

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE IPATINGA

**Ana Carolina da Silva Corrêa
Andrea Souza Rodrigues Nogueira
Millena Kellen Sousa Carvalho**

**HESITAÇÃO VACINAL NA COVID-19: um estudo
qualitativo**

IPATINGA

2023

Ana Carolina da Silva Corrêa
Andrea Souza Rodrigues Nogueira
Millena Kellen Sousa Carvalho

HESITAÇÃO VACINAL NA COVID-19: um estudo qualitativo

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Prof^ª. orientadora: Dra. Ana Carolina Vale Campos Lisbôa
Prof^ª. coorientadora: MSc. Stela Maris Bretas Souza

IPATINGA

2023

HESITAÇÃO VACINAL NA COVID-19: um estudo qualitativo

Ana Carolina da Silva Corrêa¹; Andrea Souza Rodrigues Nogueira¹, Millena Kellen Sousa Carvalho¹; Stela Maris Bretas Souza²; **Ana Carolina Vale Campos Lisbôa**³

1. Acadêmicas do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.
2. Docente do curso de Psicologia da Unileste – Centro Universitário Católica do Leste de Minas Gerais, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Coorientadora do TCC.
3. Docente do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientadora do TCC.

Resumo

Introdução: a queda da cobertura vacinal e a maior prevalência do comportamento de hesitação nas populações são fenômenos multifatoriais intensificados principalmente no contexto da pandemia do Sars-Cov-2. **Objetivo:** identificar as principais razões que levam pessoas a apresentarem um comportamento de hesitação relacionado às vacinas contra a COVID-19. **Método:** trata-se de um estudo descritivo qualitativo, realizado em indivíduos com idade entre 20 e 70 anos, residentes no Brasil, sendo excluídos aqueles que não aceitaram participar da pesquisa ou que possuem alguma contraindicação para receber a vacina. O recrutamento ocorreu pelo método bola de neve até a saturação das respostas. A coleta de dados foi feita entre setembro e novembro de 2021, por meio de uma entrevista semiestruturada via ligação telefônica. Foram coletados dados demográficos, conhecimento sobre a doença e seus impactos e opiniões sobre as vacinas com destaque para as contra a COVID-19. O método utilizado foi análise de conteúdo, com agrupamento temático. O projeto foi aprovado pelo CEP, CAAE: 47796621.5.0000.5095. **Resultados:** o estudo contou com 11 participantes. Os principais receios em relação à vacina pelos entrevistados consistiram na falta de eficácia, produção rápida, o fato de a vacina não impedir possíveis reinfecções e a baixa gravidade da doença. Os participantes apresentaram desconfiança nas grandes mídias e inabilidade para realizar adequadamente a checagem das informações acessadas. Além disso, a maioria dos entrevistados explicitou tranquilidade em relação à pandemia e preferência por medidas de proteção de cunho individual, como realização de atividade física e uso de medicações. Foi possível notar falas dissonantes, na medida em que alguns participantes afirmaram não ser totalmente contra a vacina, mas reconhecem sua importância para a diminuição dos índices de mortalidade, além de apresentar adesão para outras vacinas. Apesar da hesitação vacinal, nenhum dos participantes manifestou associação com o movimento antivacina. **Conclusão:** a superficialidade e a má qualidade das informações acessadas são fatores que corroboram o comportamento de hesitação vacinal. Faz-se necessário investir no potencial de disseminação de conteúdos de qualidade, baseado em literatura científica e no posicionamento de especialistas comprometidos com a saúde pública, no intuito de desmistificar a desinformação nas redes e mídias de grande alcance.

Palavras-chave: COVID-19. Vacinas. Hesitação Vacinal.

Introdução

A COVID-19 é uma doença causada pelo SARS-CoV-2, tendo seu foco inicial na cidade de Wuhan (China), no final de 2019. Devido a alta transmissibilidade, o vírus disseminou-se rapidamente pelos continentes do globo, sendo considerada uma pandemia no dia 11 de março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020a). O

distanciamento e o isolamento social são medidas essenciais para diminuir a transmissão e achatar a curva de crescimento de casos (MALTA *et al.*, 2020).

Até setembro de 2023, foram registradas aproximadamente 6,9 milhões de mortes em todo mundo (WHO, 2023a). Além da superlotação dos serviços de saúde caracterizados pelo déficit no número de leitos, de recursos humanos e de insumos hospitalares, a interrupção das atividades clínicas não COVID-19 e a desassistência à população com doenças crônicas corroboraram para agravar condições de saúde e gerar mortes durante a pandemia (MENDES, 2020).

Apesar da Organização Mundial da Saúde (OMS) ter declarado o fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) referente à COVID-19 no dia 05 de maio de 2023, os desafios relacionados à manutenção e gestão dos sistemas de saúde, à segurança entre as fronteiras e à vigilância epidemiológica persistem neste novo contexto global. A pandemia destacou a interdependência da saúde humana com os aspectos biológico e ambiental, além de denotar a necessidade de uma visão interdisciplinar para produzir conhecimentos científicos e epidemiológicos fundamentais e abrangentes (LEFRANÇOIS *et al.*, 2023).

Ademais, o desconhecimento sobre a doença e a incerteza sobre o futuro geraram impactos significativos sobre a saúde mental, contribuindo para o aumento dos níveis de ansiedade e estresse (ORNELL *et al.*, 2020). A pandemia ainda gerou repercussões sociais, políticas, culturais e econômicas, como o aumento de desemprego e elevação do trabalho informal, terceirização e flexibilização trabalhistas, causando insegurança e instabilidade entre as populações (SILVA; SILVA, 2020).

Diante desse cenário, a comunidade científica internacional se propôs a encontrar respostas em termos de terapêutica e vacinas para controlar o novo coronavírus. Estudos e investigações prévias sobre outros coronavírus (SARS-CoV e MERS) possibilitaram avanços mais rápidos na busca por uma vacina para SARS-CoV-2 (SBP, 2021).

Um número crescente de vacinas para a COVID-19 foram desenvolvidas desde o início da pandemia. Segundo a OMS (WHO, 2023b), algumas vacinas já foram aprovadas para o uso, tais como BNT162b2 ((Pfizer/BioNTech)) e mRNA-1273 (Moderna) as quais são vacinas de RNA; AZD1222 Vaxzevria (Astrazenica), Covishield e Sputnik V (Gamaleya), baseadas em vetor de adenovírus; CORONAVAC (Sinovac e Instituto Butantã), BBIBP-CorV (Beijing/Sinopharm) e BBV152 (Bharat Covaxin) produzidas a partir de vírus inativado.

Por décadas, as vacinas têm sido empregadas como uma das principais estratégias da saúde pública para prevenir, reduzir, eliminar e erradicar doenças. Segundo a OMS

(WHO, 2022), a vacinação previne de 3,5 a 5 milhões de óbitos anualmente no mundo. A imunização coletiva possibilitou a erradicação da varíola e o controle de diversas patologias, como sarampo, febre amarela, poliomielite e tétano.

Apesar dos benefícios cientificamente comprovados, o movimento antivacina ganhou notoriedade depois que o pesquisador e cirurgião Andrew Wakefield publicou no ano de 1998 em um periódico de alto impacto, *The Lancet*, um trabalho sugerindo que o imunobiológico contra o sarampo, a rubéola e a caxumba estivesse diretamente ligado ao desenvolvimento de autismo nas crianças submetidas a essa vacina (WAKEFIELD, 1998). Estudos posteriores constataram a falta de base científica do trabalho e evidências de fraudes. Mesmo após a retratação pela revista, ainda repercutem os resultados equivocados deste trabalho (BARBIERI, 2014).

O movimento antivacina tem preocupado autoridades do mundo todo, pela facilidade e rapidez com que as informações são compartilhadas na internet, especialmente pelas redes sociais por meio de *Fake News*. Este fenômeno corrobora para a diminuição das coberturas vacinais e facilita a porta de entrada para diversas doenças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, 2019). Em 2019, a OMS apontou a hesitação vacinal como uma das 10 principais ameaças à saúde global ao relacionar o surgimento de surtos de sarampo com a queda nas taxas de vacinação para 85%, 10% abaixo da meta exigida (WHO, 2020b).

A hesitação vacinal é o atraso ou recusa, apesar da disponibilidade, na administração das vacinas preconizadas (WHO, 2014). O comportamento de hesitação é um dos principais desafios na busca por uma ampla cobertura contra a COVID-19, na medida em que este cenário de instabilidade e insegurança pode contribuir para que os movimentos antivacina sejam cada vez mais influentes (FELESZKO *et al.*, 2021). Embora relativamente pequenos, estes movimentos utilizam estrategicamente mídias sociais para amplificar suas mensagens e atingir as pessoas que apresentam incertezas sobre as vacinas (MEGGET, 2020).

Segundo Sallam (2021), a hesitação vacinal possui um componente multifatorial, que inclui questões cognitivas, psicológicas, sociodemográficas e culturais. Vários fatores relacionados ao contexto específico da pandemia, como o acelerado desenvolvimento da vacina, o processo de autorização de uso emergencial e o ambiente político polarizado contribuem para causar apreensão e desconfiança. Um aspecto a se considerar é o fato de que os grupos mais vulneráveis socialmente e que por isso estão mais suscetíveis a infecção pelo vírus, apresentam menor aceitação das vacinas e isso deveria ser tratado

com atenção especial pelos gestores (LIN; TU; BEITSCH, 2021).

A confiança nas fontes governamentais sobre esta medida de saúde é apontada como um dos fatores importantes na adesão populacional. Segundo Lazarus *et al.* (2021), a comunicação clara e consistente a respeito das vacinas é essencial para construir a confiança do público nesta estratégia contra a pandemia.

Essa pesquisa tem o objetivo de identificar as principais razões que levam à hesitação vacinal contra a COVID-19. Ademais, descrever o perfil sociodemográfico dos entrevistados, analisar o conhecimento dos indivíduos que apresentam o comportamento de hesitação vacinal acerca do tema da COVID-19, identificar as principais fontes de informações utilizadas pelos entrevistados e como influenciam na tomada de decisão a respeito da vacinação contra o SARS-CoV-2 e fornecer informações qualificadas a respeito das vacinas contra a COVID-19 disponíveis no Brasil.

