou-se três tipos de efeitos após a pandemia: um, mais frequente nas famílias que não vacinam totalmente, foi a postura de reafirmação de medos, reservas e críticas às vacinas; outro, mais frequente entre os cuidadores hesitantes que selecionam algumas vacinas, foi a atitude de compreensão da importância das vacinas contra a COVID-19, mas sem mudança de atitudes ou opiniões anteriores, reforçando que o contexto da criança deve ser considerado na decisão de vacinar; e, por fim, uma postura menos expressiva foi a reflexão sobre decisões anteriores sobre a vacinação de rotina, com possível mudança de conduta.

*Eu acho que acabou voltando um pouco daquela velha história, né? Será que essa vacina não é uma forma de controle? (F-H-08.Pai)*

*(...) reforçou a importância tanto da vacinação como do Sistema Único de Saúde etc. Mas não acho sinceramente que tomaria uma decisão diferente da que a gente tomou, acho que se tivesse outro filho eu teria a mesma atitude de não vacinar tudo até o primeiro ano. (F-H-02.Pai)*

*Eu concordei na época porque os argumentos me convenceram, né? [...] Mas atualmente eu pesquisaria mais e seria muito mais resistente a não vacinar porque pra mim ficou mais explícita assim a necessidade da vacina. (F-H-01.Pai)*

### **Os impactos concretos da pandemia da COVID-19 na imunização infantil de rotina**

A pandemia de COVID-19 teve dois efeitos concretos na imunização infantil de rotina em ambas as cidades: atrasos na administração das vacinas regulares e um aumento na vacinação em serviços privados.

Os atrasos na vacinação de rotina ocorreram devido a dificuldades de acesso às unidades de saúde para procedimentos eletivos ou devido ao adiamento intencional, pois os cuidadores temiam expor a criança ao SARS-CoV-2 nos serviços de saúde. Além disso, os cuidadores enfatizaram a percepção de que o distanciamento social, imposto pela pandemia, também reduziu a exposição da criança a outras doenças evitáveis por vacinação.

*Tanto que agora na pandemia não vacinei, não levei no médico, nada. [...] Porque ela tá em casa, ela tá segura, ela não tá sendo exposta a nada então eu não achei necessário. (F-H-08.Mãe)*

Problemas de acesso às unidades de saúde como fatores de atraso na vacinação foram mais pronunciadas em São Luís. Os cuidadores relataram ter enfrentado medidas restritivas obrigatórias para evitar a disseminação do SARS-CoV-2 (como o *lockdown* decretado em São Luís); e dificuldades relacionadas à nova organização dos serviços de vacinação nas unidades de saúde (por exemplo, a necessidade de um registro *on-line* prévio em Florianópolis e a centralização dos serviços de imunização em algumas unidades de saúde).

O uso de estabelecimentos privados para evitar maior exposição ao SARS-CoV-2 nos serviços públicos foi bastante acentuado entre as famílias que vacinam integralmente, especialmente as de São Luís.

*[...] no auge da pandemia, e eu tinha muito medo de sair, aí eu saí pra ir ver [no posto de saúde] porque ele [pai da criança] ficava insistindo pra fazer [as vacinas] no SUS, aí eu fiquei com medo. Aí vi essa fila enorme, voltei, aí liguei logo pra clínica [particular] e a moça foi logo no outro dia aplicar. (S-V-07.Mãe)*

### **Ideologia política, governo e governança como motores da (não) vacinação**

As associações entre vacinação, ideologia política e gestão política foram aspectos significativos que emergiram espontaneamente das narrativas dos cuidadores. As declarações sobre política foram associadas principalmente a uma avaliação negativa do presidente Jair Bolsonaro e à posição antivacina de seus apoiadores. Até mesmo os cuidadores hesitantes às vacinas de rotina frequentemente reforçaram que suas opiniões eram distintas daquelas dos apoiadores do ex-presidente, reafirmando que não são nem anticiência, nem antivacina.

*Hoje é uma decisão política mais do que nunca, né? Mostra muito o lado que a pessoa tá, né? Se a pessoa não quer tomar vacina não precisa dizer mais nada, você já sabe dizer em quem votou, pelo menos na última eleição. (F-H-02.Pai)*

Apenas as famílias de São Luís hesitantes às vacinas contra a COVID-19 fizeram a associação inversa: relacionaram as vacinas para COVID-19 a uma oposição política ao ex-presidente e reproduziram alguns de seus argumentos anticientíficos (como que o vírus teria sido criado, pois foi uma pandemia planejada). Essas famílias relataram algumas atitudes comuns, como a desconfiança dos meios de comunicação considerados hegemônicos; a (des)confiança diferenciada em relação às vacinas, dependendo do fabricante e do país de origem; a crença de que o SARS-CoV-2 havia sido criado propositalmente e de que as vacinas serviam a um propósito oculto (lucro para os laboratórios ou danos à população).

*Porque hoje a mídia ela tá publicando mais coisas que afetam o governo atual. [...] Como o governo sempre foi contra a vacina, então é claro que se a vacina fizer o efeito contrário em algumas pessoas, claro que a mídia não vai divulgar isso porque não vai querer dar razão ao governo. (S-H-07.Mãe)*

## **Discussão**

Os achados mostram que o acontecimento da pandemia de COVID-19 influenciou as crenças, os significados e as atitudes acerca da vacinação infantil. Além disso, revelam a influência da politização das vacinas na hesitação vacinal, na medida em que a (des)confiança nas vacinas pode estar ligada a ideologias e opiniões de líderes políticos.

Diversos estudos epidemiológicos apontam para uma queda significativa na cobertura vacinal do calendário infantil de rotina durante o período pandêmico<sup>21,22</sup>. Somadas às dificuldades de acesso aos serviços de imunização durante a pandemia<sup>23</sup>, as crenças e os comportamentos que sustentam a hesitação vacinal são um problema significativo, amplificado no contexto pandêmico<sup>24</sup>.

Nas últimas quatro décadas, o Brasil desenvolveu e, em geral, manteve uma cultura robusta de imunização, com um calendário nacional de vacinação universalmente disponível e gratuito<sup>1,3</sup>. No entanto, a tendência de queda na cobertura vacinal registrada desde 2000 é um fenômeno multicausal<sup>4,17</sup>. Após a pandemia de COVID-19, estudos sugerem que esse cenário pode se tornar ainda mais delicado<sup>23</sup>.

O PNI tem ampla credibilidade e adesão entre brasileiros em todas as condições socioeconômicas <sup>1</sup>. Algumas vacinas estão disponíveis apenas no PNI, e sua incorporação ao calendário nacional de vacinação reduz drasticamente a comercialização na rede privada <sup>25</sup>. Em concordância, constatamos que mesmo as famílias de alta renda e escolaridade utilizam principalmente as vacinas disponíveis gratuitamente no PNI. No entanto, um dos achados inéditos deste estudo foi a migração de cuidadores para serviços privados de imunização durante a pandemia. Esse achado merece atenção, uma vez que as crianças brasileiras vacinadas na rede pública têm maior probabilidade de estarem totalmente vacinadas aos 18 meses de idade do que aquelas vacinadas em clínicas particulares <sup>17</sup>.

A crise sanitária da COVID-19 voltou os olhares de todos os atores sociais para a ciência, colocando todas as suas nuances, contradições, procedimentos e métodos sob holofotes <sup>26</sup>. Embora nenhuma das perguntas do roteiro apontasse diretamente para a politização da saúde e da ciência, esse tema emergiu e marcou o campo empírico.

De modo geral, as famílias com crenças hesitantes em relação ao calendário vacinal de rotina mantiveram suas opiniões, apesar de reconhecerem a importância das vacinas contra a COVID-19. Esses cuidadores, que não se definem como "anticiência" ou "antivacina", acreditam que as vacinas devem ser selecionadas de acordo com o contexto socioambiental da criança, contrastando o risco percebido de exposição à doença e os possíveis riscos associados à vacinação. A defesa de esquemas de vacinação adaptados às necessidades de cada criança já foi documentada em estudos brasileiros anteriores com famílias hesitantes <sup>7</sup>. Da mesma forma, estudos mostraram que os cuidadores ponderam a gravidade potencial percebida da COVID-19 e o risco percebido associado à vacina antes de decidir sobre a vacinação de seus filhos <sup>24,27</sup>. Moulin enfatizou que essa vacinação sob medida, muitas vezes desejada pelo cidadão moderno, "leva a flertar com a ideia, epidemiologicamente válida, mas moralmente insustentável, de que o ideal seria que todos fossem vacinados, menos eu" <sup>14</sup>.

Por outro lado, observamos um fenômeno preocupante em algumas famílias que cumpriram integralmente o calendário vacinal de rotina: as controvérsias em torno das vacinas contra COVID-19 instigaram incertezas sobre a segurança e a eficácia das vacinas infantis de rotina. Um estudo transversal de base populacional realizado em São Luís encontrou uma prevalência de 20,7% de hesitação em relação às vacinas contra a COVID-19. Nesse cenário, a desconfiança em relação às vacinas regulares causada por ceticismos sobre a vacina contra a

COVID-19 poderia ter um impacto significativo na cobertura da vacinação de rotina <sup>28</sup>. Um estudo realizado na Índia com mães de crianças de até seis anos de idade mostrou um aumento na hesitação em relação à vacina de 5% antes da pandemia para 38% durante a pandemia <sup>29</sup>.

Um achado notável do nosso estudo é a caracterização da politização das vacinas, um fenômeno novo com desafios imprevisíveis para as políticas públicas de saúde brasileiras, inclusive o PNI. Até muito recentemente, as reduções na cobertura vacinal pareciam ser independentes de afiliações políticas e ideológicas <sup>30</sup>. Vários estudos mostraram que a hesitação em vacinar é frequentemente justificada por motivações ideológicas que existiam muito antes da COVID-19, incluindo o ceticismo em relação à indústria médico-farmacêutica, a adesão a um estilo de vida mais "natural", a afiliação a princípios como a antroposofia e a homeopatia, entre outros <sup>7,31,32</sup>. O que a COVID-19 inaugurou no Brasil foi a atribuição da (des)confiança nas vacinas ao posicionamento de líderes políticos – em especial o presidente Jair Bolsonaro. Nesse contexto, a opinião de uma pessoa sobre a vacina contra a COVID-19 também pode informar com certa precisão sua posição política <sup>10,12,33</sup>.

Propomos a noção de "politização da vacina", a partir da localização espaço-temporal do acontecimento <sup>11</sup> da pandemia de COVID-19 no Brasil. A definimos como a influência de interesses e ideologias políticos sobre avaliações técnicas ou científicas das políticas de imunização, com o objetivo de formar ou modificar as opiniões públicas em prol de um interesse político.

Em consonância com um discurso negacionista de extrema direita, Jair Bolsonaro subestimou a gravidade da pandemia, desacreditou as medidas de prevenção e mitigação recomendadas pelas organizações de saúde, desautorizou seu primeiro ministro da saúde (que tentou emitir decretos oficiais seguindo recomendações científicas) e também fez várias declarações contra as vacinas contra a COVID-19, principalmente para crianças <sup>9,34</sup>.

Como líder populista, Bolsonaro ascendeu no cenário político brasileiro em um momento de crise e descontentamento popular, criando a falsa dicotomia entre "nós" (o povo, os dominados) e "eles" (os dominantes, a elite, na forma de instituições) <sup>10,11,35</sup>. Com base nessa lógica populista, ele construiu a narrativa de que os indivíduos devem ser livres para escolher se querem ou não ser vacinados <sup>10</sup>. Pesquisas anteriores mostraram que o apoio a partidos populistas poderia ser usado como um indicador de hesitação em relação à vacina <sup>36</sup>.

Instituições como a mídia tradicional, universidades e organizações científicas foram posteriormente rotuladas como entidades discordantes que devem ser vistas com desconfiança ou como mal-intencionadas <sup>11,35</sup>. Essa atmosfera de desconfiança leva ao crescimento de teorias da conspiração e discursos autoritários, elevando o 'estado de negacionismo' <sup>37</sup>.

Nesse mesmo contexto, a oposição à China, bem como a disputa ideológica e política entre Bolsonaro e o governador do estado de São Paulo, alimentou a desconfiança em relação à CoronaVac <sup>10,12</sup>. Consequentemente, o país de origem da vacina contra COVID-19 tornou-se um motivo para rejeitar a vacinação relatado por brasileiros hesitantes <sup>34</sup>. A "classificação" das vacinas de acordo com seu país de origem e a desconfiança específica às vacinas chinesas foram recorrentes entre os entrevistados hesitantes em nosso estudo, bem como em estudos publicados anteriormente <sup>24,27</sup>.

Nuances desse cenário surgiram nas narrativas de alguns participantes de nosso estudo, que relutaram em relação às recomendações de instituições como a OMS e a Anvisa; desconfiaram da mídia tradicional; e se recusaram a acreditar que universidades e laboratórios pudessem produzir uma vacina segura e eficaz tão rapidamente. Sabe-se que a confiança nas vacinas está associada à alta confiança nessas instituições (universidades, departamentos de saúde e fontes de notícias tradicionais, por exemplo) <sup>38</sup>.