Método

Essa pesquisa foi estruturada conforme a Resolução 466/12 e Resolução 510/16 e submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Unileste/MG. O projeto foi aprovado conforme parecer consubstanciado do CEP, pelo número CAEE: 47796621.5.0000.5095.

Trata-se de uma pesquisa empírica, descritiva, com abordagem qualitativa. Os pesquisadores elaboraram um questionário (apêndice A) estruturado em sete eixos: dados demográficos, conhecimento sobre a COVID-19, informação, impactos na vida e na saúde, vacinas em geral, vacina contra a COVID-19 e movimento antivacina. Ele foi adaptado a partir de um questionário produzido e aplicado por Reiter, Pennell e Katz (2020) em uma pesquisa acerca da aceitabilidade das vacinas contra a COVID-19 nos Estados Unidos. Sendo assim, optou-se por elaborar um instrumento que dialogasse com as estratégias de combate à pandemia e aplicação da vacina em território nacional. Com base neste instrumento produzido pelos pesquisadores, realizou-se uma entrevista semi-estruturada por meio das plataformas Zoom® e Google Meet®.

A pesquisa qualitativa é uma metodologia exploratória focada no aspecto subjetivo do objeto em estudo, por meio da avaliação das particularidades e experiências do pesquisador e pesquisados (RODRIGUES; OLIVEIRA; SANTOS, 2021). Minayo (2007) descreveu a pesquisa qualitativa como um meio para responder questões muito particulares, pois trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças e

valores das atitudes. Por trabalhar com dados não quantificáveis, os estudos qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos, o que demanda ao máximo o envolvimento dos pesquisadores (FIGUEIREDO, 2004). Deste modo, o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, através dos dados colhidos, foram a chave da pesquisa.

A representatividade, conferida pelas condições genéricas de investigação, é garantida quando a entrevista é realizada de maneira isolada, mantendo a privacidade do participante. Deve-se evitar questões com sentido dúbio que permitam amplas respostas. De modo a reduzir o número de entrevistas necessárias à saturação (THIRY-CHERQUES, 2009). Para tanto, foi realizada primeiramente uma validação do instrumento com 2 respondentes durante o mês de setembro de 2021. Após a validação do instrumento, foi iniciada a coleta de dados, entre os meses de setembro e novembro de 2021.

O cenário do estudo foi definido pelas pessoas que acessam as redes sociais. Os participantes foram recrutados por meio de convites enviados via WhatsApp®. Os indivíduos que aceitaram participar receberam uma ligação do pesquisador para a realização da entrevista. Foram incluídos apenas participantes entre 20 e 70 anos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) foi enviado via WhatsApp® e explicado durante a primeira abordagem ao participante. Apenas aqueles que concordaram em participar foram incluídos na pesquisa.

Os critérios de inclusão foram indivíduos brasileiros residentes em território nacional entre 20 e 70 anos, que apresentam comportamento de hesitação vacinal (não querem se vacinar ou apresentam resistências em relação a esta medida) e não tomaram nenhuma dose das vacinas contra a COVID-19 oferecidas à população.

Os critérios de exclusão foram os indivíduos que não aceitaram a gravação das entrevistas, que se recusaram a responder algum questionamento realizado pelos entrevistadores ou que não puderam se vacinar (como pessoas alérgicas aos componentes da vacina), além daqueles que não possuíam uma recomendação formal na época, como as gestantes.

O recrutamento ocorreu, inicialmente, por meio de postagens no Instagram® que informava sobre a pesquisa e sobre os critérios de inclusão. Posteriormente, esse recrutamento foi realizado através do método bola de neve, em que os participantes já inseridos na pesquisa indicaram outras pessoas que também não pretendiam se vacinar. O critério para interromper a inclusão de participantes foi pelo método de saturação.

O registro do aceite deu-se por meio do preenchimento de formulário disponível em GoogleForms® e enviado em mensagem de WhatsApp® para o participante. Em seguida, durante a entrevista semi-estruturada, o participante respondeu verbalmente às questões realizadas, presentes no apêndice A, enquanto o pesquisador realizava o registro através da gravação das entrevistas com prévia autorização dos participantes.

A construção do corpus do estudo foi composta por onze participantes, os quais foram identificados, no resultado pela letra P seguida de um número (1 a 11), de forma a garantir o seu anonimato. Quando o roteiro de entrevista é adequado, o ponto de saturação geralmente é atingido em, no máximo, quinze entrevistas. Sugere-se que, quando verificado o ponto de saturação, seja acrescido 1/3 de entrevistas (THIRY-CHERQUES, 2009). Na pesquisa, o ponto de saturação foi atingido com nove entrevistados.

Para determinar o alcance da saturação teórica nas fontes primárias, foram seguidos cinco passos procedimentais, conforme apresentado no quadro 1 (FONTANELLA *et al.*, 2011):

Quadro 1 - Passos procedimentais para determinar o alcance da saturação teórica segundo FONTANELLA *et al.*, 2011.

Passo 1	Registro de dados brutos (fontes primárias): desde o início da coleta, as entrevistas foram gravadas mediante autorização prévia e posteriormente, transcritas na íntegra.
Passo 2	Imersão nos dados: foi realizada uma leitura flutuante dos dados obtidos por meio das entrevistas à medida em que forem realizadas.
Passo 3	Compilação das análises individuais de cada entrevista e agrupamento temático: ao realizar a leitura flutuante, os temas foram organizados. O tratamento dos dados obtidos será realizado por meio de uma análise qualitativa, baseada na técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (BARDIN, 2011 apud SOUSA; SANTOS, 2020) que, enquanto método é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.
Passo 4	Alocação dos temas e tipos de enunciados em um quadro: a apresentação dos dados foi realizada em um quadro para permitir a identificação da regularidade dos achados nos depoimentos, de acordo com os temas.
Passo 5	Verificação da saturação teórica dos dados por meio da identificação de ausência de elementos novos em cada agrupamento.

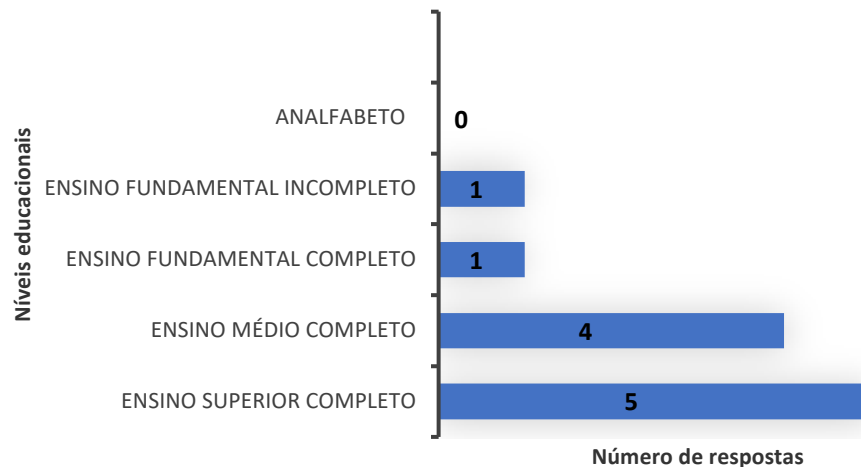
A partir da análise do conteúdo os dados coletados foram organizados em um quadro dividido em sete categorias, para permitir uma análise criteriosa dos objetivos da pesquisa. A seguir uma explicação do conteúdo de cada categoria: "Categoria 1 - Definição de COVID-19" apresenta os conceitos e crenças que os entrevistados possuem à respeito desta patologia e seus mecanismos de disseminação; "Categoria 2 - Acesso à informação" está relacionada à maneira como os entrevistados acessam as mídias para obter dados e conteúdo acerca da COVID-19; "Categoria 3 - Medidas de proteção" se refere aos métodos utilizados por cada um deles para se protegerem do contato com o vírus; "Categoria 4 - Impactos da COVID-19" diz respeito às repercussões da doença na saúde mental e física; "Categoria 5 - Vacinas contra a COVID-19" aborda o posicionamento dos entrevistados em relação a essa estratégia de saúde; "Categoria 6 - Outras vacinas" enfatiza a opinião dos entrevistados em relação à imunização contra outras patologias; por fim, "Categoria 7 - Movimento Antivacina" reúne dados acerca da opinião dos entrevistados sobre os movimentos organizados contra esses imunobiológicos.

Para a realização deste trabalho, foram usadas referências de qualidade, conforme exposto no apêndice C.

Resultados e discussão

A amostra da pesquisa foi composta por onze indivíduos com idade entre 23 e 70 anos, sendo a idade mediana de 38 anos, com ocupações e níveis de educação variados. Cinco deles possuem Ensino Superior Completo, quatro possuem Ensino Médio Completo, um possui Ensino Fundamental Completo e um possui Ensino Fundamental Incompleto (figura 1). Os entrevistados também apresentaram diversidade no que diz respeito ao trabalho exercido. Dentre eles, destaca-se vendedor, empresário, professor, funcionário público, acadêmico de enfermagem e operador de motosserra.

Figura 1: Escolaridade dos entrevistados.



Fonte: os autores.

Dez entrevistados residiam em Minas Gerais no momento da coleta e apenas um deles no Distrito Federal. Sobre a prevalência de comorbidades, apenas um dos entrevistados relatou ser portador de hipertensão e bloqueio do ramo esquerdo. A amostra apresentou uma divisão equilibrada entre sexo feminino e masculino, sendo composta por 5 homens e 6 mulheres.

Apesar do presente estudo não ter como objetivo identificar padrões sociodemográficos relacionados à hesitação vacinal, compreender o perfil dos entrevistados é essencial para estabelecer associações com os resultados apresentados nas pesquisas a respeito desse comportamento social, a fim de planejar estratégias de intervenção e comunicação junto a este público.

De acordo com uma metanálise publicada em 2021, que englobou uma amostra de 58.656 participantes provenientes de 28 conjuntos de dados representativos de 13 países, observou-se uma notável redução na intenção de vacinação à medida que a pandemia avançava. Os resultados destacam uma considerável variabilidade nas intenções de receber a vacina contra a COVID-19 nas várias populações, abrangendo uma faixa de 50% a 90%, com uma média global de 73% entre os países (ROBINSON *et al.*, 2021).

Além disso, o estudo identificou um padrão sociodemográfico que está correlacionado com essa atitude de hesitação. Fatores como ser do sexo feminino, possuir uma faixa etária mais jovem, contar com menor renda ou nível educacional e fazer parte de um grupo étnico minoritário demonstraram uma relação mais acentuada com esse comportamento hesitante (ROBINSON *et al.*, 2021).

O estudo de Robertson *et al.* (2021) constatou que o comportamento de hesitação em relação à vacinação está associado à faixa etária, sendo mais prevalente entre indivíduos jovens, com uma taxa de 28,3% entre adultos de 25 a 34 anos, em comparação com 14,3% entre aqueles com idades entre 55 e 64 anos, 8,1% entre 65 e 74 anos e 4,5% em indivíduos acima de 75 anos.

No intuito de conhecer o comportamento dos participantes em relação às vacinas contra a COVID-19 e ao contexto relacionado às repercussões da doença, os dados da pesquisa foram organizados em sete categorias.

Definição de COVID-19

A categoria "Definição de COVID-19" procurou compreender as principais crenças e opiniões dos entrevistados a respeito da doença e de sua fisiopatologia. A partir da análise do conteúdo, foi possível verificar ideias variadas a respeito do conceito da COVID-19 e sua etiologia. Dentre elas, estava a concepção de que o coronavírus seria um vírus criado artificialmente.

Um estudo realizado por Jennings *et al.* (2021) concluiu que o grupo de entrevistados que estavam incertos sobre a vacinação contra a COVID-19 expressaram ceticismo e insegurança acerca da real origem do vírus. Segundo a pesquisa, a maioria das pessoas que recusaria a vacina (8 em 11), acreditava que o vírus era produzido pelo homem ou estava disposto a acreditar nessa possibilidade. A justificativa relatada pelo grupo é que o vírus afetou de forma desigual segmentos sociais específicos, sendo assim utilizado como uma forma de controle populacional. Na presente pesquisa dois dos 11 entrevistados manifestaram crença similar, como se a etiologia do vírus estivesse relacionada à produção artificial e controlada em laboratório.

P2: "É uma virose que surgiu por descuido da humanidade, negligência humana".

P3: "O COVID foi criado em laboratório para prejudicar a humanidade. Ele não surgiu de agora, surgiu há muito tempo e já existia o COVID antes e vazou agora. Quando a gente pesquisa sobre esse assunto, a gente vai ver isso."

Uma pesquisa realizada na Turquia e no Reino Unido procurou relacionar os níveis de hesitação vacinal com as crenças de origem sobre o novo coronavírus e concluiu que as taxas de aceitação da vacina contra a COVID-19 foram maiores entre os participantes

que acreditavam na origem natural. De acordo com o estudo, as chances de aceitação da vacina foram 26% maiores na Turquia e 63% maiores no Reino Unido se uma pessoa acreditasse na origem natural, em comparação com aqueles que não tinham certeza sobre a origem (SALALI; UYSAL, 2020).

Ainda nessa categoria, outros entrevistados compreendiam a COVID-19 como um processo infeccioso viral, que afetou as mais diversas dimensões da vida humana. Além disso, a maior parte deles acredita que o vírus possui mutações que possibilitam reinfecções.

P5: “é muito raro de acontecer, não vi nenhum caso na minha família. Porque o próprio organismo da pessoa faz com que ela não pegue novamente. Se acontecer é por causa das novas variantes, não em si da primeira.”

P6: “O COVID na verdade é uma gripe e a gripe vai dar uma vez, duas, três. É um vírus mutável, então pode vir de uma forma e de outra.”

P11: “É um vírus que a gente sabe que é da família do SARS-CoV que já é conhecido, e inclusive, afeta os animais também né, me surpreendi de certa forma com essa pandemia.”

Apesar de vários entrevistados relatarem o impacto do vírus em macro escala e enfatizarem os impactos negativos gerados pela pandemia, há, em alguns casos, a tentativa de minimizar também a dimensão da doença e subestimar seu potencial de letalidade e prejuízos.

P11: “Em função das várias leituras que a gente acaba se envolvendo, eu já tinha essa expectativa do aparecimento de um vírus, mas, eu achei que fosse um vírus que tivesse uma penetração, uma incidência bastante grande né, quase que fosse uma coisa bem mais temerária que na verdade a gente está vendo aí. Eu não vejo um risco tão, como eu imaginei que teria nessa pandemia já esperada, talvez fosse tipo um ebola, uma coisa mais letal e rápida. Então, na minha agradável surpresa, o vírus não é tão perturbador como eu imaginava que seria, em função da divulgação que a gente tem visto.”

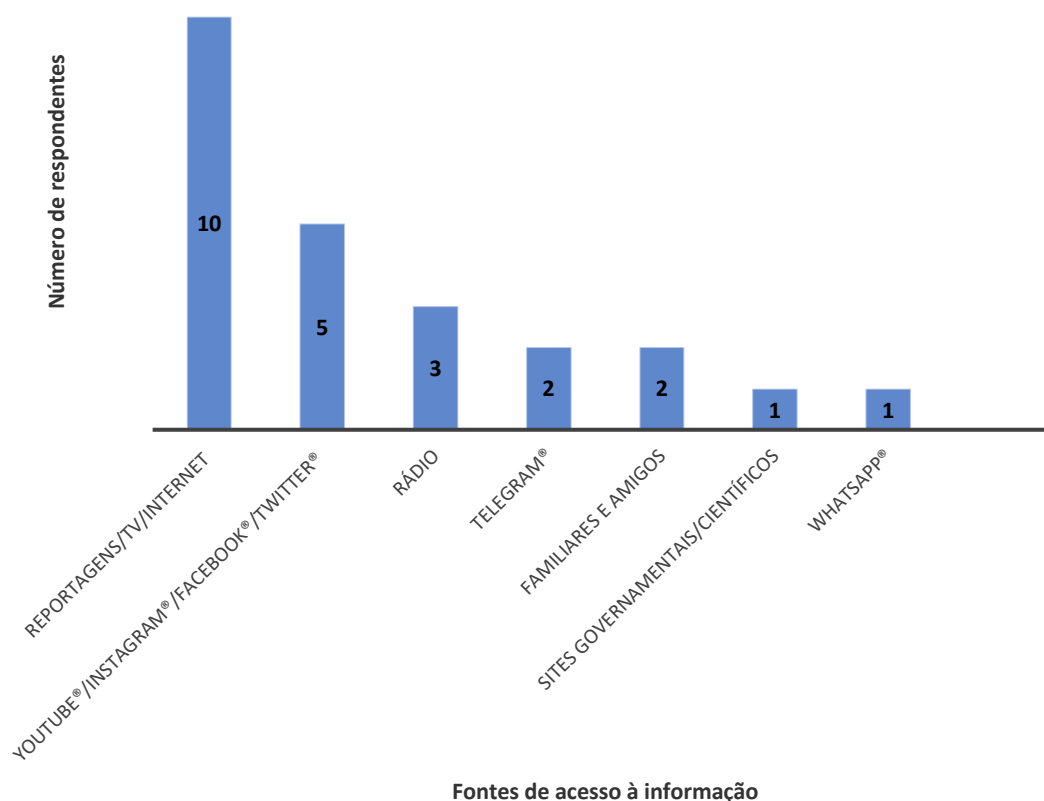
Conforme constatado na literatura, a percepção de risco pode ser um preditor relacionado ao comportamento de hesitação vacinal. De acordo com Sousa *et al.* (2021), indivíduos que não percebem a infecção por SARS-CoV-2 como um risco, além de não aderirem às medidas de segurança, como evitar aglomerações e não usar máscara, tendem a hesitar em tomar a vacina. A pesquisa afirma que, no geral, pacientes idosos apresentam maior adesão aos comportamentos de proteção da COVID-19, o que pode ser atribuído ao

alto nível de percepção de risco entre esses sujeitos, devido ao maior índice de morbimortalidade da doença entre este grupo.

Acesso à informação

Na categoria de “Acesso à Informação”, a fonte mais acessada pelos entrevistados foram reportagens disseminadas em televisão e internet. Em segundo lugar, estão as mídias sociais (Youtube®, Instagram®, Twitter® e Facebook®), seguidas do rádio, Telegram®, familiares e amigos, estando o WhatsApp® e os sites governamentais e científicos em último lugar (figura 2).

Figura 2: Fontes utilizadas pelos participantes para acessar informações. Cada participante pôde assinalar mais de uma alternativa.



Fonte: os autores.

Importante destacar que dos 11 entrevistados, 9 demonstraram apresentar desconfiança nas grandes mídias acerca da temática da COVID-19.

P3: "Eu não utilizo a mídia. A mídia não fala a verdade, ela tem interesses econômicos e financeiros para divulgar as verdades que eles querem. Não assisto televisão. Um pouco eu assisto a Jovem Pan®, porque ela fala a verdade, aquilo que a gente pode ver realmente. A maioria das coisas que eu pesquiso são de grupos, pessoas que também gostam de pesquisar. Sobre esses assuntos, eu tenho mais de 6 grupos de Telegram®, sobre COVID, vacinas, pessoas do mundo todo, não só brasileiras."

P8: "Não me sinto seguro. Me baseio no que acontece próximo a mim. Não confio totalmente nas numerações que colocam, mas acredito que é algo grave. O grau de confiabilidade que tenho em mídias sociais, imprensa é muito baixo. Eu confio, eu passo a acreditar quando passa a acontecer próximo de mim, no meu bairro, na minha família, na minha comunidade, cidade".

A opinião de vários entrevistados reforça aspectos evidenciados na literatura. De acordo com Lima-Costa, Macinko e Mambrini (2022), um estudo transversal realizado com 4.364 participantes idosos residentes em 70 municípios brasileiros afirma que os indivíduos que não confiavam em nenhuma fonte apresentaram chance duas vezes maior de não desejar receber a vacina. A pesquisa também aponta que aqueles acostumados a se informar por amigos e mídias sociais foram três vezes mais propensos a estarem indecisos quanto à vacinação, comparados aos que obtinham informações pelo Ministério da Saúde ou mídia tradicional.