As razões para a hesitação às vacinas contra COVID-19 identificadas em nosso estudo foram semelhantes às relatadas em outros estudos nacionais e internacionais. Os principais motivos foram o rápido tempo de produção e teste, a desconfiança de sua eficácia e o medo dos efeitos colaterais <sup>27,36,38</sup>. Outro achado deste estudo que confirma os resultados nacionais e internacionais é a chamada atitude de "esperar para ver", ou seja, a decisão de aguardar a progressão da vacinação e só então decidir se vai ou não vacinar seus filhos <sup>24,27</sup>. A crença em teorias da conspiração, como a de que a China criou o vírus e que a vacina fazia parte de uma suposta guerra chinesa, também foi demonstrada anteriormente <sup>12,24</sup>. Na Irlanda e no Reino Unido, as pessoas hesitantes às vacinas contra COVID-19 confiavam menos nas autoridades e instituições e eram mais propensas a ter crenças conspiratórias <sup>39</sup>.

Esses achados sugerem uma desconfiança geral das instituições e uma mudança para a tomada de decisão baseada em emoções, crenças e experiências <sup>10</sup>. Embora a ciência ofereça uma abordagem concreta e probabilística, a experiência humana cria percepções únicas que podem

influenciar comportamentos e atitudes <sup>27</sup>. Além disso, a percepção de risco é um fator importante no processo de tomada de decisão <sup>36</sup>.

Nossos achados se assemelham aos relatados nos Estados Unidos, onde a ideologia política cada vez mais conservadora foi associada à baixa confiança nas vacinas <sup>38</sup>. As vacinas contra COVID-19 produziram um fenômeno semelhante no Brasil: o endosso de ideologias de extrema direita foi fortemente associado à hesitação em relação à vacinação contra a COVID-19 <sup>33</sup>. Além disso, outro estudo revelou que pessoas autodeclaradas de direita ou centro-direita tinham maior probabilidade de responder que só tomariam a vacina contra a COVID-19 "dependendo da vacina" <sup>40</sup>. A porcentagem de votos em Jair Bolsonaro, tanto nas eleições de 2018 quanto nas de 2022, foi inversamente associada à adesão à vacina contra a COVID-19 após o ajuste para as características sociodemográficas, mostrando associação significativa <sup>30</sup>.

É importante ressaltar que as duas cidades onde o trabalho de campo foi realizado têm cenários políticos muito diferentes: enquanto o Maranhão foi o terceiro estado com o maior percentual de votos para o então candidato Lula da Silva, Santa Catarina foi o quarto estado com o maior percentual de votos para Jair Bolsonaro. Apesar disso, as famílias entrevistadas não se encaixam necessariamente no grupo hegemônico de cada cidade: em Florianópolis, como mencionado anteriormente, as famílias hesitantes às vacinas infantis eram, em geral, contra o então presidente Jair Bolsonaro. De acordo com a literatura global, essas famílias são caracterizadas por uma visão de mundo naturalista, usam medicamentos e pedagogias alternativas e se posicionam como antissistema, criticando a indústria farmacêutica <sup>7,41,42</sup>. Essas famílias, embora hesitantes às vacinas infantis, enfatizam que não querem ser comparadas aos apoiadores de Bolsonaro, que elas descrevem como "antivacina" ou "anticiência". Em São Luís, as famílias que reproduziram narrativas hesitantes também escapam da hegemonia municipal e são aquelas que apoiaram o então presidente Bolsonaro. Esse fato pode ser corroborado pelos estudos de Seara-Morais et al. <sup>30</sup> e Murphy et al. <sup>39</sup>, que mostram que os municípios mais vulneráveis socioeconomicamente (menor IDH) são mais suscetíveis à influência generalizada de ideologias políticas na vacinação contra a COVID-19 no Brasil e que a renda está associada à hesitação vacinal contra a COVID-19.

Nosso estudo teve algumas limitações. O protocolo foi elaborado antes da pandemia de COVID-19. O cenário da pandemia teve de ser adaptado ao projeto inicial e a maioria das entrevistas foi realizada remotamente, o que pode ter interferido na qualidade da interação entre

entrevistador e entrevistado. Em alguns casos, o segundo cuidador não estava disponível para participar do estudo. No entanto, é improvável que essa limitação afete nossos principais resultados, já que, na maioria das famílias, não encontramos grandes discordâncias entre os principais cuidadores. O estudo foi conduzido por pesquisadores de instituições acadêmicas, o que pode ter inibido manifestações anticientíficas mais radicais.

### **Conclusão**

A pandemia da COVID-19 provocou um cenário de desconfiança geral das instituições (tanto as científicas quanto a mídia tradicional) e uma forte influência das ideologias políticas na decisão de vacinar. Juntos, esses fatores são ameaças à cultura de imunização que prevaleceu no Brasil até os últimos anos.

A politização de questões médicas pode reduzir a credibilidade das fontes oficiais de informações científicas <sup>26</sup>, afetando diretamente as atitudes das pessoas em relação à saúde <sup>43</sup>. Para formular políticas de imunização que sejam adequadas à realidade local, é importante entender o profundo impacto que o cenário social e político tem sobre a tomada de decisões em saúde. Como os resultados deste estudo revelam, a pandemia da COVID-19 e sua gestão política no Brasil levaram a um cenário sem precedentes de atribuição da decisão de (não) vacinar à afiliação política de alguém. Esse cenário é um alerta para o desenvolvimento de futuras políticas de vacinação no Brasil. Por outro lado, uma política governamental para incentivar a vacinação pode afetar positivamente a decisão de se vacinar.

Portanto, enfatizamos que toda tomada de decisão governamental é política: o que define se as consequências da politização das vacinas são positivas ou negativas é o gerenciamento dessas decisões.

### **Referências**

1. Hochman G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2011. p. 375–386.
2. Silveira MF, Buffarini R, Bertoldi AD, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Menezes AMB, Gonçalves H, Horta BL, Barros FC, Barata RB, Victora CG. The emergence of vaccine hesitancy among upper-class Brazilians: Results from four birth cohorts, 1982–

2015. Vaccine [Internet]. 2020;38(3):482–488. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X19314598>
3. Pan American Health Organization. 30 anos de SUS, que SUS para 2030? [Internet]. 2018. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
  4. Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Revista de Saúde Pública*; 2018. p. 96.
  5. World Health Organization. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy [Internet]. Geneva; 2014. Available from:  
[https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)
  6. World Health Organization. Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake [Internet]. Geneva; 2022. Available from:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354459>
  7. Couto MT, Barbieri CLA. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2015. p. 105–114.
  8. Brown AL, Sperandio M, Turssi CP, Leite R, Berton VF, Succi RM, Larson H, Napimoga MH. Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. *Cad Saude Publica. SciELO Public Health*; 2018;34(9):e00011618.
  9. Martins-Filho PR, Barberia LG. The unjustified and politicized battle against vaccination of children and adolescents in Brazil. *Lancet Reg Heal. Elsevier*; 2022;8:100206.
  10. Monari ACP, Sacramento I. A “vacina chinesa de João Doria”: a influência da disputa política-ideológica na desinformação sobre a vacinação contra a Covid-19. *Rev Mídia e Cotid.* 2021;15(3):125–143.
  11. Romano JO, Bittencourt TP, Uema L, Aguiar CBO, Ferreira LR. La pandemia COVID-19 como acontecimiento y la disputa política de los discursos negacionista y científico. In: Bosco E, Igreja RL, Valladares L, editors. *A América Lat frente ao Gov da COVID-19.* 1st ed. Brasília, DF: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais; 2022. p. 353.
  12. Guerreiro C, Almeida R de. Negacionismo religioso: Bolsonaro e lideranças evangélicas na pandemia Covid-19. *Reli Soc. SciELO Brasil*; 2021;41(02):49–74.
  13. Bolsen T, Druckman JN, Cook FL. How frames can undermine support for scientific adaptations: Politicization and the status-quo bias. *Public Opin Q.* Oxford University Press

- UK; 2014;78(1):1–26.
14. Moulin AM. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*; 2003. p. 499–517.
  15. Brasil. Informações em saúde (TABNET) - DATASUS [Internet]. Ministério da Saúde. 2019 [cited 2022 Aug 4]. Available from: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu\\_tabnet\\_php.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm)
  16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades [Internet]. Brasília; 2022. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
  17. Barata RB, Ribeiro MCS de A, de Moraes JC, Flannery B. Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007-2008. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Oct;66(10):934–941.
  18. TenHouten WD. Site sampling and snowball sampling-Methodology for accessing hard-to-reach populations. *Bull Sociol Methodol Méthodologie Sociol*. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2017;134(1):58–61.
  19. Fontana A, Frey JH. The interview: from structured questions to negotiated text. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handb Qual Res*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2004. p. 61–106.
  20. Vaismoradi M, Jones J, Turunen H, Snelgrove S. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *J Nurs Educ Pract*. Sciedu Press; 2016;6(5):100–110.
  21. Hirabayashi K. The impact of COVID-19 on the routine vaccinations: reflections during World Immunization Week 2020 [Internet]. Bangkok; 2020. Available from: <https://www.unicef.org/eap/stories/impact-covid-19-routine-vaccinations>
  22. Silva TMR da, Sá ACMGN de, Prates EJS, Rodrigues DE, Silva TPR da, Matozinhos FP, Vieira EWR. Yellow fever vaccination before and during the covid-19 pandemic in Brazil. *Rev Saude Publica*. SciELO Public Health; 2022;56:45.
  23. Sato APS. Pandemia e coberturas vacinais: desafios para o retorno às escolas. *Rev Saude Publica*. SciELO Public Health; 2020;54:115.
  24. Tibbels NJ, Dosso A, Fordham C, Benie W, Brou JA, Kamara D, Hendrickson ZM, Naugle DA. “On the last day of the last month, I will go”: A qualitative exploration of COVID-19 vaccine confidence among Ivoirian adults. *Vaccine*. Elsevier;

- 2022;40(13):2028–2035.
25. Temporão JG. O mercado privado de vacinas no Brasil: a mercantilização no espaço da prevenção. *Cad Saude Publica. SciELO Brasil*; 2003;19(5):1323–1339.
  26. Jones-Jang SM, Noland C. The politicization of health and science: Role of political cues in shaping the beliefs of the vaccine-autism link. *Health Commun. Taylor & Francis*; 2022;37(5):608–616.
  27. Chaney D, Lee MSW. COVID-19 vaccines and anti-consumption: Understanding anti-vaxxers hesitancy. *Psychol Mark. Wiley Online Library*; 2022;39(4):741–754.
  28. Oliveira BLCA de, Campos MAG, Queiroz RC de S, Alves MTSS de B, Souza BF de, Santos AM dos, Silva AAM da. Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. *Rev Saude Publica. SciELO Brasil*; 2021;55:12.
  29. Shwethashree M, Vanmathi A, Narayanamurthy MR, Gopi A. Did this pandemic trigger a spike in mothers' hesitancy over their children's routine immunizations?-A cross sectional study. *Clin Epidemiol Glob Heal. Elsevier*; 2022;15:101023.
  30. Seara-Morais GJ, Avelino-Silva TJ, Couto M, Avelino-Silva VI. The pervasive association between political ideology and COVID-19 vaccine uptake in Brazil: an ecologic study. *medRxiv. Cold Spring Harbor Laboratory Press*; 2022;23(1606):2010–2022.
  31. Matos CC de SA, Barbieri CLA, Couto MT. Covid-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil. *Rev Saude Publica. SciELO Brasil*; 2020;54:114.
  32. Matos CC de SA, Gonçalves BA, Couto MT. Vaccine hesitancy in the global south: Towards a critical perspective on global health. *Glob Public Health. England*; 2021 Apr;1–12. PMID: 33843459
  33. Paschoalotto MAC, Costa EPPA, Almeida SV de, Cima J, Costa JG da, Santos JV, Barros PP, Passador CS, Passador JL. Running away from the jab: factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy in Brazil. *Rev Saude Publica. SciELO Brasil*; 2021;55:97.
  34. Gramacho WG, Turgeon M. When politics collides with public health: COVID-19 vaccine country of origin and vaccination acceptance in Brazil. *Vaccine. Elsevier*; 2021;39(19):2608–2612.
  35. Fleury S, Fava VMD. Vacina contra Covid-19: arena da disputa federativa brasileira. *Saúde em Debate. SciELO Brasil*; 2022;46(spe1):248–264.
  36. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health. 2021*

- May;194:245–251.
37. Fernandez M, Matta G, Paiva E. COVID-19, vaccine hesitancy and child vaccination: Challenges from Brazil. *Lancet Reg Heal – Am* [Internet]. Elsevier; 2022 Apr 1;8:100246. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100246>
  38. Latkin CA, Dayton L, Yi G, Konstantopoulos A, Boodram B. Trust in a COVID-19 vaccine in the US: A social-ecological perspective. *Soc Sci Med*. Elsevier; 2021;270:113684.
  39. Murphy J, Vallières F, Bentall RP, Shevlin M, McBride O, Hartman TK, McKay R, Bennett K, Mason L, Gibson-Miller J. Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. *Nat Commun*. Nature Publishing Group UK London; 2021;12(1):29.
  40. Barberia LG, Rosa ISC. De que maneira a ideologia afeta a disposição a se vacinar contra o Sars-Cov-2? *Rev USP*. 2021;(131):47–64.
  41. Kuan C. Vaccine hesitancy and emerging parental norms: A qualitative study in Taiwan. *Sociol Health Illn*. Wiley Online Library; 2022;44(3):692–709.
  42. Verger P, Botelho-Nevers E, Garrison A, Gagnon D, Gagneur A, Gagneux-Brunon A, Dubé E. Vaccine hesitancy in health-care providers in Western countries: a narrative review. *Expert Rev Vaccines*. Taylor & Francis; 2022;21(7):909–927.
  43. Fowler EF, Gollust SE. The content and effect of politicized health controversies. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*. Sage Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2015;658(1):155–171.

#### 4.2.4 Exploring childhood vaccine hesitancy drivers among caregivers in Brazil and South Africa: a qualitative study

### **Exploring childhood vaccine hesitancy drivers among caregivers in Brazil and South Africa: a qualitative study**

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos<sup>a,b\*</sup>, Elizabeth O. Oduwole<sup>c</sup>, Edina Amponsah-Dacosta<sup>c</sup>, Imen Ayouni<sup>c,d</sup>, Charles Shey Wiysonge<sup>e,f</sup>, Marcia Thereza Couto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>*Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina FMUSP, Universidade de Sao Paulo, SP, BR;* <sup>b</sup>*Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Araranguá, BR;* <sup>c</sup>*Vaccines for Africa Initiative, School of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of Cape Town, Cape Town, South Africa;* <sup>d</sup>*Department of Paediatrics and Child Health, Red Cross War Memorial Children's Hospital, University of Cape Town, Cape Town, South Africa;* <sup>e</sup>*Division of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health and Family Medicine, University of Cape Town, Cape Town, South Africa;* <sup>f</sup>*Vaccine-Preventable Diseases Programme, Universal Health Coverage / Communicable and Non-Communicable Diseases Cluster, World Health Organization Regional Office for Africa, Brazzaville, Congo*

#### **Abstract**

This article explores the global challenge of declining vaccination coverage, emphasizing the role of vaccine hesitancy in Brazil and South Africa, two socioeconomically unequal BRICS nations. Despite established immunization programs, both countries face coverage decreases leading to disease outbreaks. This qualitative study aims to understand childhood vaccine hesitancy in these contexts, highlighting social and behavioral drivers. In-depth interviews were conducted in three cities: Sao Luis (Maranhao State, Brazil), Florianopolis (Santa Catarina State, Brazil) and Cape Town (Western Cape Province, South Africa). Families with children up to 6 years old were included. Data were analyzed using thematic analysis methods. Forty-two caregivers in 31 families were interviewed in both countries, across diverse range of socioeconomic groups. The study identifies vaccine hesitancy drivers in Brazil and South Africa across three domains: 'practical issues', 'thinking and feeling about vaccines', and 'social processes'. Practical issues like access, worktime, and forgetfulness are prevalent among lower-income non-white families. On the contrary, informed decisions not to vaccinate linked to neoliberal parenting values are found among higher-income white families, reflecting social processes. In 'thinking and feeling about vaccines', common fears of side effects and vaccine components are observed. Additionally, an anti-system stance is noted in both countries among hesitant families. This research's findings reiterate that one size does not fit all when it comes to health policies. Historical, cultural, and social backgrounds inform health decision-making processes. Qualitative research helps to better understand the social and behavioral drivers of complex health phenomena.

**Keywords:** vaccination; vaccine hesitancy; child health; qualitative research; Brazil; South Africa.

## 1. Introduction

Decrease in vaccination coverage is a worldwide challenge and is due to different reasons across the globe. Vaccine hesitancy, defined as "a motivational state of being conflicted about, or opposed to, getting vaccinated" <sup>1</sup>, plays a big role in this scenario. This complex phenomenon has its particularities in each spatial and temporal context, and it is known that the Global South has its own challenges regarding vaccine acceptance <sup>2</sup>.

Brazil and South Africa are two developing countries that are part of the group of major emerging economies called BRICS. Although having had different historical and social formations, both countries are socially complex, economically similar and two of the most socioeconomically unequal countries in the world <sup>3</sup>.

Both countries have old and well established immunization programs: the National Immunization Program (PNI), in Brazil, launched in 1973 and improved from 1990 after the implementation of the Unified Health System (SUS) <sup>4</sup>; and the Expanded Programme on Immunization of South Africa (EPI-SA), launched in 1974, but fragmented up until 1995 because of the segregationist apartheid system <sup>5</sup>. Childhood immunization services are offered universally and free of charge in public health facilities through both Programs <sup>4,5</sup>.

Despite the many advances and achievements of both programs, such as expanding vaccination schedules, pioneering the introduction of certain vaccines on their respective continents (Africa and Latin America), eradication and control of various vaccine-preventable diseases (VPD), and self-financing the offered vaccines through their governments <sup>5-8</sup>, both countries have been facing severe challenges in maintaining vaccination coverage.

In Brazil, since 2016, vaccination coverage has declined by around 10 to 20 percentage points<sup>9</sup>. Between 2016 and 2018, only BCG reached the recommended coverage level<sup>8</sup>. Low vaccination coverage led to the reintroduction of measles in the country and outbreaks of the disease, which had received the certificate of elimination in 2016 by the World Health Organization (WHO) - and lost it in 2019<sup>10</sup>. In South Africa, the immunization coverage has been steadily declining since 2014, and 40.8% of the country's children are not fully immunized for age<sup>11</sup>. The country has been facing outbreaks of VPD diseases such as measles, rubella and cholera in different provinces, even those that have achieved the recommended vaccination coverage, besides the reported cases of pertussis<sup>5,11,12</sup>.

Vaccine hesitancy is a very variable and context specific phenomenon and, besides that, it is not the only reason for non-vaccination<sup>13</sup>. These context particularities and reasons for defaulting must be better understood, especially in the Global South context, as most of the knowledge about vaccine hesitancy comes from Global North high income countries<sup>2,13</sup>. Also, little is known about the social and behavioral aspects related to the decision making on vaccination in Latin America and Africa<sup>2</sup>.

Both in Brazil and South Africa, studies have found a change in the socioeconomic features of vaccination coverage. In Brazil, while in 1982 vaccination coverage was higher among wealthy families' children, in 2015 this pattern changed, with higher coverage among poorer children, probably due to increased vaccine hesitancy<sup>14</sup>. In South Africa, low and upper-middle socio-economic quartiles (SEQ) were associated with delayed uptake of vaccine doses, and upper-middle SEQ predisposed delaying uptake of the 1st dose of the measles vaccine<sup>12</sup>. However, the quantitative tools used in the surveys were not enough to assess how self-perceived social positions reflect in health decision making process. Furthermore, different Global South countries share some vaccine hesitancy drivers but also reveal local particularities<sup>2</sup>.

Until recent times there was no qualitative approach tool made or recommended by the global health organizations to evaluate vaccine hesitancy <sup>1,15</sup>. Qualitative approach in health research enables a better comprehension of complex phenomena, especially in specific contexts and regarding social processes that could influence the decision-making process <sup>16</sup>. This study explores the phenomenon of childhood vaccine hesitancy, with the aim to better understand the social and behavioral drivers associated with the decision making process among Brazilian and South African families.

## **2. Materials and Methods**

In this qualitative study, we used in-depth interviews to explore the opinions and understandings of Brazilian and South African caregivers of young children about routine childhood vaccines.

### **2.1 Study sites**

The research initially took place in two Brazilian cities: Sao Luis (State of Maranhao, in the northeastern region of Brazil) and Florianopolis (State of Santa Catarina, in the southern region of Brazil). These cities were chosen because, among the five capitals with the lowest vaccination coverage recorded in Brazil in 2019, Sao Luis ranked first and Florianopolis fourth <sup>17</sup>. These two cities were chosen over the other three because they are in different regions (Northeast and South) and have the greatest diversity in social, cultural, geographical, and economic terms. Florianopolis has high socioeconomic and health/sanitary indexes, whereas Sao Luis has low ones <sup>18</sup>.

Cape Town, in the Western Cape Province of South Africa, was included as the third city of this research thanks to an agreement between the University of Sao Paulo (USP), home university of the research project, and the University of Cape Town (UCT). In addition, previous

studies have shown sub-optimal immunization coverage and lack of immunization timeliness in the Western Cape population <sup>12,19,20</sup>.

## 2.2 Inclusion criteria

Families invited to participate in the study were those living in Sao Luis (BR), Florianopolis (BR) or Cape Town (SA), who had a child or children up to six years old. In Brazil, we included families with all behaviors regarding childhood routine immunization: families with (1) fully or (2) partially vaccinated child or children, the latter comprising the group that selected or postponed some vaccines, as well as with (3) unvaccinated child or children. In South Africa, as Cape Town was the last city to be included in the study, and due to the emphasis on the comparative perspective of vaccine hesitancy drivers, we only included families that have not followed the vaccination schedule, regardless of the reason.

As the aim of this article is to compare the vaccine hesitancy phenomenon in both countries, the Brazilian families whose children were fully vaccinated as recommended were excluded from this article's analysis. The analysis presented here is based on empirical material from families that have not followed the recommended vaccination schedule, regardless of the reason, in both countries, totaling 42 caregivers in 31 families (12 in Florianopolis, 08 in Sao Luis and 11 in Cape Town).

Families in various configurations were included, such as nuclear, single-parent and extended. We separately interviewed two family members identified as the principal caregivers of the child, i.e., those responsible for their daily care and decision-making regarding their health. Besides the single-parent families, in some other families it was only possible to interview one of the principal caregivers (usually the mother), because the other caregiver was either unavailable or did not respond to contact attempts.

Participants with different characteristics such as socioeconomic levels, racial groups, levels of education, and residence in different neighborhoods of the three cities were targeted for inclusion when possible.

### 2.3 Sampling and recruitment

Participants were recruited using snowball sampling<sup>21</sup>, a strategy that facilitates inclusion of hard-to-reach populations, such as families that select, postpone, or do not vaccinate their children. Starting from initial sources, each family suggested others to participate in the study. The initial interviewees were families with no relation to the researchers, identified by people from the personal and professional circles of the study investigators.

### 2.4 Data collection

We extracted empirical data from in-depth interviews<sup>22,23</sup>. A trained, experienced researcher conducted the interviews in both countries, using the same pre-established and tested interview guide (supplementary file 1). The interviews were conducted in Portuguese in Brazil, and in English in South Africa. The English translation of the interview guide was reviewed by researchers from UCT and the South African Medical Research Council (SAMRC) before being applied.

Due to the COVID-19 pandemic, we conducted interviews virtually or in-person, according to the participant's preference. In Brazil, only one interview occurred in person (respecting existing COVID-19 protocols); all others took place virtually using the Zoom® platform. In South Africa, where the fieldwork took place in 2023, most interviews were conducted in person.

The interviews lasted from 10 to 108 minutes (mean 44.9 minutes), totaling 46 hours and 23 minutes of recordings. All interviews were fully audio-recorded and transcribed by the manuscript's first author. The names of all interviewees were replaced by codes to protect participants' anonymity.

The fieldwork started in March 2021 in both Brazilian cities, and we finalized data collection in June 2021 in Florianopolis and in April 2022 in Sao Luis. The difference in time for data collection was due to the greater difficulty in finding eligible participants among the residents of Sao Luis than among those of Florianopolis. The fieldwork in Cape Town took place between May and July 2023. The final number of interviews conducted in the three cities was determined based on the information produced during data collection, according to the saturation criterion <sup>23</sup>.

## 2.5 Data analysis

We evaluated and interpreted the interviews using thematic analysis <sup>24</sup>, focusing on the content of caregivers' narratives, and their contextual meaning. The data for each country was analyzed separately, following the same steps. After an immersive reading of the transcriptions, highlighting the meaning units, we listed the codes. A spreadsheet was used both to list the codes, after abstracting participants' accounts, and for grouping codes into categories, from which the themes emerged. We used the step-by-step theme development proposed by Vaismoradi and team <sup>25</sup> and the iterative categorization technique proposed by Neale <sup>26</sup>. Afterwards, we compared the themes that emerged in each country, looking for similarities and differences. We carried out the final synthesis of relating themes to established knowledge <sup>25</sup>. The WHO guide 'Behavioral and social drivers of vaccination: Tools and practical guidance for achieving high uptake' was used to organize the drivers found into the domains that lead to vaccine acceptance or hesitancy:

‘thinking and feeling about vaccines’ and ‘social processes’, as well as the ‘practical issues’ domain was also addressed.

## 2.6 Ethical statement

The study received ethics approval in both countries: in Brazil, from the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Sao Paulo (CAAE n° 37536320.2.0000.0068); in South Africa, from the Human Research Ethics Committee of the University of Cape Town (HREC 178/2023). All participants signed an informed consent form. Codes were assigned to the participants to ensure anonymity. Each family was identified by a number. The participants’ codes are formed by the family number followed by the initial letter of the kinship (M = mother; F = father; A = auntie; G = grandmother).

## 3. Results

We interviewed 12 families in Florianopolis (BR), 8 families in Sao Luis (BR) and 11 families in Cape Town (SA). The 42 interviewees were mostly mothers (n = 28) and fathers (n = 14), in a large range of socioeconomic and racial groups, living in a variety of neighborhoods in each one of the cities. The participants’ sociodemographic characterization and position regarding the vaccines are available in the tables provided as supplementary files. It is important to note that, although all these families have not followed the vaccination scheduled as expected, their reasons for doing so were quite diverse.

The ‘practical issues’ domain, especially regarding issues of access to health facilities, worktime/not having time, and forgetting the vaccine appointment, was almost exclusively found among the medium-low and low income non-white families, in both countries.

**Table 1.** Practical issues drivers of childhood vaccination uptake in Brazil and South Africa

Driver	Illustrative quotes	
	South Africa	Brazil
Forgetfulness	I forgot about it, the appointment. So I went, so I was waiting the whole day there, because they had more appointments on that day also. [44M]	I've already scheduled everything in my calendar, on my cell phone, so I don't forget. But I think she had three vaccines that were delayed: the meningo, the pneumo, yellow fever... [33M]
Lack of time/Worktime	No, I never had [the mass campaign vaccines], never did that. We don't have time. [39F]	The clinics were open from Monday to Friday, and at that time I worked from Monday to Saturday. I'd leave home very early, and only come back at eight, nine in the evening, right? So I ended up having no time at all. [31M]
Health facility issues	I don't like these health facilities, 'cause it's not nice service that you get by the clinic, it's poor service that we get by the health facilities around here. [42M]	I go to the clinic and there's no vaccine, 'oh, the vaccine lady didn't come', then there's no one else to vaccinate. 'Oh, there's no vaccine, it is only somewhere else'. So it's exhausting, you know? [27M]

On the other hand, making an informed decision not to vaccinate was mainly found among medium-high and high income white families. Either in Brazil or South Africa, these families question the hegemonic norm and value parental autonomy. They practice intensive parenthood, from birth (usually choosing home birth) to education, which is also kept within the household (homeschooling in Cape Town and parent cooperatives in Florianopolis).