Parte significativa dos entrevistados afirmou buscar informações sobre a COVID-19 em mídias sociais diversas, como forma inclusive de acessar conteúdos não apresentados pelas mídias tradicionais.

P11: "A nossa grande mídia só fala bobagem! Então, você tem que buscar o quê? Nas redes sociais. Em pessoas que realmente são da área, e estão em condição de fazer uma avaliação e julgar o que está acontecendo em relação à doença. E o governo tem sido falho também por não propagar, na minha maneira de dizer, não divulgar da maneira que tem que se considerar o que está acontecendo em relação ao vírus no Brasil. Então, o que a gente tem é informação da grande mídia, que na grande maioria são furadas, e das redes sociais e que eu considero mais confiáveis".

Uma revisão sistemática realizada com o objetivo de relacionar redes sociais com o comportamento de vacinação contra a COVID-19 identificou diversos estudos que apresentaram uma relação negativa entre o uso dessas mídias e a adesão aos imunobiológicos. A pesquisa aponta que o problema não é necessariamente a ausência de conteúdos de saúde pública nestas plataformas, mas o fato de que as discussões

antivacinação recebem mais atenção e engajamento (CASCINI *et al.*, 2022). Nesse sentido, as visões polarizadas ganham ressonância pelas chamadas “câmaras de eco”, estratégias em que os usuários filtram conteúdos que priorizem narrativas políticas específicas, isolando informações que desfavoreçam seu ponto de vista.

Segundo Larson, Gakidou e Murray (2022), o contexto de introdução de novas vacinas suscita questionamentos sociais em um cenário permeado tanto por desinformação quanto por informações precisas e cientificamente fundamentadas. Nesse sentido, é essencial que os indivíduos sejam capazes de acessar e compreender informações qualificadas além de realizar análises e checagem de conteúdo a fim de verificar a consistência e veracidade dos materiais e plataformas.

Ainda no que diz respeito à categoria de "Acesso à informação", quando perguntados a respeito da checagem do conteúdo acessado, oito entrevistados afirmaram realizar esta análise. No entanto, ao serem perguntados acerca da maneira como tal análise é feita, notou-se superficialidade e insegurança na maior parte das respostas.

P3: "A gente sabe mais ou menos quando uma postagem é *fake news* ou não. Eu sei diferenciar. As vezes pessoas postam determinadas coisas e a gente vê que é *fake*, não vale a pena nem ler. A gente com o tempo vai ficando com o senso mais apurado para separar daquilo que é verdade daquilo que não é. Quando vejo alguma postagem, procuro saber pelo link também. Alguém fala: o COVID matou 'x' quantidade de pessoas. As vezes só tem a postagem, não tem um link específico. É fácil de saber porque quando você entra no Google® você consegue ver o que o boato e o que não é."

P7: "Sim, porque como eu pesquisei em mais de uma fonte e o contraditório também, então... eu não acredito em agências de checagem, porque elas têm opinião, são muitas vezes parciais, então eu prefiro várias fontes. As agências de checagem às vezes determinam um fato como falso no título e embaixo eles descrevem uma certa narrativa, porque eles acham que aquilo é falso. Aí muitas vezes entra em contradição. (...) Então eu contraponho as duas informações mesmo. Eu prefiro acreditar em um especialista com anos de experiência, de formação do que em uma agência de checagem, que um analista que pegou um especialista que vai de encontro com a informação que ele tá querendo passar."

O compartilhamento de alegações falsas sobre a COVID-19, por pessoas incapazes de refletir sobre a precisão da informação, foi demonstrado através de um estudo realizado com mais de 1.700 adultos americanos, dividido em dois grupos. No grupo 1, os indivíduos mais propensos a confiar em suas intuições e que tinham menos conhecimento científico básico apresentavam mais dificuldade em discernir entre conteúdo verdadeiro e falso. No

grupo 2, os indivíduos foram preparados para refletir sobre a precisão das informações contidas em uma manchete de notícias não relacionada à COVID-19. Essa intervenção mínima de conteúdo neutro quase triplicou o nível de discernimento dos participantes no que diz respeito ao compartilhamento entre manchetes verdadeiras e falsas (PENNYCOOK *et al.*, 2020). Nesse sentido, orientar a população acerca de estratégias de checagem adequada dos dados apresenta-se como uma necessidade primordial a fim de conter a disseminação de informações imprecisas, responsáveis por reforçar comportamentos de hesitação vacinal.

Um estudo realizado com uma amostra de 8.001 entrevistados do Reino Unido e dos Estados Unidos que procurou medir o impacto da desinformação na vacinação contra a COVID-19, demonstrou que a exposição a esse contingente de conteúdos imprecisos e duvidosos diminuiu a intenção dos indivíduos de se vacinar para proteger outros. Segundo o estudo, houve uma redução de intenção em 6,2% no Reino Unido e 6,4% nos Estados Unidos (LOOMBA *et al.*, 2021). Os dados evidenciam que a desinformação reforça o comportamento de hesitação vacinal.

O acesso à informação é um ponto de atenção principalmente no que diz respeito ao contato com *fake news* associadas ao comportamento de hesitação vacinal. Em 2020, verificou-se por meio de uma pesquisa de opinião no Brasil que, naquela ocasião, 20% dos brasileiros não pretendiam se vacinar mesmo na vigência de uma vacina disponível e 34% afirmaram acreditar em ao menos uma *fake news* relacionada à vacinação (AVAAZ, 2020).

Dois conceitos têm sido empregados para compreender a forma de acesso aos conteúdos no contexto da pandemia da COVID-19: infodemia e desinformação. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde, o primeiro termo diz respeito ao excesso de informações publicadas que tornam difícil a identificação de fontes idôneas e confiáveis. Já a desinformação é definida como uma informação essencialmente falsa ou imprecisa que tem como finalidade enganar ou confundir, capaz de circular e ser absorvida muito rapidamente, impactando o comportamento das pessoas (OPAS, 2020).

Segundo Roozenbeek *et al.* (2020), a desinformação relacionada à COVID-19 pode influenciar o comportamento social de três maneiras importantes: tornar as pessoas menos dispostas a manifestar a vontade de se vacinar, torná-las também menos propensas a recomendar a vacinação a pessoas vulneráveis em seu círculo social e diminuir a vontade desses indivíduos de cumprir as medidas de orientação de saúde pública.

A desinformação abrange desde a disseminação de crenças gerais incorretas sobre a doença (como conselhos sobre a ingestão de medicamentos ou fitoterápicos sem eficácia

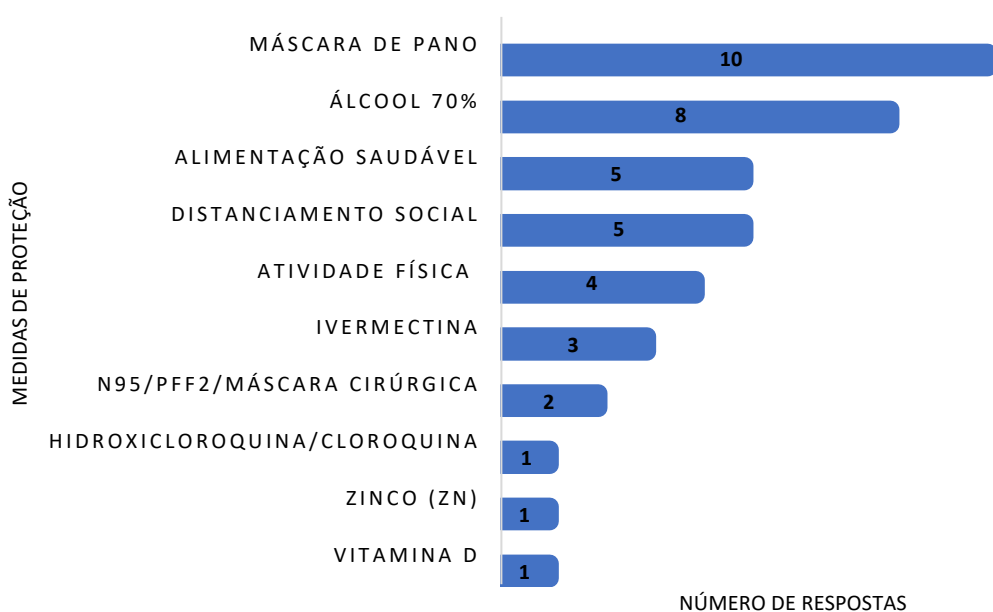
comprovada cientificamente), até crenças conspiratórias sobre a origem do vírus, a ineficácia sobre mecanismos de prevenção e teorias sobre a manipulação genética do vírus para gerar outras patologias. Nesse sentido, tais crenças alimentam aglomerados de desinformação potencializados pela lógica algorítmica, nos quais as pessoas buscam informações que reforçam seus preceitos, mesmo que estejam baseados em conteúdo inverídico, impactando diretamente na prática desses indivíduos e reforçando comportamentos de hesitação (SOUSA *et al.*, 2021).

Além disso, uma pesquisa associou comportamentos positivos de busca de informações e confiança nos profissionais de saúde a maiores chances de aceitação da vacina (FIGUEIREDO *et al.*, 2020). Em contrapartida, nenhum dos 11 entrevistados da pesquisa citaram revistas científicas ou profissionais de saúde como fontes de informação sobre a COVID-19.

Medidas de proteção

Os entrevistados da pesquisa apresentaram um perfil variado acerca da utilização de medidas de proteção. Foram listadas diversas opções como máscara de pano, máscaras N95/PFF2 e máscara cirúrgica, álcool 70%, distanciamento social, alimentação saudável, atividade física e uso de medicações, como ivermectina, vitamina D, zinco (Zn) e hidroxicloroquina/cloroquina (figura 3).

Figura 3: Gráfico de medidas de proteção. Cada participante pôde assinalar mais de uma alternativa.



Fonte: os autores.