The drivers of vaccine hesitancy that emerged from the interviewees' narratives were grouped into the two domains that lead to the 'motivation' (or hesitancy) domain: the 'thinking and feeling about vaccines', which means how individuals see vaccines themselves; and the 'social processes', i.e., individuals' worldviews and how they see themselves, regarding their social position.

### 3.1 Thinking and feeling about vaccines.

Overall, the fears and concerns about the childhood vaccines were similar in both countries: the potential short and long-term side effects, and the vaccines' composition.

**Table 2.** Thinking and feeling about vaccines: similarities between Brazil and South Africa

Driver	Illustrative quotes	
	South Africa	Brazil
Fear of vaccines' side effects	It was clear that to me the vaccine is... there are side effects of vaccine which I would say are worse than getting the sickness itself. [35F]	There are two options: you buy the risk of giving the vaccines and your child having sequelae, and the other option is that you don't give them and also run the risk of your child having sequelae. So I weighed up what I could handle. [13M]
Fear of vaccines' components	There's also things like Mercury or heavy metals or other things that are put in when they made [the vaccines] that can't be good for the body. [38M]	To preserve whatever is in the vaccine, they put in these heavy metals. [...] If the laboratories make a version that maybe lasts less, but doesn't have this junk in it, I think many more people would vaccinate because argument number one would disappear. [12F]

However, there was a noteworthy difference between the supposed side effects of vaccines mentioned by hesitant caregivers in both countries. Only in South Africa did the hesitant caregivers believe that vaccines cause autism, cancer, and allergies; and might change children's personality. On the other hand, only Brazilian caregivers have mentioned the high amount of vaccines' shots and the early age of commencement as reasons to not vaccinate. That is why most of the hesitant families in Brazil have selected or postponed the vaccines, instead of totally refusing them.

**Table 3.** Thinking and feeling about vaccines: particularities from Brazil and South Africa

Driver	Illustrative quotes	
	South Africa	
Fear of alleged side effects	And then from the reading and the research obviously, there's stuff that's saying that autism can potentially be linked to it, and that, you know, with boys it's a bigger risk of autism. [38M]	If I got 0% chance of getting autism or passing on autism or very low percent of passing on autism, but then I insert a vaccine in my body that gives me the probability of getting autism, doesn't make sense. It's just stupidity, you know? [36F]
	[Vaccines lead to] Constant inflammation, so, inflammation is one of the major contributions to cancer, so I feel you put yourself and your child at risk for neurodiversity and cancer growing properties. [37M]	And just from a spiritual perspective, I think it [vaccine] changes people. [...] I just see it in children's eyes if they are still -I don't wanna say properly there- but if they're still protected, and I just find that somehow it changes something in them. [35M]
Driver	Brazil	
Criticism of the vaccination schedule	If vaccines were given at an older age, I would certainly give them all without hesitating. [...] So for me, this is the big problem with the vaccine: age. That you have to get a lot of vaccines when you're a baby, you know? [08M]	When the doctor said 'there is this one, this one and this one', where I thought 'oh, that's a lot of vaccines', I'd say 'which one is contagious? Ok, then let's take this one'. [09M]

### 3.2 Social processes

Some of the social norms, values and perceptions that affect the decision not to vaccinate were found in groups with similar socioeconomic background in both countries. Among the higher income hesitant families, the values of individuality, freedom and parental autonomy are important drivers in the decision-making process. Those same higher income families believe that each child must be seen as unique, and its context must define the need to be vaccinated or not. These beliefs are marked by racial and social class differentiation.

The interviewed hesitant families stand up as 'anti-system' rather than anti the vaccines themselves. In both countries, the criticism of the medical-pharmaceutical industry, and the perceived profit prioritization over health, stood out as an important driver of not trusting

vaccination among the higher income white families. These families tend to avoid the ‘medical world’ –even the routine childcare appointments and prefer alternative medicines.

**Table 4.** Social processes drivers: similarities between Brazil and South Africa

Driver	Illustrative quotes	
	South Africa	Brazil
Freedom and parents’ autonomy values	We firmly believe you aren’t a parent if you’re gonna let the government give rulings to you to raise your child. Then you’re not parenting. [...] The home is where a child learns, the home is where a child is raised, and the home is who makes the decisions. [36M]	The parents are in charge. This is something that is our right, the child is ours and, in any situation, whether it’s an architect, a judge, a lawyer or a doctor, everyone is here to advise and not to order. Never. [11F]
Self-perceived socioeconomic/ racial position	If you talk maybe to white people around here it’s gonna be different then if you go in the coloured area. [...] I’m just thinking, maybe if you live in a, you know, shanty town, and the water is dirty, and your baby is playing in this... you know? Maybe there really is polio, or I don’t know what other illnesses, or maybe they don’t eat so well, so their body is already... you know? We’re very lucky that we can eat organic and we have time to meditate, and it’s like, they’re like trying to survive, you know? So maybe if someone gives a free vaccine, maybe it’s better, maybe their kids really do die of whatever the vaccine [laugh]... pneumonia, I don’t know what. Whereas here it’s like we don’t really hear stuff like that. [34M]	My son, who we take more care of feeding, who has a more suitable environment, he’s obliged to take a vaccine than that child who lives in the favela, who has poor sanitary conditions, who doesn’t eat well, whose mother can’t give him that support, right? [15M]
		I live in a very bourgeois world, right? I don’t live in the outskirts, I don’t have contact with people from the outskirts, who are children who are more... susceptible, with people who are more likely to have these diseases, right? [08M]
Being “anti-system”	Even when he was born, like, they do vitamin K and other things, and we did nothing. He never even went to a doctor. [The midwife] just checked him. I never went to a pediatrician. [...] I just feel like the way society is built there is a lot of problems [...] so I’m very out of this, and that’s how I live and sort of the vaccine is like part of this slide rejection of society and the way things are and how I think it should be. [34M]	I’m very against this medicine that we use here in Brazil, right? So I only really take medicine when there’s no other possibility and that’s where I get this vaccine thing from, you know? Which I think it’s a commercial industry. Medicine as an industry shouldn’t exist, just like education. When it’s commerce, when it makes a profit, it’s not ideal, I think. [...] So I have this preconception because of the money that revolves around medicine, health in Brazil, you know? [08M]

Although in both countries those families advocate for a “natural” lifestyle and believe that vaccines are an unnatural intervention in children’s body and immune system, hesitant families in South African seem to take it in a more extreme way than in Brazil. Only in that country the sense of ‘not intervening in one’s destiny’ has emerged, regardless of the socioeconomic and racial group.

It is noteworthy to mention that the anti-system position also stood out among another social group: the hesitant lower income black families in South Africa. In a different way from the previous group, to them the ‘system’ is any intervention seen as ‘western’, including vaccination. They do not feel welcome in health facilities, trust more and prefer to use traditional African treatments, and view some of the strategies to increase vaccination coverage with suspicion.

**Table 4.** Social processes drivers: particularities from South Africa

Driver	South Africa
Sense of not intervening in destiny	When people do tell me ‘but, yeah, you could have avoided it your child getting polio’. Then I’m like: okay, so... firstly you make sure your child has a proper immune system to fight things like that. And the other thing is: if that was his journey and that’s his destiny, and he should get polio, who am I to interfere with that destiny? And, yes, it’s maybe not a good one, but my life hasn’t been easy as well. I was nearly paralyzed, and not a vaccine or anything would have stopped that experience, but it was my destiny. So I’m dealing with whatever I have to deal with or the decisions I made. [37M]
	If you come across it [an illness], if you come by it and you have to fight it, your body is equipped to do that, that’s how we were designed, that’s how the Good Lord created us, but you don’t deliberately go and stick something foreign or harmful to yourself, in yourself. [36F]
	There are some who were born in the poorest rural areas, where there is no transport, there is no way to take the pregnant mother to hospital, so those people they give birth at home, you see? [...] So people like us who have been injected with these things, you cough once, you know ‘okay, tablet time’. So there is a difference: me, I’m westernized. That guy was born in a poor rural area, he is too African, he’s growing in God’s way. He doesn’t get that sick, like we people we get. [40F]

Criticism of western/ medical system and interventions	I can explain to you like this: most of us whereas on the side of the color, or blacks, first thing that we don't like is medication if you're in the hospital. We only went there when you're sick. Not actually sick, when you injured. We don't go when we're sick there, because we don't see any use, because even in the facilities they don't give you that serious notice, even the care, because we not financially fit, we are on the second level of the economy, we down there. [39F]
	First of all, I've got a problem with these vaccines and everything, you see, all these western things. I'm an African, for being honest with you. So I believe in in African things, you see? But now, we're living in West while we are in the Southern Hemisphere. [...] And then they started promising vouchers now, 'you gonna get the food voucher', so ooh oh oh, why don't you go to the white area and go tell them that they're gonna get food vouchers? You don't go there and tell them that they gonna get food vouchers. Are we that poor? To take something that's gonna kill you and then give you food for now? Ha ha [laugh], sorry, I'm fine. [40F]
	I'm a traditional healer. [...] So they [children] are not consistently getting sick, because I even can make some medications, traditional medications for them, then they get better. So I can say I'm not a doctors or hospital someone, I believe in my ancestors and traditions. [...] So why should I go there while I could do it myself? I don't belong there. [41M]

#### 4. Discussion

Both Brazil and South Africa face challenges such as the underfunding of their respective health systems, vaccine stockout or other access related issues. The practical issues domain has already been reported as a great reason for low vaccination coverage in both countries <sup>9,27</sup>. In this research, the defaulting was mainly found among lower income families, either because of socioeconomic factors or health facilities issues. As pointed out by Oduwole et al. <sup>27</sup>, as many reasons for defaulting in the Cape Metro reflect inequitable socio-economic conditions, a multi-dimensional approach is need to optimize vaccination uptake. However, vaccination coverage alone doesn't inform on the level of adherence and timeliness to the national schedules <sup>12</sup>, as the proportion of delayed vaccine uptake is high in both countries. In South Africa, 40.8% of the country's children are not fully immunized for age <sup>11</sup>, and between 25.5% and 32.2% of the interviewed caregivers delayed vaccine uptake <sup>12</sup>. In Brazil, rates between 40.5% and 89% were found for delaying at least one vaccine <sup>28-30</sup>.

While defaulting predominated among lower income families, the informed decision not to vaccinate came from high-income and educated families. These findings support the paradigm shift between accessibility and acceptability: when universal access has been guaranteed, it now comes down to the individual acceptability of those with higher incomes and schooling <sup>31</sup>.

Among those higher income families, on the other hand, values such as individualism and autonomy has been growing. Kuan <sup>32</sup> findings show that the uniqueness of each child, informed decision-making and intensive parenting are essential elements in contemporary parenting norms. Many middle and upper-class families, based on a neoliberal logic, believe that health decisions and risk management are their responsibility as parents <sup>33</sup>.

According to these neoliberal parenting values, universal interventions such as vaccination are criticized <sup>34</sup>. Both data from Florianopolis (BR) and Cape Town (SA) have shown lower vaccination coverage among the higher social stratum <sup>12,14</sup>. Other qualitative studies show that although the majority of caregivers have doubts and concerns about vaccines, those in the higher socioeconomic strata are the ones who can channel their resources into dealing with these issues <sup>35</sup>. The hesitant caregivers belonging to the middle and upper classes in different countries are the ones who feel authorized to question state policies and bear the possible consequences of non-vaccination <sup>32,34,35</sup>.

These families hold an “anti-system” worldview, are critical of the medical and pharmaceutical industries and seek to improve children’s health through everyday practices <sup>32</sup>. Considering the pharmaceutical industry untrustworthy has been consistently mentioned as a reason to not vaccinate across the globe <sup>36-38</sup>. Also, these lifestyle and worldview lead these families to use Complementary and Alternative Medicines (CAM), as they also reject the medical epistemology itself <sup>39</sup>. It is known that caregivers of unvaccinated children might be four times

more likely to use these alternative practices, and that those who use CAM are more likely to reject vaccination <sup>36</sup>.

Besides the neoliberal logic, Wiysonge et al. <sup>33</sup> propose a second pathway through which vaccine hesitancy drivers could find fertile ground: the social exclusion. The experiences of social exclusion led marginalized parents to a distrust in the government and therefore to resist vaccination as a form of agency <sup>33</sup>. This theorized understanding could explain the behavioral and social drivers of vaccine hesitancy found among black lower income South Africans families, such as the feeling of not belonging to the healthcare system and the suspicious of some government interventions to increase uptake rates. Also, these families' rejection of what they consider to be 'western interventions' and their preference for traditional African practices is well described in literature from African countries <sup>2</sup>. The avoidance of the healthcare system represents a challenge for immunization policies, as the South African National EPI Coverage Survey has shown that children born at home or in places other than a healthcare facility were 500% more likely to be unvaccinated in comparison to those born in public healthcare facilities <sup>19</sup>.

Both Brazil and South Africa are multiracial nations where the ethnicity still define social positions reflected in patterns of illness and death <sup>3</sup>. As both countries present a deep complex historic and social background, addressing it might be useful to understand complex health phenomena. In South Africa, the huge inequalities remaining from apartheid era still reflect in disparities in health, including immunization coverage <sup>11</sup>. Even though there was a timeline difference, Brazil and South Africa had similar policies based on exclusionary racial laws and were both named as "Rainbow Nation" by their respective governments <sup>3</sup>. This is reflected in the narratives of risk perception based on the interviewees' self-perceived racial and economic positions found in this research.

In Brazil, the criticism of the vaccination schedule was an important reason for parents to postpone or select vaccines. Brazil is well known by its large vaccination schedule, which offers 28 vaccines (15 for children) and covers all age ranges<sup>8</sup>. The Pan-American Health Organization had already warned that one of the reasons for the decrease in Brazil's vaccination coverage is the complexity arising from the expansion of the vaccination schedule<sup>4</sup>. Previous researches in Brazil show that most parents of preschool children did not know which and how many vaccines their children had received<sup>40</sup> and almost half of the interviewed parents believe that it would be better for their children to take fewer shots of vaccine at a time<sup>29</sup>. This finding was also reported worldwide: many parents believe that children get too many vaccines during their first years and prefer that fewer shots be given at one time<sup>41</sup>.

The fear of the adverse effects following immunization (AEFI) is mentioned as one of the main reasons not to vaccinate across the globe<sup>42-44</sup>. The success of vaccination programs led parents to minimize the perceived risks of VPDs, and to magnify both the perceived risks of AEFI and the perceived control over VPDs risk. Among families that practice intensive parenting, this biased focus on the potential risks of vaccines is especially higher<sup>36</sup>. It is noteworthy that unreal or conspiratorial vaccines' alleged adverse effects were expressively found among South African hesitant families, as much as beliefs related to destiny or spirituality. Previous researches show that religion and other cultural drivers play a big role in vaccine hesitancy in African countries, including South Africa<sup>2,44</sup>.

This research is not without limitation. The first limitation is the time difference in the field research: the interviews in the two Brazilian cities took place in the early stages of the COVID-19 pandemic, while in Cape Town the research was conducted in 2023. This may have interfered with some perceptions about the vaccines. Also, it is worth noting that the findings

presented here may not necessarily be representative of the entire country, as the research was conducted in one or two cities in each country.

## **5. Conclusion**

Our findings suggest that some of the immunization programs challenges are shared by different contexts and countries, such as the ones grouped into the practical issues domain and some of the vaccine hesitancy drivers that are found all over the world. Those challenges can be mostly addressed by improving the healthcare system and facilities or through educational approaches on vaccines.

However, this research's greatest contribution is to reiterate that one size does not fit all when it comes to health policies. Also, it reiterates the importance of qualitative research in view to better understand complex health phenomena, such as vaccine hesitancy. The social and behavioral drivers of vaccine hesitancy in low- and middle- income countries remain somewhat unclear, and their understanding is essential to establish immunization policies that fit the local realities.

Furthermore, the findings show how historical, cultural, and social backgrounds inform health decision-making processes. We highlight how socioeconomic and racial/ethnic inequalities stand out in interviewees' narratives, whether in the perception of protection due to belonging to a socially privileged group or in the belief of not belonging to the hegemonic health system. Therefore, our findings point to the need for a multiple perspectives theorized understanding of vaccine hesitancy phenomenon. As the opinions and attitudes towards vaccination very often inform more about values, beliefs, lifestyle and worldview than about vaccines themselves, this research shows how a social sciences lens is essential for an in-depth understanding of the decision making process on vaccination.

**Funding:** This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel of the Brazilian Government) - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

## References

1. World Health Organization. Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake [Internet]. Geneva; 2022. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354459>
2. Matos CC de SA, Gonçalves BA, Couto MT. Vaccine hesitancy in the global south: Towards a critical perspective on global health. *Glob Public Health*. 2021 Apr;1–12.
3. de Souza IM, Hughes GD, van Wyk BE, Mathews V, de Araújo EM. Comparative analysis of the constitution and implementation of race/skin color field in health information systems: Brazil and South Africa. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2021;8:350–62.
4. Pan American Health Organization. 30 anos de SUS, que SUS para 2030? [Internet]. 2018. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>
5. Wiysonge CS, Ngcobo NJ, Jeena PM, Madhi SA, Schoub BD, Hawkrigde A, et al. Advances in childhood immunisation in South Africa: where to now? Programme managers' views and evidence from systematic reviews. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1–9.
6. Dlamini NR, Maja P. The Expanded Programme on Immunisation in South Africa: A story yet to be told. *South African Med J*. 2016;106(7):675–7.
7. Brasil. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 228 p. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_imunizacoes\\_pni40.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf)
8. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cad Saude Publica*. 2020;36(Suppl. 2):e00222919.
9. Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? Vol. 52, *Revista de Saúde Pública*. scielo; 2018. p. 96.
10. Matos CC de SA. Mídia e saúde. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2020;15(42):2211.
11. Nnaji CA, Wiysonge CS, Lesosky M, Mahomed H, Ndwandwe D. Covid-19 and the gaping wounds of south africa's suboptimal immunisation coverage: An implementation research imperative for assessing and addressing missed opportunities for vaccination.

- Vaccines. 2021;9(7):691.
12. Blose N, Amponsah-Dacosta E, Kagina BM, Muloiwa R. Descriptive analysis of routine childhood immunisation timeliness in the Western Cape, South Africa. *Vaccine X*. 2022;10:100130.
  13. Cooper S, Betsch C, Sambala EZ, Mchiza N, Wiysonge CS. Vaccine hesitancy—a potential threat to the achievements of vaccination programmes in Africa. *Hum Vaccin Immunother*. 2018;14(10):2355–7.
  14. Silveira MF, Buffarini R, Bertoldi AD, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, et al. The emergence of vaccine hesitancy among upper-class Brazilians: Results from four birth cohorts, 1982–2015. *Vaccine* [Internet]. 2020;38(3):482–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X19314598>
  15. World Health Organization. Development of tools to measure behavioural and social drivers (BeSD) of vaccination - Progress Report [Internet]. Geneva; 2020. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/besd\\_progress\\_report\\_june2020.pdf?sfvrsn=10a67e75\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/besd_progress_report_june2020.pdf?sfvrsn=10a67e75_3)
  16. Shapiro GK, Kaufman J, Brewer NT, Wiley K, Menning L, Leask J, et al. A critical review of measures of childhood vaccine confidence. *Curr Opin Immunol*. 2021;71:34–45.
  17. Brasil. Informações em saúde (TABNET) - DATASUS [Internet]. Ministério da Saúde. 2019 [cited 2022 Aug 4]. Available from: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu\\_tabnet\\_php.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm)
  18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE Cidades [Internet]. Brasília; 2022. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/>
  19. Republic of South Africa. Expanded Programme on Immunisation (EPI) National Coverage Survey Report. Pretoria; 2020.
  20. Corrigan J, Coetzee D, Cameron N. Is the Western Cape at risk for an outbreak of preventable childhood diseases? Lessons from an evaluation of routine immunisation coverage. *South African Med J*. 2008;98(1):41–5.
  21. TenHouten WD. Site sampling and snowball sampling-Methodology for accessing hard-to-reach populations. *Bull Sociol Methodol Méthodologie Sociol*. 2017;134(1):58–61.
  22. Becker H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 1st ed. São Paulo: Hucitec; 1992. 172 p.
  23. Fontana A, Frey JH. The interview: from structured questions to negotiated text. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2004. p. 61–106.
  24. Gomes R. A análise de dados em Pesquisa Qualitativa. In: Minayo MC de S, editor. *Pesquisa social – Teoria, método e criatividade*. 21st ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 67–80.
  25. Vaismoradi M, Jones J, Turunen H, Snelgrove S. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *J Nurs Educ Pract*. 2016;6(5):100–10.

26. Neale J. Iterative categorization (IC): a systematic technique for analysing qualitative data. *Addiction*. 2016;111(6):1096–106.
27. Oduwole EO, Laurenzi CA, Mahomed H, Wiysonge CS. Enhancing Routine Childhood Vaccination Uptake in the Cape Metropolitan District, South Africa: Perspectives and Recommendations from Point-of-Care Vaccinators. *Vaccines*. 2022 Mar;10(3).
28. Núñez IB, Rojas LQ, Oliveira MV de F, Delgado OT, Cedro WL, Rivera YR, et al. Movimento antivacina no município de Caçador-SC: fatores que influenciam na recusa e hesitação à vacinação. *Tópicos atuais em saúde e abordagens sobre saúde, doença e cuid.* 2022;1(1):174–80.
29. Benício JA. Imunização infantil na Atenção Primária em Saúde: hesitação vacinal entre pais e perspectiva de profissionais [master's thesis]. Universidade Federal da Paraíba; 2023.
30. Lima JG. Hesitação vacinal infantil e fatores associados: estudo em região metropolitana do Nordeste brasileiro no contexto pandêmico [master's thesis]. Universidade Federal do Maranhão; 2022.
31. Waldman EA. Mesa-Redonda: Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Suppl. 1):129–32.
32. Kuan C. Vaccine hesitancy and emerging parental norms: A qualitative study in Taiwan. *Sociol Health Illn*. 2022;44(3):692–709.
33. Wiysonge CS, Ndwandwe D, Ryan J, Jaca A, Batouré O, Anya BPM, et al. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19: could lessons from the past help in divining the future? *Hum Vaccin Immunother*. 2022 Dec;18(1):1–3.
34. Reich JA. Neoliberal mothering and vaccine refusal: imagined gated communities and the privilege of choice. *Gend Soc*. 2014;28(5):679–704.
35. Peretti-Watel P, Ward JK, Vergelys C, Bocquier A, Raude J, Verger P. 'I think I made the right decision... I hope I'm not wrong'. Vaccine hesitancy, commitment and trust among parents of young children. *Sociol Health Illn*. 2019;41(6):1192–206.
36. Lafnitzegger A, Gaviria-Agudelo C. Vaccine hesitancy in pediatrics. *Adv Pediatr*. 2022;69(1):163–76.
37. Verger P, Botelho-Nevers E, Garrison A, Gagnon D, Gagneur A, Gagneux-Brunon A, et al. Vaccine hesitancy in health-care providers in Western countries: a narrative review. *Expert Rev Vaccines*. 2022;21(7):909–27.
38. Barbieri CLA, Couto MT. Decision-making on childhood vaccination by highly educated parents. Vol. 49, *Revista de Saúde Pública*. scielo; 2015. p. 1–8.
39. Attwell K, Leask J, Meyer SB, Rokkas P, Ward P. Vaccine Rejecting Parents' Engagement With Expert Systems That Inform Vaccination Programs. *J Bioeth Inq* [Internet]. 2017;14(1):65–76. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9756-7>
40. Olbrich Neto J, Olbrich SRLR. Attitudes, hesitancy, concerns, and inconsistencies regarding vaccines reported by parents of preschool children. Vol. 41, *Revista Paulista de*

Pediatrics; 2023.

41. Hulsey E, Bland T. Immune overload: Parental attitudes toward combination and single antigen vaccines. *Vaccine* [Internet]. 2015;33(22):2546–50. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X15004739>
42. Brown AL, Sperandio M, Turssi CP, Leite R, Berton VF, Succi RM, et al. Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(9):e00011618.
43. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine* [Internet]. 2014;32(19):2150–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X14001443>
44. Oduwole EO, Mahomed H, Laurenzi CA, Larson HJ, Wiysonge CS. Point-of-care vaccinators' perceptions of vaccine hesitancy drivers: A qualitative study from the cape metropolitan district, South Africa. *Vaccine*. 2021 Sep;39(39):5506–12.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O *corpus* de artigos aqui apresentados comprova aquilo que já prevíamos no início deste projeto: que a hesitação vacinal consiste em um fenômeno complexo, multicausal, com profundas raízes socioculturais e que se apresenta de formas variadas a depender do contexto espaço-temporal. Ainda, revela quão desafiadora e ousada é a decisão de trabalhar com objetos de pesquisa de tamanha dinamicidade e cuja produção literária ainda é, de certa forma, incipiente – especialmente em países de baixa e média renda.

A produção científica aqui apresentada, assentada em uma robusta pesquisa empírica, buscou contribuir para a compreensão do fenômeno em termos teórico e metodológico. Primeiramente, salientamos a diversidade de contextos e atores que compuseram a investigação aqui proposta: as escolhas metodológicas nos permitiram, por exemplo, fugir da perspectiva hegemônica de que o cuidado cabe às cuidadoras mulheres/mães, dando aos cuidadores homens/pais a possibilidade de serem também ouvidos. Ainda, a busca por diversidade de realidades geográficas, culturais e socioeconômicas permitiu que emergissem narrativas fortemente atravessadas pelos marcadores de classe social e raça. O uso da interseccionalidade como ferramenta teórico-analítica permitiu dar aos dados produzidos um caráter de originalidade, bem como aprofundar um debate que vem sendo feito apenas no campo superficial dos ‘motores’ (do inglês *drivers*).

O diálogo com um objeto de pesquisa que tem ocupado a centralidade das políticas de órgãos de saúde mundiais nos últimos anos mostra-se complexo. Esbarra-se, primeiro, em definições, documentos, protocolos e instrumentos de pesquisa que são produzidos com a finalidade de tornar os estudos sobre a hesitação vacinal comparáveis, mas que, por outro lado, nem sempre –ou quase nunca- dialogam com as realidades locais, especialmente em países de baixa e média renda e do Sul Global.