Segundo Garcia (2020), o uso de medidas não farmacológicas, seja de alcance individual, ambiental e comunitário, tais como higienização das mãos, distanciamento social e uso de máscaras adequadas, achatam a curva epidêmica a longo prazo, ao passo em que auxiliam na redução da transmissão do SARS-CoV-2.

O uso de máscaras apresenta, de fato, eficácia na proteção frente ao vírus, no entanto esse grau de proteção é dependente de fatores como material, manuseio, faixa etária e uso adequado. As máscaras de tecidos apresentam eficácia inferior em relação às máscaras N95/PFF2/Cirúrgica, sendo que o tipo de tecido, número de camadas, ajuste no rosto, reutilização e limpeza são fatores que afetam diretamente a capacidade de filtração (GIRARD *et al.*, 2021; MCINTOSH, 2023). Ao serem questionados, todos os participantes, exceto P2, afirmaram o uso de máscara de tecido como forma de proteção e apenas P4 informou o uso de máscaras com maior eficácia (N95/PFF2/Cirúrgica). P6 relatou que, no início da pandemia, era mais rigoroso quanto ao uso da máscara, associada ao uso de álcool 70%, mas que passou a utilizá-los apenas em locais em que é obrigatório.

P6: “No início, eu usava máscara com mais frequência. Hoje uso máscara quando sou obrigada, ultimamente nos estabelecimentos comerciais da cidade e no meu local de trabalho, que ainda sim eu vejo que a maioria das pessoas está ficando com máscara no queixo. E no início até passava álcool em gel. Hoje em dia só quando sou obrigada mesmo”.

P11: “(...) as informações que recebo são com relação à higiene e aos cuidados pessoais, quando eu chego da rua, até por uma questão de hábito que aprendi com meu pai que era cirurgião dentista, que toda vez que você chega da rua tem que lavar as mãos, os olhos, o rosto em geral. Esses cuidados eu tenho desde criança! Os cuidados com relação a Covid passar o álcool nas mãos quando eu estou na rua e quando estou em casa, água e sabão. E sempre o uso da máscara! Quando estou em um ambiente com aglomeração como: mercado, shopping, cinema. Agora para é para caminhar pela manhã, eu acho ridículo ao passar pelas pessoas em uma área aberta, destampada, respirando ar puro, as pessoas impõem praticamente que tem que usar máscara, mesmo que se for só para cumprimentá-los. Isso não tem sentido. Entendeu? Como é que eu posso tratar qualquer tipo de doença, qualquer coisa que está atacando meu organismo, usando máscara constantemente? Respirando monóxido de carbono que eu estou inspirando? Não tem sentido!”

Estudos demonstram que a higiene das mãos é uma das estratégias mais importantes para prevenir e reduzir a transmissão de microrganismos. Assim, no contexto da COVID-19, a OMS recomenda o uso de água e sabão após espirrar ou tossir, visitar locais públicos, tocar superfícies, antes e após comer, podendo ser feito o uso de álcool

70% também (GUPTA; LIPNER, 2020). Entre os entrevistados, apenas oito dos onze participantes utilizam essa forma de proteção.

De acordo com Mictosh (2023), o distanciamento social reduz a transmissão do SARS-CoV-2, principalmente em distâncias acima de um metro, como é o recomendado pela OMS. O distanciamento social é relatado por cinco participantes, sendo que P10 relatou “saio só quando é necessário (...) para fazer coisas essenciais mesmo”, porém os outros não especificaram sobre como, nem em que circunstâncias, realizam esse distanciamento.

Tanni *et al.* (2021) demonstra que o uso de hidroxiquina não apresenta benefícios para prevenção ou tratamento da COVID-19, além de trazer malefícios devido aos efeitos colaterais associados à medicação. De fato, a meta-análise realizada por Axfors *et al.* (2021), mostra que o tratamento com hidroxiquina não tem benefícios na mortalidade, além de estar associado a um maior tempo de hospitalização e maior risco de evolução para ventilação mecânica e ou morte. Quando questionados, apenas o participante P11, de 70 anos, relatou adesão ao uso dessa medicação.

A ivermectina é uma droga antiparasitária considerada segura e efetiva quando usada de forma adequada. Alguns estudos *in vitro* mostraram efeitos antivirais em flavivírus e, além de ter sido demonstrado que esse medicamento poderia reduzir a concentração de RNA do SARS-CoV-2 em células infectadas (MARCOLINO *et al.*, 2022). No entanto, a revisão sistemática de Shafiee *et al.* (2022), mostra que não há diferenças significativas entre o uso de placebo e ivermectina quando comparados a: progressão para doença grave; RT-PCR negativo; recuperação; tempo de internação e carga viral. Além disso, essa revisão demonstra que muitos estudos que relacionam a ivermectina com redução da mortalidade apresentam baixo poder de evidência (tamanho amostral insuficiente, inconsistências dentre outras limitações) além da presença de conflitos de interesses. Assim, há falta de estudos de qualidade que comprovem o benefício da ivermectina no contexto da COVID-19, sendo que a WHO e o *Infectious Diseases Society of America* (IDSA) não recomendam o seu uso (WHO, 2023c; IDSA, 2023). Apesar disso, a ivermectina foi uma das medicações mais utilizadas, tendo sido muito relacionada a automedicação, *fake news*, desconfiança na ciência, além de possuir baixo custo e ser associada a poucos efeitos colaterais (MARCOLINO *et al.*, 2022). Na pesquisa, três entrevistados relataram o uso de ivermectina como forma de proteção.

A deficiência de vitamina D relaciona-se à disfunção do sistema imune, o que pode causar maior predisposição para infecções virais. Diferentes estudos mostram que isso

também é verdadeiro com relação à COVID-19 (SHAH *et al.*, 2022). Em um estudo com veteranos americanos, a suplementação de Vitamina D3 foi capaz de reduzir o risco de infecção em 20% dos casos, enquanto a suplementação com vitamina D2 reduziu esse risco em 28%. Além disso, o risco de morte, em casos de infecção por SARS-CoV-2 nesses participantes com suplementação de Vitamina D3, também foi reduzido para 33% dos participantes, apesar dos resultados com a Vitamina D2 em relação ao risco de morte ter sido estatisticamente irrelevantes. Os participantes com níveis basais reduzidos de Vitamina D foram mais beneficiados do que aqueles com níveis séricos previamente elevados (GIBBONS *et al.*, 2022). A meta-análise de Shah *et al.* (2022), também demonstra que a suplementação com Vitamina D pode reduzir o risco de mortalidade, necessidade de cuidados intensivos e de ventilação mecânica, independente de idade, gênero, raça, etnia e comorbidades. Entretanto a meta-análise de Dissanayake *et al.* (2022) que realizou uma análise mais criteriosa com 72 estudos observacionais, envolvendo quase dois milhões de adultos, sugere que a deficiência/insuficiência de vitamina D aumenta a suscetibilidade à COVID-19 e à COVID-19 grave, embora com um alto risco de viés e heterogeneidade. A associação com mortalidade foi menos robusta. A heterogeneidade nos quatro ensaios clínicos controlados randomizados impediu sua meta-análise. Na pesquisa, apenas P4 relatou o uso da Vitamina D como forma de proteção, além de ter relatado o uso de zinco (Zn).

Por outro lado, de acordo com Costa *et al.* (2020), não há alimentos ou suplementação alimentar associados à prevenção ou tratamento da COVID-19, sendo que higiene, uso de máscara e isolamento social são as melhores formas de prevenção. No entanto, a alimentação e a prática de exercícios físicos, são hábitos importantes para um melhor funcionamento fisiológico e uma melhor qualidade de vida, sendo, portanto, práticas positivas não apenas no contexto da pandemia. Segundo Lange e Nakamura (2020), a prática de atividade física de moderada intensidade relaciona-se à redução de ocorrência, duração e gravidade de infecções virais do trato respiratório.

Quando questionados sobre as medidas de proteção contra a COVID-19, seis participantes revelaram adotar uma alimentação saudável, sendo que quatro deles também relacionam a alimentação com práticas de atividade física como estratégias de proteção contra a COVID-19.

P4: "Alimentação saudável, evito alimentos muito industrializados, atividade física"

P7: "Não tomo nenhuma medida, porque pelas informações que eu tenho, a doença tem alta transmissão e baixíssima letalidade. Principalmente na minha faixa etária. Só uso máscara

quando é obrigatório mesmo, para entrar em estabelecimento. Porque já tem 2 anos que está aí a pandemia (...) eu nunca peguei, nunca fiz exame também. Mas como cuido muito da saúde, eu já não pego doença nenhuma. Então não pego gripe, quase nenhuma doença. Eu já cuido da minha saúde para ter imunidade alta. Não recomendo isso pra ninguém, não tomar medidas de precaução, mas eu já cuido da minha saúde, eu já sei, eu confio nela. Alimentação, exercício físico, suplementação e higiene."

Nota-se no participante P7 pouca preocupação quanto à redução da transmissibilidade do vírus e quanto à saúde coletiva com foco em medidas de proteção mais individualistas. Além disso, a crença de que a doença apresenta baixa letalidade e que, devido a sua faixa etária (36 anos), não teria sintomas graves, geram essa sensação de tranquilidade e o comportamento de hesitação vacinal. De fato, de acordo com Jennings *et al.* (2021) aqueles que perceberam a COVID-19 como uma ameaça pessoal tiveram quase duas vezes e meia mais chances de expressar disposição para a vacina do que aqueles que não a consideraram uma ameaça.

Impactos da COVID-19

Ao serem questionados sobre como se sentiram em relação à pandemia no último mês, oito entrevistados relataram tranquilidade, sendo que sete apenas passaram a se sentir tranquilos no último mês, devido a sensação de redução do número de casos, como demonstrado pela fala de P6:

P6: "Sensação de que já está normalizando, acabando. Parece que está mais tranquilo. Até as pessoas não estão tão rígidas com os protocolos de segurança".

Um ponto interessante a ser ressaltado é que P8 associou a redução do número de mortes à vacinação, o que demonstra uma contradição entre essa fala e seu comportamento de hesitação vacinal.

P8: "Acho que já está muito normalizado. Acho que a vacina ajudou muito principalmente quem tinha chances de morte, de ter sintomas mais graves. E acho que já acabou. Acho que vai ser uma vacina que vai ter que se tomar todo ano. Já estou bem mais tranquilo, já saio, já não tomo tantas medidas de precaução quanto no início."

Contrariando os outros participantes, o entrevistado P4, relata insegurança, principalmente quanto às informações divulgadas:

P4: “nunca pode acreditar que tá acabando”, pois “é um vírus que veio para ficar e é muito perigoso”.

Também, P7 relatou que a pandemia não o afetou e que se sente tranquilo desde o início. Entretanto, Silva M. e Silva R. (2020), demonstraram resultados que associou a pandemia da COVID-19 com aumento nos níveis de ansiedade e estresse, além de insegurança e sensação de instabilidade quanto às repercussões do vírus no mundo:

P7: “Pra mim, está do mesmo jeito desde fevereiro de 2020 (...). Pra mim, existe uma doença, mas não precisava ter isso tudo que está tendo (...) porque pra mim não fez diferença pra mim até hoje. Só com relação às medidas restritivas econômicas, os noticiários, tudo isso, mudou. Mas a minha vida não mudou nada por causa do vírus, da pandemia.”

Ainda sobre a saúde mental dos participantes, P4 e P11 relataram frustração diante a situação:

P4: “Me sinto tão frustrada com esse mundo. A pandemia para mim se tornou uma briga política, briga de interesses. As pessoas em nome da política deixam as pessoas fazerem o que elas querem na vida delas, seguem pessoas que não estão querendo o seu bem (...).”

P11: “O sentimento que eu tenho é de que a coisa parece que continua no mesmo patamar. A gente está patinando, entendeu? Nós não estamos saindo do lugar.”

Além disso, dentre todos os entrevistados, apenas dois (P5 e P8) relataram ter tido COVID-19 comprovado por exames (RT-PCR ou teste rápido). Isso pode indicar que a maioria dos entrevistados não foi impactada diretamente pela doença, e por isso possuem uma sensação de imunidade frente à COVID-19. A infecção natural pela COVID-19 pode gerar proteção contra a reinfeção - cerca de 80 a 90% de proteção até sete meses e 94% de proteção contra os sintomas -, entretanto o tempo que essa proteção ocorre e como atua sobre as variantes da COVID-19 ainda é indefinido, não sendo, portanto, uma medida de proteção individual (SIQUEIRA *et al.*, 2022; WHO, 2021).

Vacina da COVID-19

Neste eixo, os participantes foram indagados se eles acreditavam que as vacinas ofertadas no Brasil funcionavam. As justificativas apresentadas foram quantificadas em forma de gráfico (figura 4), sendo que de onze entrevistados, seis afirmaram não acreditar:

P1: “Não funcionam porque foram feitas às pressas e estabelecem 1º dose, depois a 2º dose e agora estão colocando a questão da 3º dose, ou seja, não houve uma pesquisa bem profunda. Foi feita uma coisa pra dar um paliativo, só isso. Ninguém sabe nada, essa é a verdade.”

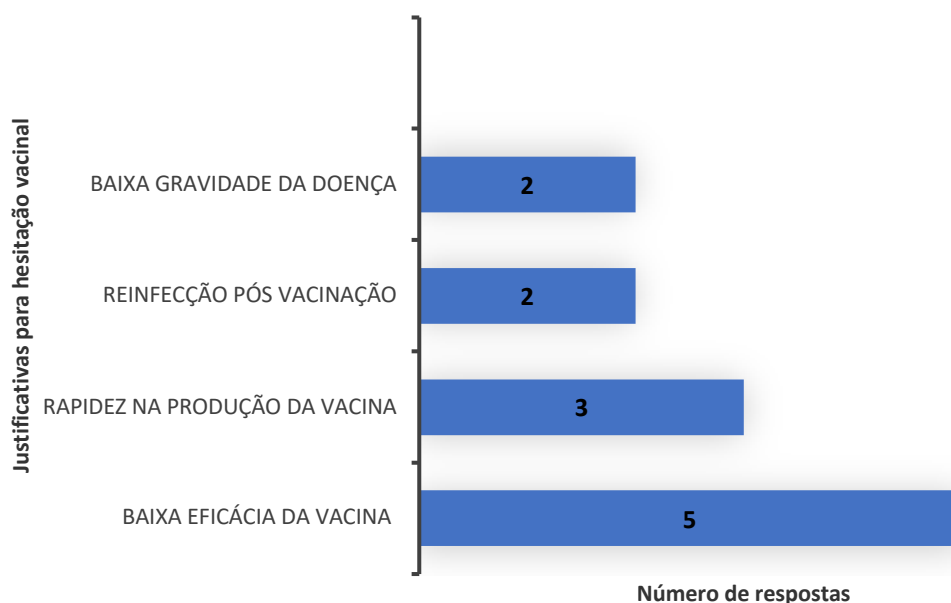
P3: “Porque a maioria das pessoas que estão vacinadas estão pegando a doença de novo e todas as outras vacinas pela qual fui vacinada, eu não peguei nenhuma dessas doenças depois. Em menos de 30 dias da pessoa imunizada, passa uma semana, duas, ela pega COVID, então que tipo de vacinação é essa? Então as outras vacinas que eu tomei a minha vida toda, eu não tive ninguém da minha família que ficou doente por nenhuma das doenças.”

P4: “Não tomei e não vou tomar, mas não é porque eu não acredito na vacina. Eu acho que não chegou ao nível de eficácia, porque não existe ter criado uma vacina para esse vírus tão rápido.”

P8: “Entre escolher os meus anticorpos que já conhecem o vírus, que já me curou uma vez entre uma vacina que foi feita às pressas, eu prefiro os meus anticorpos. Então não tem viés político, nada a ver com isso, é um pensamento meu, próprio, exclusivo de botar as coisas na balança. (...) Então o fato de a vacina não impedir a disseminação para mim é algo que deixa a desejar neste caso também. Talvez isso é até pior porque a pessoa que poderia ter o Covid e não vai ter sintoma nenhum, ela fica solta, vai no supermercado, na academia, faz tudo que tem que fazer e continua transmitindo. Então isso é um ponto que acho negativo nessa questão.”

A partir dos dados coletados, verificou-se que os principais receios dos entrevistados em relação à vacina consistiram na falta de eficácia, produção rápida dos imunizantes, o fato de a vacina não impedir outras possíveis reinfecções e a baixa letalidade da doença.

Figura 4: Justificativas dos participantes para a hesitação vacinal. Um participante assinalou duas opções.



Fonte: os autores.

As justificativas apresentadas pelos entrevistados dialogam com o que tem sido descrito na literatura. Segundo uma revisão de escopo publicada em 2023 que avaliou o fenômeno da hesitação vacinal na América Latina e África (GONÇALVES *et al*, 2023), as principais razões apresentadas nestas regiões do globo foram: a preocupação com possíveis eventos adversos (47,8%); falta de segurança das vacinas de COVID-19 (31,9%); incerteza sobre a eficácia da vacina contra a COVID-19 (34%); teorias conspiratórias (21,2%); falta de confiabilidade nos ensaios clínicos/rápido desenvolvimento das vacinas (15,9%); percepção de que o sistema imunológico poderia ser mais capaz de combater a COVID-19 do que a vacina (14,8%); crenças religiosas (10,6%); falta de informação sobre as vacinas (10,6%), risco de contrair COVID-19 considerado baixo (7,4%); ser contra as vacinas em geral (6,3%); custo da vacina (6,3%); e liberdade de escolha (2,1%). Ainda, Succi (2018) afirma que as pessoas hesitantes à vacinação questionam, sem evidências, possíveis benefícios à indústria farmacêutica, entre outros temores inautênticos.

Entretanto, ainda nesta amostra, seis entrevistados afirmaram preferência por algumas das vacinas disponíveis no Brasil, mesmo não acreditando nelas:

P11: “A Janssen, mas não tenho uma base de porque eu vacinaria com ela não, bem simples assim é porque eu sei que ela é dose única, mas não tenho um porque exatamente. Falando das outras eu vi que elas estavam dando reações em muitas pessoas então eu não me sentiria segura de me vacinar por exemplo com a Pfizer e Astrazeneca por questões de noticiários que eu já vi, então dá aquela certa insegurança na pessoa.”

Deste grupo, dois participantes afirmaram que a exigência para viagem internacional poderia ser um dos motivos pelos quais se vacinariam contra a COVID-19.

P9: “Se for visitar meu filho, vou ser obrigada. Um e outro fala, tomei essa e não tive reação. O meu filho em Nova York tomou, várias pessoas né. A Pfizer por exemplo, teve dor no braço, um incômodo só, pouca coisa e foi só isso. Agora meu marido tem 78 anos, ele tomou a Coronovac, teve febre, fez dor na perna, então nós estamos muito preocupados por conta disso”.

Interessante notar que alguns dos participantes, apesar de não aderirem à vacinação, afirmam que pessoas com maior risco de morte deveriam considerar o uso do imunizante.

P8: “Praticamente para pessoas da minha idade não tem nem sintomas direito. Então deixo primeiro para as pessoas que precisam de fato, pessoas com comorbidades, então não quero tomar vacina por causa disso também. Mas o outro motivo é que elas são vacinas experimentais, então tenho receio de tomar uma vacina que é experimental, que pode causar efeitos colaterais adversos. Apesar de que em mim eu acho que não iria gerar. Mas se fosse uma doença com grande letalidade, tomaria independente se fosse emergencial. Então para pessoas que tem mais chances de morrer do que eu, às vezes vale a pena tomar a vacina.”

Outros participantes, apesar de não apresentarem intenção de se vacinarem naquele momento contra a COVID-19, pontuaram a possibilidade de aderirem a esta estratégia de saúde posteriormente, após novos estudos em relação aos imunobiológicos ou caso a doença se apresentasse com um padrão maior de letalidade.

P7: “Eu me vacinaria se a doença fosse muito letal”.

P11: “Por enquanto não. Acho que vou esperar uns quatro anos para que eu possa tomar uma dessas vacinas. Eu prefiro me tratar, me cuidar e aguardar com o tempo que se consolide de fato uma vacina que seja, confirmadamente, cientificamente comprovada a sua eficácia. Ai tudo bem, eu vou tomar! Como eu tomei para gripe, influenza. São vacinas que já estão confirmada a sua eficácia. Vacinas que estão há quantos anos de experimento, de teste e de avaliação? já é uma coisa consolidada!”