Em segundo lugar, como já mencionamos previamente na apresentação desta tese, a própria definição de hesitação vacinal está em disputa, o que, como pôde ser visto ao longo dos artigos aqui apresentados, se refletiu nas próprias discussões realizadas: os primeiros artigos trazem o conceito de 2012 (publicado em 2014), que é bastante categórico quanto a não considerar, por exemplo, questões de acesso e disponibilidade das vacinas. Já os artigos escritos a partir de 2022 trazem o conceito elaborado pelo BeSD, que dá maior relevância aos “motores

comportamentais e sociais” (MCS) e inclui, na própria definição de hesitação vacinal, as intenções e a disposição. Para além disso, o novo documento inclui, dentre os domínios que emolduram a decisão por vacinar, os “processos sociais”.

Entretanto, por mais que haja avanços na compreensão mais ampla da hesitação vacinal enquanto um fenômeno social, esse novo documento pontua:

Embora existam muitos fatores que afetam a aceitação das vacinas, as ferramentas MCS centram-se, em primeiro lugar, nos fatores próximos que são mensuráveis nos indivíduos, específicos da vacinação e potencialmente modificáveis pelos programas. Os motores comportamentais e sociais não incluem diretamente influências mais gerais como a literacia, as visões políticas e o status socioeconômico, tudo isso pode ser explorado utilizando as ferramentas qualitativas de MCS (World Health Organization, 2020, p. 2).

A partir dos achados empíricos apresentados ao longo desta tese, questionamos: como é possível que os motores sociais da hesitação vacinal não incluam diretamente visões políticas e status socioeconômico? Por que essas são ditas “influências mais gerais”? Demonstramos, com os artigos que compõem essa tese, que afiliações político-ideológicas desempenham um importante papel nas tomadas de decisão em saúde e, mais que isso, demonstramos que o acontecimento político-sanitário que foi a pandemia de COVID-19 tornou ainda mais complexa a relação entre visões políticas e vacinas.

Ainda, com o auxílio da perspectiva interseccional, nossos achados revelam o quanto as tomadas de decisão relativas à vacinação dizem respeito não apenas às opiniões acerca das vacinas em si, mas, sobretudo, sobre lugares ocupados no mundo. A posição social auto percebida reflete-se na percepção de risco e na construção de quem são o ‘nós’ e o ‘eles’. Enfim, a (não) vacinação informa sobre visões de mundo.

Os achados empíricos desta tese confirmam, ainda, o que nossa revisão de literatura sobre hesitação vacinal no Sul Global já havia levantado: que o modelo chamado “*one size fits all*” não cabe à hesitação vacinal. Isto é, qualquer tentativa de padronização de termos, protocolos ou instrumentos de pesquisa que desconsidere as especificidades das realidades locais incorrerá em reducionismos ou vieses. A possibilidade de conduzir uma parte da pesquisa de campo na Cidade do Cabo deu maior materialidade à tentativa de diálogo Sul-Sul que já vinha se desenhando nos manuscritos teóricos, permitindo confirmar que um só tamanho não serve a todos, mas, também,

ratificando que as cicatrizes deixadas pela violência colonial em territórios como a África do Sul e o Brasil informam tomadas de decisão em saúde. Em outras palavras, é verdade que cada uma das três cidades estudadas tem suas particularidades, mas também é verdade que há diversas semelhanças nas narrativas analisadas, especialmente no que diz respeito às experiências de exclusão social e iniquidades que emergem dentre as famílias de baixa renda e escolaridade, e às normas parentais neoliberais que emergem dentre as famílias de alta renda e escolaridade de ambos os países. É verdade, ainda, que nenhum dos instrumentos de “mensuração” da hesitação vacinal oferecidos pelos órgãos internacionais de saúde teria alcançado tais nuances.

Ressalta-se, ainda, que a ideia de “mensurar”, tão importante para a pesquisa quantitativa em saúde, tem guiado os documentos e discussões acerca da hesitação vacinal, sempre na perspectiva de ‘medir’ algo para então ‘agir’ sobre. Tal perspectiva fica explícita no excerto do Guia produzido pelo BeSD reproduzido na íntegra na página anterior: deve-se centrar nos fatores que são ‘mensuráveis nos indivíduos’ e ‘potencialmente modificáveis’ pelos programas de imunização. Questionamos, então: é possível mensurar representações sociais e posições ocupadas na teia dos marcadores que localizam os indivíduos no mundo? Como mensurar o que é da ordem simbólica, por exemplo, da branquitude? E, ainda: é possível, em sociedades desiguais e marcadamente generificadas e racializadas, como a brasileira e a sul-africana, pensar políticas de saúde adequadas à realidade local sem pensar na estrutura sexista, classista e racista que emoldura as relações humanas?

A ideia de que se deve agir naquilo que é potencialmente modificável se assenta em uma compreensão reducionista de que a não vacinação é fruto de desinformação. Assim, a hesitação vacinal deve ser “combatida” a partir de soluções devidamente endereçadas para cada grupo de motores mapeados pelos instrumentos de mensuração disponíveis. Essas intervenções consistem em ‘educar’, ‘informar’, ‘incentivar’, ‘aconselhar’, dentre outros verbos que pressupõem um processo não dialógico, mas sim um processo em que há uma parte ativa e outra passiva na transmissão da informação. Os achados desse estudo demonstram que as normas parentais contemporâneas encontradas entre famílias de alta renda e escolaridade já não sustentam mais relações verticalizadas entre profissionais/instituições de saúde e usuários. Ainda, a educação passiva tampouco será suficiente para dialogar com grupos sociais cujo rechaço às vacinas perpassa pelo rechaço às práticas ocidentais de saúde ou pelo sentimento de não pertencimento ao universo da medicina hegemônica.

As Ciências Sociais em Saúde nos permitem olhar com outros olhos para o fenômeno da hesitação vacinal, substituindo a relação paternalista e condescendente que os órgãos internacionais de saúde têm estabelecido com o tema por um olhar em camadas históricas, sociais e culturais que seja tão complexo e profundo quanto é o próprio fenômeno em análise. Buscamos, ao longo desta pesquisa, fugir dos reducionismos que associam ‘não vacinação’ a desinformação e negligência, enquanto ‘vacinação’ é sinônimo de progresso e civilidade.

Para além disso, entendemos a tomada de decisão em (não) vacinar a si ou àqueles sob sua responsabilidade como uma forma de se posicionar no mundo, que reflete muito mais do que meras opiniões sobre as vacinas em si.

## REFERÊNCIAS

- Akotirene C. Ó paí, prezada: racismo e sexismo institucionais tomando bonde nas penitenciárias femininas. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen; 2020.
- Akotirene C. Interseccionalidade. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen; 2019.
- Arouca S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro; São Paulo: Editora Fiocruz, Editora da UNESP; 2003.
- Bairros L. Nossos feminismos revisitados. *Estud Fem.* 1995;Ano 3:458–63.
- Barata RB, Ribeiro MCS de A, de Moraes JC, Flannery B. Socioeconomic inequalities and vaccination coverage: results of an immunisation coverage survey in 27 Brazilian capitals, 2007–2008. *J Epidemiol Community Health.* 2012;66:934–41. doi:10.1136/jech-2011-200341.
- Barbieri CLA, Couto MT, Aith FMA. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2017;33(2):e00173315. doi:10.1590/0102-311x00173315.
- Becker H. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec; 1992.
- bell hooks. E eu não sou uma mulher? Mulheres negras e feminismo. 7a ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos; 2019.
- bell hooks. O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras. 15a ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos; 2018.
- Bertolli Filho C. Por uma história renovada da febre amarela e da vacina anti-amarela no Brasil. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2002;9(1):213–20. doi:10.1590/S0104-59702002000100011.
- Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS One.* 2018;13:e0208601. doi:10.1371/journal.pone.0208601.
- Biroli F, Miguel LF. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações.* 2015;20(2):27–55. doi:10.5433/2176-6665.2015v20n2p27.
- Brasil. Ministério da Saúde: banco de dados de Informações em Saúde (TABNET) – DATASUS [citado em 04 ago. 2022]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu\\_tabnet\\_php.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.htm).
- Brasil. Ministério da Saúde. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Portaria n.344, 1º fevereiro 2017. Brasil: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344\\_01\\_02\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html).
- Brasil. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Brasil. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Decreto n. 78.321 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. Diário Oficial da União, Brasília (1976 ago. 12); Sec.1:10731.

Brasil. Lei n. 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. Diário Oficial da União, Brasília (1975 out. 30); Sec.1:14433.

Bustamante V, Trad LAB. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Cien Saude Colet.* 2007;12(5):1175–84. doi:10.1590/S1413-81232007000500014.

Campos ALV de, Nascimento DR do, Maranhão E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2003;10(suppl 2):573–600. doi:10.1590/S0104-59702003000500007.

Carneiro S. Gênero, Raça e Ascensão Social. *Estud Fem.* 1995;3(2):544.

Carneiro S. *Mulher Negra.* São Paulo: Geledés - Instituto da Mulher Negra; 1993.

Collins PH. *Pensamento feminista negro.* São Paulo: Boitempo; 2019.

Collins PH. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. *Soc Estado.* 2016;31(1):99–127. doi:10.1590/S0102-69922016000100006.

Collins PH, Bilge S. *Interseccionalidade.* São Paulo: Boitempo; 2021.

Couto MT, Barbieri CLA, Matos CC de SA. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. *Saude Soc.* 2021;30:e200450. doi:10.1590/S0104-12902021200450.

Couto MT, Oliveira E de, Separavich MAA, Luiz O do C. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. *Salud Colect.* 2019;15:e1994. doi:10.18294/sc.2019.1994.

Couto MT, Schraiber LB, Ayres JR de CM. Aspectos sociais e culturais da saúde e da doença. In: Martins M de A, Carrilho FJ, de Castilho EA, Alves VAF, Cerro GG. *Tratado de Clínica Médica.* São Paulo: Editora Manole; 2009, p. 350–6.

Crenshaw K. A Interseccionalidade na discriminação de gênero e raça. *Cruzamento: raça e gênero.* Brasília: Unifem; 2004. p. 7–16.

Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Univ Chic Leg Forum*. 1989;1989(1):139–67.

Domek GJ, O’Leary ST, Bull S, Bronsert M, Contreras-Roldan IL, Bolaños Ventura GA, et al. Measuring vaccine hesitancy: Field testing the WHO SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy survey tool in Guatemala. *Vaccine*. 2018;36:5273–81. doi:10.1016/j.vaccine.2018.07.046.

Domingues CMAS, Fantinato FFST, Duarte E, Garcia LP. Vacina Brasil Movement and immunization training and development strategies. *Epidemiol Serv Saude*. 2019;28(2):e20190223. doi:10.5123/S1679-49742019000200024.

Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira AM, Fantinato FFS, Domingues RAS. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. *Cad Saude Publica*. 2020;36:e00222919. doi:10.1590/0102-311X00222919.

Domingues CMAS, Teixeira AM da S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22:9–27. doi:10.5123/S1679-49742013000100002.

Escorel S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha JC, Carvalho AI. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012, p. 1097.

Feliciano KVO. Abordagem qualitativa na avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, de Frias PG. *Avaliação em saúde bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010, p. 29–42.

Fontana A, Frey JH. The interview: from structured questions to negotiated text. In: Denzin N, Lincoln Y. *Handbook of Qualitative Research*. 2a ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004, p. 61–106.

Gazêta AAB. Uma contribuição à história do combate à varíola no Brasil: do controle à erradicação [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

Gonzalez L. Racismo e sexismo na cultura Brasileira. In: Rios F, Lima M (Orgs). *Por um feminismo afro-latino-americano: Ensaio, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2020a, p. 67-83.

Gonzalez L. Por um feminismo afro-latino-americano. In: Rios F, Lima M (Orgs). *Por um feminismo afro-latino-americano: Ensaio, intervenções e diálogos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2020b, p. 126-37.

Gonzalez L, Hasenbalg C. *Lugar de negro*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero; 1982.

Gramacho WG, Turgeon M. When politics collides with public health: COVID-19 vaccine

- country of origin and vaccination acceptance in Brazil. *Vaccine*. 2021;39:2608–12. doi:10.1016/j.vaccine.2021.03.080.
- Hochman G. Quando e como uma doença desaparece. A varíola e sua erradicação no Brasil, 1966/1973. *Rev Bras Sociol*. 2021;9(21):103–28. doi: 10.20336/rbs.787.
- Hochman G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2011;16:375–86. doi:10.1590/S1413-81232011000200002.
- Hochman G. Priority, invisibility and eradication: the history of smallpox and the Brazilian public health agenda. *Med Hist*. 2009;53(2):229–52. doi:10.1017/S002572730000020X.
- Hogan VK, de Araujo EM, Caldwell KL, Gonzalez-Nahm SN, Black KZ. “We black women have to kill a lion everyday”: An intersectional analysis of racism and social determinants of health in Brazil. *Soc Sci Med*. 2018;199:96–105. doi:10.1016/j.socscimed.2017.07.008.
- Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18:459–66. doi:10.1590/S0104-11692010000300023.
- Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*. 2014;32:2150–9. doi:10.1016/j.vaccine.2014.01.081.
- Lima NT, Fonseca CMO, Hochman G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, Suárez JM. *Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005, p. 27–58.
- Lorde A. *Sou sua irmã -escritos reunidos*. São Paulo: Ubu Editora; 2020. Não existe hierarquia de opressão; p. 63–5.
- MacDonald NE, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33:4161–4. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.036.
- Matos CCSA. Mídia e saúde: a cobertura da epidemia de sarampo de 2019 no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15:2211. doi:10.5712/rbmfc15(42)2211.
- Matos CCSA, Gonçalves BA, Couto MT. Vaccine hesitancy in the global south: Towards a critical perspective on global health. *Glob Public Health*. 2022;17(6):1087-1098. doi:10.1080/17441692.2021.1912138.
- Moraes J, Barata R, Almeida R, Castro P. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8:332–41. doi:10.1590/S1020-4989200001000003.
- Moraes JC de, Ribeiro MCS de A. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos

domiciliares. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11:113–24. doi:10.1590/S1415-790X2008000500011.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate.* 2018;42(116):11–24. doi:10.1590/0103-1104201811601.

Moulin AM. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2003;10:499–517. doi:10.1590/S0104-59702003000500004.

Munanga K. Algumas considerações sobre "raça", ação afirmativa e identidade negra no Brasil: fundamentos antropológicos. *Rev USP.* 2006;68(2006)46–57. doi:10.11606/issn.2316-9036.v0i68p46-57.

Munanga K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Brandão AAP. *Caderno Penesb nº5.* Niterói: EdUFF; 2004, p. 15–34.

Nascimento B. Beatriz Nascimento, quilombola e intelectual: possibilidades nos dias de destruição. *Diáspora Africana: Editora Filhos da África;* 2018.

Nascimento DR. As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990). *Cien Saude Colet.* 2011;16:501–11. doi:10.1590/S1413-81232011000200013.

Neale J. Iterative categorization (IC): a systematic technique for analysing qualitative data. *Addiction.* 2016;111:1096–106. doi:10.1111/add.13314.

Oduwole EO, Laurenzi CA, Mahomed H, Wiysonge CS. Enhancing Routine Childhood Vaccination Uptake in the Cape Metropolitan District, South Africa: Perspectives and Recommendations from Point-of-Care Vaccinators. *Vaccines.* 2022;10(3):453. doi:10.3390/vaccines10030453.

Outhwaite W, Bottomore T. *Dicionário do Pensamento Social do século XX.* Rio de Janeiro: Zahar; 1996.

Organização Pan-Americana de Saúde. *30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS, 2018.

Rennó L, Turgeon M. A psicologia política das classes sociais no Brasil: atributos das atitudes políticas por estratificação e mobilidade social. *Dados Rev Cienc Sociais.* 2016;59:11–52. doi:10.1590/00115258201670.

Saffioti H. Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade. *Lutas sociais.* 1997;2(1997):59–79. doi:10.23925/ls.v0i2.18789.

Saffioti HIB. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. *Série Estudos e Ensaios.* São Paulo: FLASCO Brasil; 2009, p. 13–9.

- Saffioti HIB. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa A de O, Bruschini C. Uma questão gênero. Rio de Janeiro; São Paulo: Rosa dos tempos; Fundação Carlos Chagas; 1992, p. 183–215.
- Santos LCS. A ofensiva do projeto privatista na Estratégia de Saúde da Família. XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social; 02-07 dezembro 2018 [citado em 30 nov. 2023]; Vitória, ES. Anais. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23375>.
- Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Rev Saude Publica*. 2018;52:96. doi:10.11606/s1518-8787.2018052001199.
- Schneider C, Tavares M, Musse C. O retrato da epidemia de meningite em 1971 e 1974 nos jornais O Globo e Folha de S. Paulo. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saude*. 2015;9(4):1–13. doi:10.29397/reciis.v9i4.995.
- Schuster M, Eskola J, Duclos P. Review of vaccine hesitancy: Rationale, remit and methods. *Vaccine*. 2015;33:4157–60. doi:10.1016/j.vaccine.2015.04.035.
- Shapiro GK, Kaufman J, Brewer NT, Wiley K, Menning L, Leask J, et al. A critical review of measures of childhood vaccine confidence. *Curr Opin Immunol*. 2021;71:34–45. doi:10.1016/j.coi.2021.04.002.
- Silveira MF, Buffarini R, Bertoldi AD, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, et al. The emergence of vaccine hesitancy among upper-class Brazilians: Results from four birth cohorts, 1982–2015. *Vaccine*. 2020;38:482–8. doi:10.1016/j.vaccine.2019.10.070.
- Sobo EJ. Theorizing (vaccine) refusal: Through the looking glass. *Cult Anthropol*. 2016;31:342–50. doi:10.14506/ca31.3.04.
- Souza IM, Hughes GD, van Wyk BE, Mathews V, de Araújo EM. Comparative analysis of the constitution and implementation of race/skin color field in health information systems: Brazil and South Africa. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021;8:350–62. doi:10.1007/s40615-020-00789-5.
- Teixeira SF. Reforma sanitária em busca uma teoria. São Paulo; Rio de Janeiro: ABRASCO, Cortez; 1989. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária, p. 17–46.
- Temporão JG. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2003;10(suppl 2):601–17. doi:10.1590/S0104-59702003000500008.
- TenHouten WD. Site sampling and snowball sampling–Methodology for accessing hard-to-reach populations. *Bull Sociol Methodol*. 2017;134:58–61. doi:10.1177/0759106317693790.
- Vaismoradi M, Jones J, Turunen H, Snelgrove S. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis. *J Nurs Educ Pract*. 2016;6:100–10. doi:10.5430/jnep.v6n5p100.
- Wallace AS, Wannemuehler K, Bonsu G, Wardle M, Nyaku M, Amponsah-Achiano K, et al.

Development of a valid and reliable scale to assess parents' beliefs and attitudes about childhood vaccines and their association with vaccination uptake and delay in Ghana. *Vaccine*. 2019;37:848–56. doi:10.1016/j.vaccine.2018.12.055.

Winker G, Degele N. Intersectionality as multi-level analysis: Dealing with social inequality. *Eur J Womens Stud*. 2011;18(1):51–66. doi:10.1177/1350506810386084.

World Health Organization. Weekly epidemiological record - 20 MAY 2022, 97th YEAR. Geneva: WHO, 2022a.

World Health Organization. Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake. Geneva: WHO, 2022b.

World Health Organization. Development of tools to measure behavioural and social drivers (BeSD) of vaccination - Progress Report. Geneva: WHO, 2020.

World Health Organization. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva: WHO, 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - Roteiro de entrevista em profundidade (Brasil)

- Como foi o desejo de ter filho(s)?
- Conte um pouco como foi sua experiência na gestação e no parto?
- Como é a vivência de cuidados no dia-a-dia da(s) criança(s)? Que familiares prestam esses cuidados junto com você?
- Conte sobre sua vivência nas questões de saúde da criança: ida ao serviço de saúde, cuidado quando adoece etc. E como é isso para as demais pessoas que cuidam da criança?
- Quanto aos cuidados e às questões de saúde, como funciona a dinâmica entre você e o outro/a outra responsável?
- A decisão por (não) vacinar partiu de ambos?
- Como aconteceu a decisão por não vacinar/postergar? Foi decidida entre os membros da família (parceiro/parceira etc)?
- Como se organizam em relação ao calendário vacinal (lembrar as datas, ir vacinar...)?
- Sua opinião sobre vacinação sempre foi a mesma? Se não, em que momento e por que mudou?
- Conte como foi o processo de vacinação ou não do(s) seu(s) filho(s).
- Houve diferença entre os filhos?
- O que lhe influenciou em vacinar ou não vacinar seu(s) filho(s)?
- Conte um pouco sobre sua relação com os veículos de mídia e as redes sociais. Eles tiveram alguma influência sobre sua decisão?
- Você avalia que a pandemia de COVID-19 influenciou de alguma forma na vacinação das crianças?
- A pandemia de COVID-19 influenciou a forma como você vê as vacinas?
- Que serviço de saúde sua seu(s) filho(s) utilizam para consultas de rotina: público ou privado? E para vacinar?
- Como é sua relação com esse serviço de saúde?
- Fale sobre a relação entre o serviço de saúde e sua decisão por não vacinar/postergar. As experiências no serviço de saúde tiveram alguma influência (positiva ou negativa) sobre essa decisão?
- Quem é o/a médico/médica que acompanha seu(s) filho(s)? (Pediatra, Médico de Família)
- Como ele/ela se posiciona sobre as vacinas?
- Como ele/ela lida com sua decisão de não vacinar/postergar?
- Como você se sente hoje acerca da decisão que tomou quanto à vacinação do(s) seu(s) filho(s)?
- Como você se sente, acerca dessa decisão, em relação aos seus círculos de relacionamento (família, amigos, escola etc)?
- Você tem alguma experiência boa, ruim ou peculiar na vacinação do(s) seu(s) filho(s)?
- Você gostaria de acrescentar algo?

APÊNDICE B - Roteiro de entrevista em profundidade (África do Sul)

- How was the process of deciding to have children? How and when did you decide you wanted to have children?
- Tell us a little about your experience during pregnancy and childbirth?
- How is the day-to-day experience of caring for your child(ren)? Which family members provide this care with you?
- Tell us about your experience with the child(ren's) health issues: going to the health facility to get care when he/she/they is/are sick, etc. And how is that experience for the other people who take care of the child(ren)?
- With reference to care and health issues, how does the dynamics between you and the other parent work?
- Did the decision not to vaccinate come from both of you?
- How did the decision not to vaccinate/postpone/select come about? Was it decided among family members?
- How do you organize their vaccination schedule (remembering the dates, going to vaccinate)?
- Has your opinion on vaccination always been the same? At what time and why did it change?
- Tell us about the process of vaccinating or not vaccinating your child(ren).
- Was there a difference between the children's vaccination?
- What influenced you to vaccinate or not vaccinate your child(ren)?
- Tell us a little about your relationship with the media and social networks. Did they have any influence on your decision?
- Do you think that the COVID-19 pandemic had any influence on the vaccination of children?
- Has the COVID-19 pandemic influenced your opinion about routine vaccines? In what way?
- What health service does your child(ren) use for appointments and vaccines: public or private?
- How is your relationship with this health service?
- Who is the doctor attending to your child(ren)? (Pediatrician, Family Doctor etc)
- How does he/she feel about vaccines? / How does he/she deal with your decision not to vaccinate or postpone vaccination?
- How do you feel today about the decision you made about (not) vaccinating your child(ren)?
- Do you have any good, bad or peculiar experiences with vaccinating your child(ren)?
- Would you like to add something?

APÊNDICE C - Questionário de coleta dos dados sócio demográficos (Brasil)

1. Qual a sua idade?
2. Qual a sua escolaridade?
  - a. Analfabeto / fundamental 1 incompleto (Primário incompleto)
  - b. Fundamental 1 completo (primário completo) / fundamental 2 incompleto (ginásio incompleto)
  - c. Fundamental (ginásio) completo / médio incompleto (colegial incompleto)
  - d. Médio completo (colegial completo) / superior incompleto
  - e. Superior completo
  - f. Pós-graduação (lato ou stricto sensu)
3. Qual a sua cor de pele/raça?
  - a. Branca
  - b. Preta
  - c. Parda
  - d. Amarela
  - e. Indígena
4. Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_
5. Em que bairro você mora? \_\_\_\_\_
6. Você se considera pertencente a qual das seguintes classes?
  - a. Classe alta
  - b. Classe média
  - c. Classe baixa

Critérios ABEP

7. Pense quem é a pessoa que contribui com a maior parte da renda da sua casa. Qual é a escolaridade dessa pessoa?
  - a. Analfabeto / fundamental 1 incompleto (Primário incompleto)
  - b. Fundamental 1 completo (primário completo) / fundamental 2 incompleto (ginásio incompleto)
  - c. Fundamental (ginásio) completo / médio incompleto (colegial incompleto)
  - d. Médio completo (colegial completo) / superior incompleto
  - e. Superior completo
  - f. Pós-graduação (lato ou stricto sensu)
8. Na sua casa a água é encanada?
  - a. Sim
  - b. Não

9. O trecho da rua onde fica a sua casa é pavimentado/asfaltado?
- a. Sim
  - b. Não
10. Variáveis de bens de consumo: quantos dos seguintes itens existem na sua casa?
- a. Banheiros
  - b. Empregados domésticos
  - c. Automóveis
  - d. Microcomputador
  - e. Lava louça
  - f. Geladeira
  - g. Freezer
  - h. Lava roupa
  - i. DVD
  - j. Micro-ondas
  - k. Motocicleta
  - l. Secadora de roupa

## APÊNDICE D - Questionário de coleta dos dados sócio demográficos (África do Sul)

01. What is your gender?

- Male
- Female
- Non-binary or transgender
- Prefer not to say

02. How old are you? (In years): \_\_\_\_\_

03. What is your highest educational level?

- No formal education
- Primary
- Secondary
- Matric
- Tertiary
- Other

04. With which of these population groups do you identify?

- Black
- White
- Coloured
- Indian/Asian
- Other/Non-South African
- Prefer not to say

05. Which of the following best describes your total monthly household income (from all sources) at this time?

- No Income
- Between R0 and R 2 999 per month
- Between R3 000 and R10 000 per month
- Between R10 000 and R20 000 per month
- Between R20 000 and R30 000 per month
- R30 000 or more per month

06. What social class do you consider yourself to belong to?

- Low
- Middle
- High

07. What do you do for a living? \_\_\_\_\_

08. What neighborhood do you live in? \_\_\_\_\_

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Brasil)

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE  
DE SÃO PAULO – HCFMUSP**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

**Título da pesquisa:** Hesitação vacinal e (não) vacinação: abordagem interseccional da diversidade de contextos e atores

**Pesquisador Responsável:** Profa. Dra. Márcia Thereza Couto

**Departamento/Instituto:** Departamento de Medicina Preventiva/Faculdade de Medicina - FMUSP

Convidamos o Senhor/a Senhora para participar da pesquisa intitulada “Hesitação vacinal e (não) vacinação: abordagem interseccional da diversidade de contextos e atores”. O principal objetivo da pesquisa é conhecer as representações de pais, mães e cuidadores de São Luís (MA) e Florianópolis (SC) acerca da vacinação dos seus filhos, bem como as crenças e concepções de gestores, especialistas e profissionais da saúde acerca desse tema. Queremos compreender a hesitação vacinal infantil no contexto brasileiro, especificamente dentre famílias que utilizam o Programa Nacional de Imunizações, ou seja, usuárias do SUS (total ou parcialmente). Para isso, serão realizadas entrevistas nas duas cidades acima mencionadas, com questões abertas acerca das percepções sobre a vacinação infantil. As entrevistas serão gravadas em áudio, com garantia de total anonimato e confidencialidade, podendo ser realizadas de forma presencial ou não presencial, em ambiente virtual.