A partir dos dados qualitativos coletados, verifica-se que o conceito de hesitação vacinal é realmente complexo e abrangente, marcado por diferentes nuances e por um espectro de opiniões em relação aos imunizantes. Segundo uma revisão sistemática de literatura que buscou definir melhor este conceito (BUSSINK-VOOREND *et al.*, 2022), verificou-se que o termo é permeado tanto por questões das cognições ou afeto, que diz respeito às sensações individuais de relutâncias, preocupações e dúvidas sobre as vacinas, quanto por uma dimensão mais pragmática, relacionada a tomada de decisão desses sujeitos.

Nesse sentido, o estudo argumenta que conceituar hesitação vacinal apenas pelo viés do comportamento não é suficiente para se compreender este fenômeno de forma mais ampla e o define como um estado psicológico de indecisão que as pessoas podem experimentar ao tomar uma decisão sobre a vacinação. Em 2022, um documento publicado em parceria pela OMS e Unicef apresenta uma atualização do conceito de hesitação vacinal, definido como “um estado motivacional de conflito ou oposição à vacinação, que inclui intenções e vontade” (WHO, 2022b).

No que diz respeito a insegurança apresentada por alguns participantes a respeito dos imunizantes, Silva *et al.* (2021) em diálogo com o Ministério da Saúde, afirma que em um cenário de introdução de uma nova vacina para a população, a farmacovigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV) tem extrema relevância. Qualquer sinal ou sintoma grave, indesejável ou inesperado, manifestado no indivíduo que tenha recebido qualquer tipo de imunobiológico é considerado um EAPV e pode ser causado por vários fatores relacionados aos componentes do imunobiológico, ao processo de vacinação ou ao vacinado (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c; WHO, 2012).

Em consonância a isso, para Knoll e Wonodi (2020) diante da introdução recente das vacinas contra COVID-19, a confiança em qualquer desses imunobiológicos será crucial para seu sucesso. Domingues *et al.* (2020) afirma que os EAPV podem contribuir para essa falta de confiança, diminuição na adesão ao esquema vacinal e, conseqüentemente, na cobertura vacinal, além de aumentar a situação de vulnerabilidade da população em relação aos agravos imunopreveníveis.

Sabe-se que as vacinas são rigorosamente testadas e monitoradas pelos seus fabricantes e pelos sistemas de saúde dos países onde são aplicadas. O licenciamento e a comercialização de vacinas ocorrem após aprovação de órgãos reguladores específicos e estudos clínicos cuidadosos, onerosos e demorados (ensaios de fase I, II e III), com voluntários credenciados. A fase IV ocorre somente após a aprovação da comercialização do produto e tem como objetivo principal detectar eventos adversos não registrados nas fases anteriores, os chamados EAPV. A OMS recomendou a vigilância de EAPV a partir de 1991, e foi estruturado o Sistema Nacional de Vigilância dos Eventos Adversos Pós-Vacinação (VEAPV), no Brasil, em 1992.

Além disso, o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), diretamente articulado com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, garante a qualidade dos imunobiológicos distribuídos, cujas taxas de rejeição são inferiores a 1% (BRASIL, 2020; APS *et al.*, 2018). Para Kata (2012), o movimento de hesitação vacinal utiliza estratégias como distorção e divulgação de informações falsas que, alegando uma base científica, questionam a eficácia e segurança de diversas vacinas. Diante disso, é possível perceber um controle transparente dos EAPVS e que o movimento de hesitação vacinal busca divulgar informações falsas apresentando os EAPVS com uma frequência muito acima do real. Desta forma, a relação de riscos e benefícios não é avaliada de forma justa, associando essas fatalidades a frequências irreais.

Outras vacinas

O Programa Nacional de Imunização (PNI), vem trazendo relevantes resultados e contribuiu sobremaneira para melhorias importantes na situação de saúde da população brasileira. Por meio da aplicação em massa dos imunizantes, foi possível erradicar a varíola, eliminar a poliomielite e a febre amarela urbana e interromper a circulação do vírus do sarampo (2016) e da rubéola (2015). Além disso, verificou-se a redução da incidência da difteria, coqueluche, da meningite causada por *Haemophilus influenzae* tipo B, do tétano, da tuberculose em menores de 15 anos e, mais recentemente, das meningites e pneumonias (DOMINGUES *et al.*, 2019).

Neste eixo, os entrevistados foram questionados se após os 18 anos, já haviam se vacinado. Todos os onze participantes vacinaram-se com pelo menos uma das vacinas recomendadas para a população adulta. Foram citadas as vacinas para difteria e tétano, febre amarela, gripe e dengue. Dentre as justificativas, estavam o incentivo feito pelas campanhas de vacinação, prevenção contra o tétano, a exigência de imunização para viagens internacionais e a gestação.

P1: “Me vacinei porque eu viajava muito e onde eu ia tinha muito pernilongo, muito inseto transmissor, por isso eu vacinei. E porque também já era uma vacina antiga, testada, retestada, não era nada feito correndo.”

P2: “Por conta da febre amarela, dengue, antitetânica. Todo mundo tava tomando, então não iria ficar sendo o único de fora.”

P4: “Me vacinei contra todas as doenças. Como trabalho na área da saúde meu cartão vacinal é complô. Não tenho nada contra a vacina, sou 100% a favor das vacinas, tem que tomar sim!”

P5: “Contra gripe, tétano e febre amarela. A de tétano porque machuquei.”

Nesta categoria, os entrevistados foram questionados acerca de possíveis dúvidas sobre as vacinas ou mesmo sobre o calendário vacinal e apenas um deles afirmou apresentar questionamentos sobre a imunização. Apesar do argumento exposto, o participante chegou a se vacinar na idade adulta.

P10: “De modo geral tenho certa desconfiança quanto a todos os processos até chegar agulha no braço. Por exemplo, imagina que você tem um laboratório que tem uma série de exigência, até esse líquido ali da vacina cair naquele potinho, não sei o que usou para fechar. se entrou um ar na hora de fechar, lacrar. Aí depois isso vai para estoque do posto de saúde, do hospital

e eu não sei como foi armazenado, calor, frio, quente. Depois de chegar na mão da enfermeira, não sei se ela pegou o vidro certo ou errado. Depois injeta isso na seringa, não sei se essa seringa tá boa, não tá, para depois chegar em mim. Então eu acho que o processo todo é muito suscetível a falha humana.”

Por outro lado, quando os participantes foram perguntados sobre questões a respeito da vacinação contra a COVID-19, todos apresentaram ressalvas. Nesse contexto, é essencial a promoção de ações que desmistifiquem dúvidas relacionadas à vacinação, haja vista que para se produzir um imunizante, seja ele contra a COVID-19 ou não, são necessários estrutura, investimentos e pesquisa, independentemente do tempo de produção. As vacinas contra a COVID-19 são constantemente associadas ao medo dos efeitos adversos, todavia é importante destacar que diversas outras vacinas estão relacionadas a grandes tragédias na indústria farmacêutica, e ainda assim, continuam a contribuir na prevenção de diversas patologias. Um destes incidentes ocorreu em 1955, após falha no processo de fabricação da vacina contra a poliomielite (MILLER *et al.*, 2015 apud APS *et al.*, 2018), baseada em vírus inativados que ficou conhecido como Incidente *Cutter*, que ocasionou um surto de poliomielite nos Estados Unidos, após um erro na produção dos *Cutter Laboratories* levando as vacinas a conter cepas ativas do vírus da pólio (CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003). Em virtude desses eventos, esforços foram investidos para garantir maior segurança na fabricação e uso de vacinas. A formulação baseada em vírus inativado (conhecida por Salk ou VIP) é atualmente administrada em crianças de até seis meses. Por conter vírus inativos, evitam os efeitos adversos graves observados com a formulação com vírus atenuado (VOP), no Brasil, a VOP, é administrada como dose de reforço, em crianças entre 15 meses e 4 anos.

Outro exemplo é a vacina contra a coqueluche (presente na vacina dTpa – difteria, tétano e *pertussis* acelular), que sofreu modificações para substituir a vacina *pertussis* celular, relacionada a eventos adversos graves na década de 1970 (KIMURA; HIKINO, 1985 apud APS *et al.*, 2018).

Apesar das fatalidades, os principais motivos que alimentam o movimento antivacina não são os fatos relacionados aos incidentes iniciais relacionados à produção dos imunizantes, mas principalmente à elaboração de *fake news* e materiais de pouca qualidade que propagam conteúdos de baixa evidência científica. Um dos exemplos é o episódio relacionado ao artigo publicado na revista *The Lancet* (WAKEFIELD, 1998), que associou

a vacina tríplice ao autismo, resultando na redução dos índices de vacinação no Reino Unido e, posteriormente em todo o mundo (BARBOZA; MARTORANO, 2017).

Movimento antivacina

O movimento antivacina é composto por indivíduos que questionam a eficácia de vacinas e são contrários à vacinação e aos programas de imunização. Acredita-se que o movimento se iniciou logo após a criação das vacinas, o que era associado à falta de compreensão sobre o funcionamento dos imunobiológicos. Em 1853, houve a criação de uma liga antivacina em Londres, com posterior aumento de grupos antivacina em toda a Europa. No Brasil, um marco importante associado à desconfiança sobre as vacinas foi a “Revolta da Vacina”, que ocorreu em 1904 como uma revolta popular contra a obrigatoriedade vacinal imposta pelo governo, a qual ocorreu com uso de força física, invasão de casas e destruição de habitações (OLIVEIRA *et al.* 2022).