Esta pesquisa tem risco mínimo para os participantes. Os riscos consistem em possível constrangimento ou desconforto para responder alguma das questões ou, ainda, a possibilidade de acessar recordações desagradáveis por conta das perguntas respondidas. Nesse caso, a entrevista pode ser suspensa a qualquer momento, conforme desejo do participante, e as pesquisadoras estarão disponíveis para acolher as demandas. Caso sua entrevista ocorra em ambiente virtual, acrescenta-se o risco característico deste ambiente, que é o potencial risco de violação dos dados coletados. Para minimizar tal risco, as pesquisadoras leram integralmente os termos de privacidade da plataforma. Os únicos dados coletados pela plataforma são aqueles das pesquisadoras (proprietárias da conta que será utilizada). Você não precisará fazer nenhum tipo de conta ou cadastro, nem fazer download de nenhum programa ou aplicativo, para a realização da entrevista. A gravação apenas será iniciada após o preenchimento inicial dos seus dados pessoais, mas ressaltamos que estes não estarão presentes na gravação e, conseqüentemente, que você não poderá ser identificado pelo áudio gravado.

A sua participação nesse estudo é voluntária e em momento algum seu nome será associado ao estudo. O resultado dessa pesquisa, quando divulgado, manterá todos os seus participantes em anonimato. A qualquer momento do estudo você pode optar por deixar de participar do mesmo, sem prejuízos para você. Você não terá nenhuma despesa pessoal de qualquer espécie para participar desse estudo e também não receberá nenhuma compensação financeira para participar do mesmo. Os dados coletados serão utilizados somente para essa pesquisa e nos comprometemos a não os usar para outro fim. Uma via deste Termo de Consentimento, assinada pela pesquisadora, será entregue a você.

Em qualquer etapa do estudo, em caso de dúvidas, você pode ter acesso às profissionais responsáveis pela pesquisa. A principal investigadora é a Profa. Dra. Márcia Thereza Couto, que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2177, CEP 01246-903, São Paulo – SP (Fone: 011 3061-7444 e e-mail: marthet@usp.br). A executante da pesquisa é a pesquisadora Camila Carvalho de Souza Amorim Matos, que também poderá ser encontrada no mesmo endereço e telefone mencionado ou pelo e-mail camilacarvalhoamorim@usp.br. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre as questões éticas da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) - Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar, São Paulo – SP. Os telefones do CEP são: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549. O horário de funcionamento do CEP é: das 7 às 16h, de segunda a sexta-feira. O e-mail para contato é: cappesq.adm@hc.fm.usp.br.

Fui suficientemente informado/informada a respeito do estudo “Hesitação vacinal e (não) vacinação: abordagem interseccional da diversidade de contextos e atores”.

Eu discuti as informações acima com a Pesquisadora Executante (Camila Carvalho de Souza Amorim Matos) ou pessoa(s) delegada(s) por ela sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e riscos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pela pesquisadora.

---

Assinatura do/da participante

Nome do/da participante:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste/desta participante.

---

Assinatura da Pesquisadora Executante do estudo

Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE F - Consent Form (África do Sul)

**UNIVERSITY OF CAPE TOWN – UCT**  
**CONSENT FORM**

**Research title:** A qualitative investigation into childhood vaccine hesitancy phenomenon drivers: a comparison between Brazil and South Africa

**Responsible Researcher:** Professor Charles Shey Wiysonge

**Secondary Researcher:** Camila Matos (PhD student)

We invite you to participate in the research entitled “A qualitative investigation into childhood vaccine hesitancy phenomenon drivers: a comparison between Brazil and South Africa”. The main objective of the research is to know the opinions of fathers, mothers and caregivers in Cape Town about the vaccination of their children. We want to understand childhood vaccine hesitancy in the South African context. For this, interviews will be conducted, with open questions on perceptions about childhood vaccination. The interviews will be recorded in audio, with the guarantee of total anonymity and confidentiality, and may be carried out in-person or virtually.

This research has minimal risk to participants. The risks consist of possible embarrassment or discomfort in answering any of the questions or the possibility of accessing unpleasant memories due to the questions answered. In this case, the interview can be suspended at any time, according to the participant's wishes, and the researchers will accommodate the demands. If your interview takes place virtually, the characteristic risk of this environment is added. This is the potential risk of violation of the collected data. To minimize such risk, the researchers will fully read the privacy terms of the virtual platform, and ensure that the only data collected by the platform are those of the researchers (owners of the account that will be used). You will not need to create any kind of account, register, or download any program or application to participate in the interview. The recording will only start after filling in your personal data, and we emphasize that these will not be present in the recording, and, consequently, you cannot be identified by the recorded audio.

Your participation in this study is voluntary and at no time will your name be associated with the study. The result of this research, when disclosed, will keep all its participants anonymous. You can choose to stop participating at any time during the study, without any harm to you. You will incur no personal expenses of any kind for participating in this study and you will not receive any financial compensation for participating in this study. The data collected will only be used for this research and we undertake not to use them for any other purpose. A copy of this Consent Form, signed by you and the researcher, will be given to you.

At any stage of the study, if you have any questions or doubts about the ethical issues of the research, you can contact the Human Research Ethics Committee (HREC) of the UCT Faculty of Health Sciences, based on the E53, Room 46, Old Main Building, Groote Schuur Hospital, Observatory. The HREC Office contacts are: 021 406 6492; 021 404 7682; 021 406 7260. You can also contact the HREC by their e-mail address: [hrec-enquiries@uct.ac.za](mailto:hrec-enquiries@uct.ac.za).

I was sufficiently informed about the study “A qualitative investigation into childhood vaccine hesitancy phenomenon drivers: a comparison between Brazil and South Africa”.

I discussed the above information with the Performing Researcher (Camila Carvalho de Souza Amorim Matos) or a person delegated by her regarding my decision to participate in this study. The objectives, procedures, potential discomforts and risks and guarantees were clear to me. I voluntarily agree to participate in this study, I sign this consent form and receive a copy initialed by the researcher.

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Participant's signature Date

Name of participant: \_\_\_\_\_

I declare that I have appropriately and voluntarily obtained the Free and Informed Consent of this participant.

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Signature of Researcher Performing the study Date  
 Camila Carvalho de Souza Amorim Matos

## ANEXOS

### ANEXO A - Critério de Classificação Econômica Brasil 2019 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)

#### Variáveis

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

#### Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

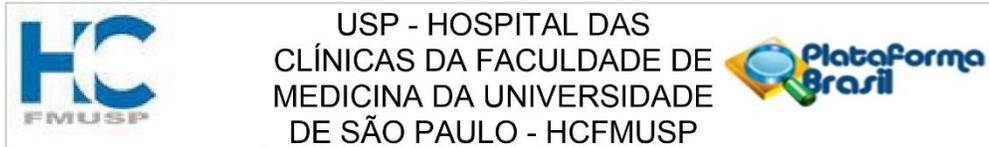
Grau de instrução do chefe da família	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7
Serviços públicos	
	Não      Sim
Água encanada	0      4
Rua pavimentada	0      2

#### Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos
1 - A	45 - 100
2 - B1	38 - 44
3 - B2	29 - 37
4 - C1	23 - 28
5 - C2	17 - 22
6- D - E	0 - 16

Fonte: ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2019. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>.

## ANEXO B - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Hesitação vacinal e (não) vacinação: abordagem interseccional da diversidade de contextos e atores

**Pesquisador:** marcia thereza couto falcão

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37536320.2.0000.0068

**Instituição Proponente:** Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

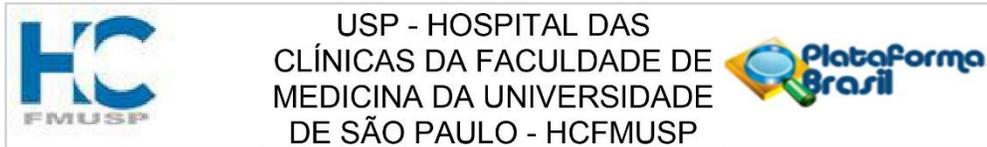
**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.715.561

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto sobre a hesitação vacinal sendo que o pesquisador enfatiza que a vacinação é uma das medidas de maior impacto na diminuição da morbimortalidade de doenças, no entanto, sua história é marcada por influxos e tensionamentos. Estudos internacionais apontam para o aumento do medo e insegurança com relação às vacinas gerando um fenômeno sem precedentes denominado hesitação à vacina. No Brasil, desde 2000 observa-se queda da cobertura vacinal do calendário básico nos estratos socioeconômicos mais altos em algumas capitais e, a partir de 2015, queda generalizada no país. O estudo, de abordagem qualitativa, objetiva compreender o fenômeno da hesitação à vacinação infantil em sua multidimensionalidade em duas capitais brasileiras que apresentam baixas taxas de cobertura vacinal: São Luís (MA) e Florianópolis (SC). As duas cidades foram escolhidas por suas diferenças epidemiológicas, socioculturais, econômicas e regionais. No Componente 1, serão incluídas famílias (nucleares, monoparentais ou estendidas) com filhos até cinco anos de idade no momento da entrevista, usuárias total ou parcialmente do Sistema Único de Saúde (SUS), que não vacinaram seus filhos ou postergaram as vacinas. A captação das famílias se dará pela técnica "bola de neve". No Componente 2, serão entrevistados gestores, especialistas e profissionais da saúde. A coleta de dados empíricos seguirá roteiros testados previamente e a técnica utilizada será a entrevista em profundidade.

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.715.561

**Objetivo da Pesquisa:**

Justificativa da Emenda:

As alterações se fizeram necessárias tendo em vista o cenário epidemiológico causado pela pandemia de COVID-19 e visando respeitar o Ofício Circular nº2/2021/CONEP/SECNS/MS de 24 de fevereiro de 2021, que estabelece diretrizes éticas para pesquisas com etapas em ambiente virtual. Ao projeto, que previa entrevistas presenciais, foi acrescentada a possibilidade de realização das entrevistas por meio eletrônico/ambiente virtual. Para tanto, foram necessários acréscimos na metodologia, nos aspectos éticos, no roteiro de entrevistas e no TCLE. Tal mudança acrescenta aos voluntários da pesquisa o risco característico do ambiente virtual, que é o potencial risco de violação dos dados coletados. Para reduzir tal risco, as pesquisadoras seguiram rigorosamente o que está sugerido no supracitado ofício, bem como especificaram no projeto detalhado e no TCLE os cuidados adicionais que serão tomados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo o Pesquisador esta pesquisa tem risco mínimo para os participantes. Os riscos consistem em possível constrangimento ou desconforto para responder alguma das questões ou, ainda, a possibilidade de acessar recordações desagradáveis por conta das perguntas respondidas. Nesse caso, a entrevista pode ser suspensa a qualquer momento, conforme desejo do participante, e as pesquisadoras estarão disponíveis para acolher as demandas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto justifica-se pela relevância da temática da hesitação vacinal e ausência de estudos com a perspectiva da interseccionalidade e no âmbito do Sistema Único de Saúde, e tem a finalidade acadêmica de Doutorado, da aluna Camila Carvalho A. Matos, junto ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da USP, sob orientação da Profa. Marcia Thereza Couto Falcão. A mudança que a emenda aponta acrescenta aos voluntários da pesquisa o risco característico do ambiente virtual, que é o potencial risco de violação dos dados coletados. Para reduzir tal risco, as pesquisadoras seguiram rigorosamente o que está sugerido no supracitado ofício, bem como especificaram no projeto detalhado e no TCLE os cuidados adicionais que serão tomados.

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.715.561

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos da emenda devidamente apresentados e justificados,

**Recomendações:**

Sem sugestão

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sugiro aprovação

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1716956_E1.pdf	21/04/2021 18:03:27		Aceito
Parecer Anterior	Parecer.pdf	21/04/2021 18:02:11	marcia thereza couto falcão	Aceito
Outros	Formulario_Emenda.pdf	21/04/2021 17:58:06	marcia thereza couto falcão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE_FINAL.pdf	12/03/2021 13:41:45	marcia thereza couto falcão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Novo_projeto_final.pdf	12/03/2021 13:41:31	marcia thereza couto falcão	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	02/09/2020 16:17:05	marcia thereza couto falcão	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/09/2020 16:14:33	marcia thereza couto falcão	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_com_todas_as_assinaturas.pdf	02/09/2020 16:11:05	marcia thereza couto falcão	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.715.561

SAO PAULO, 17 de Maio de 2021

---

**Assinado por:**  
**ALFREDO JOSE MANSUR**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar  
**Bairro:** Cerqueira Cesar      **CEP:** 05.403-010  
**UF:** SP      **Município:** SAO PAULO  
**Telefone:** (11)2661-7585      **Fax:** (11)2661-7585      **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br