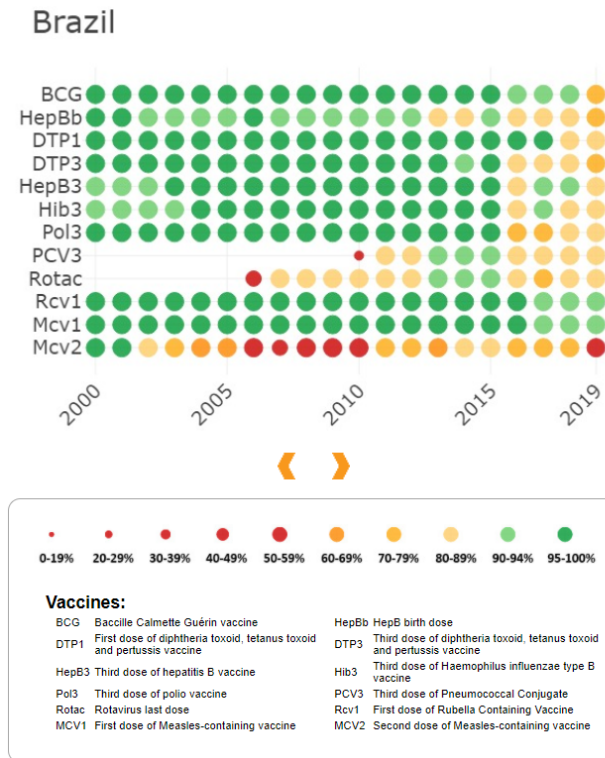
Atualmente, um dos argumentos mais utilizados para esse comportamento no mundo foi o episódio da publicação, em 1998, na revista *Lancet*, pelo médico inglês Andrew Wakefield, a qual associava a vacina tríplice viral com o autismo. No entanto, esse estudo foi questionado em relação à amostra pequena, sem grupo controle, ausência de padrões de diagnóstico e resultados inconclusivos. Posteriormente, foi provado que dados foram manipulados e que havia graves conflitos de interesse e, Wakefield teve o seu registro profissional cassado. Apesar disso e de outros estudos que contrapõem a existência da relação entre vacinas e autismo, essa ainda é uma informação disseminada mundialmente (VIGNOLI *et al.*, 2022; CARDOSO *et al.*, 2021). Outros fatores como religião, disseminação de *fake news*, mídias sociais e desconhecimento sobre o funcionamento dos imunobiológicos associam-se à perpetuação desse movimento (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

No Brasil, a disseminação desse movimento já mostra consequências, como redução da cobertura vacinal (Figura 5). Em 2016, apenas 76,7% da população tomou a segunda dose da tríplice viral e, ainda nesse ano, foi observada a menor taxa de vacinação contra a poliomielite, doença eliminada no Brasil desde 1994. Além disso, houve o retorno do sarampo, doença considerada eliminada no país em 2016, devido à baixa cobertura vacinal. Desde 2019, foram confirmados cerca de 2109 casos de sarampo. Isso traz a preocupação do retorno também da coqueluche e poliomielite (CARDOSO *et al.*, 2021; SANTOS; SILVA; BATISTA, 2021), visto que as narrativas antivacinas estão se disseminando e refletindo nas projeções do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que

em 2020 não atingiu as metas de cobertura de vacinas infantis disponíveis (MADEIRO, 2021).

Figura 5: Cobertura vacinal no Brasil entre 2000 e 2019.

Immunization coverage country punchcards



Fonte: WHO (2021b).

Nessa categoria, os entrevistados foram perguntados sobre o conhecimento que tinham acerca do movimento. Cinco deles afirmaram que sim, e seis afirmaram que não. Quando questionados sobre o entendimento acerca do tema, as respostas foram amplas:

P3: “O mundo inteiro está fazendo protestos antivacina. Não sou a favor de protestos na rua, mas pessoas não querem ser obrigadas a tomar uma coisa que elas não sabem o que pode fazer com elas. Na verdade, esses protestos estão relacionados com uma ditadura, com aquilo que eles querem impor às pessoas. Eles querem obrigar as pessoas, colocar passaportes sanitários, proibir as pessoas de decidirem o que colocar ou não em seus corpos. Então isso gera protestos. Ultimamente tivemos relatos de diversas pessoas que tiveram eventos adversos da vacina, que chegaram a óbito e elas mesmas foram protestar. Se algum parente meu tomasse a vacina e dois depois falecesse, como o caso que a gente está vendo acontecer, eu me sentiria no direito de protestar, de não ser obrigada a tomar uma coisa que faria mal pra mim e pra minha família. Por esse ponto, eu concordo. “

P7: “Já ouvi falar, mas nunca li sobre isso. Não concordo com movimentos antivacina. Eu sou contra a obrigatoriedade, mas o movimento antivacina eu nunca nem li nada porque para mim não faz sentido.”

P10: “Eu acho que as pessoas têm escolhas e que nada deveria ser obrigatório, cada um deveria ter o direito de escolher se quer vacinar.”

Alguns entrevistados associaram o movimento a questões religiosas, outros à política. Nenhum dos participantes afirmou se associar ao movimento. Entretanto, grande parte não concorda com a obrigatoriedade das vacinas. Para Barbieri, Couto e Aith (2017), a obrigatoriedade da vacinação representa uma proteção ao bem público comum da prevenção e promoção da saúde, mas não deve ser tomada de forma absoluta, sendo sempre passível de flexibilização para casos em que a não vacinação não representar riscos relevantes para a saúde pública. Trata-se de um conflito entre liberdade individual e saúde pública que deve ser sempre ponderado à luz dos princípios jurídicos da razoabilidade e proporcionalidade, equilibrando-se a proteção à saúde com a proteção às liberdades individuais da melhor forma possível.

Conclusão

O desenvolvimento dessa pesquisa possibilitou maior compreensão dos diversos aspectos que influenciam diretamente ou indiretamente na adesão vacinal no contexto da COVID-19. Assim, é importante destacar que a disposição dos indivíduos em aceitar a vacina não é estática, mas permeada por diferentes fatores que influenciam a adesão a essa estratégia de saúde, como a qualidade das informações a que são expostos, o momento da pandemia e as percepções individuais de risco. Nesse sentido, é essencial compreender as crenças que reforçam os comportamentos de hesitação vacinal.

Dentre as justificativas apresentadas pelos participantes, estão o “não funcionamento” da vacina, rápido tempo de produção, possibilidade de reinfecção após a vacina e baixa gravidade da doença. Chama atenção o sentimento de tranquilidade quanto a pandemia e a percepção de baixo risco em relação aos impactos da doença. Outra característica da amostra é a prioridade por proteção de cunho individual, como realização de atividade física e a adoção de alimentação saudável como modo de prevenir a doença. É possível notar falas dissonantes e contraditórias, na medida em que alguns participantes afirmaram não ser totalmente contra as vacinas para a COVID-19 e reconheceram a

importância do imunizante para a diminuição dos índices de mortalidade. Nenhum dos participantes manifestou associação com o movimento antivacina e todos eles já se vacinaram na idade adulta com pelo menos uma das vacinas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

A superficialidade e a má qualidade das informações acessadas são fatores que corroboram o comportamento de hesitação vacinal. Apesar de citarem meios de comunicação tradicionais como uma das principais fontes de informação sobre a COVID-19, a maior parte deles apresentava desconfiança em relação à qualidade das informações divulgadas, além disso, apresentaram inabilidade para checar adequadamente as notícias. Nesse sentido, faz-se necessário investir no potencial de disseminação de conteúdos de qualidade, baseado em literatura científica e no posicionamento de especialistas comprometidos com a saúde pública, no intuito de desmistificar a desinformação nas redes e mídias de grande alcance. Além disso, novas pesquisas podem ser necessárias para expandir o entendimento sobre o comportamento de hesitação vacinal de forma a propor ações eficazes no combate a esse comportamento.

Agradecimentos/ financiamento

Agradeço à professora Dra. Ana Carolina Campos Lisboa pelo seu incansável empenho e dedicação ao orientar-nos durante todo o desenvolvimento deste trabalho. Expressamos nossa gratidão à professora MSc. Stela Maris Bretas Souza, cuja contribuição foi extremamente positiva para a pesquisa. Não podemos deixar de agradecer calorosamente aos participantes desta pesquisa, que generosamente dedicaram seu tempo para a realização das entrevistas. Também gostaríamos de ser gratas às nossas famílias pelo apoio e encorajamento durante toda essa jornada.

VACCINE HESITANCY IN COVID-19: A QUALITATIVE STUDY

Abstract

Introduction: The decline in vaccine coverage and the increased prevalence of vaccine hesitancy behaviors in populations are multifactorial phenomena intensified mainly in the context of the SARS-CoV-2 pandemic. **Objective:** To identify the main reasons leading individuals to exhibit vaccine hesitancy behavior related to COVID-19 vaccines. **Method:** This is a qualitative descriptive study conducted with individuals aged 20 to 70 years residing in Brazil. Those who refused to participate in the research or had contraindications to receiving the vaccine were excluded. Recruitment occurred through a snowball method until saturation of responses. Data collection took place between September and November 2021 through semi-structured telephone interviews. Demographic data, knowledge about the disease and its impacts, and opinions about vaccines, with a focus on COVID-19 vaccines, were collected. The content analysis method with thematic grouping was used. The project was approved by the Ethics Committee (CEP), CAAE: 47796621.5.0000.5095. **Results:** The study involved 11 participants. The main concerns regarding the vaccine expressed by the interviewees included doubts about efficacy, rapid production, the vaccine's inability to prevent possible reinfections, and the perceived low severity of the disease. Participants expressed distrust in major media outlets and an inability to properly fact-check accessed information. Additionally, most participants showed calmness regarding the pandemic and a preference for individually focused protective measures, such as engaging in physical activity and using medications. Dissonant statements were noted, as some participants mentioned not being entirely against the vaccine but recognized its importance in reducing mortality rates, showing adherence to other vaccines. Despite vaccine hesitancy, none of the participants expressed association with the anti-vaccine movement. **Conclusion:** Superficiality and poor quality of accessed information are factors that contribute to vaccine hesitancy behavior. It is necessary to invest in the potential dissemination of quality content based on scientific literature and the opinions of experts committed to public health to debunk misinformation on widely accessed networks and media.

Keywords: COVID-19. Vaccines. Vaccine Hesitation

Referências

- APS, L. R. M. M.; PIANTOLA, M. A. F.; PEREIRA, S. A.; CASTRO, J. T.; SANTOS, F. A. O.; FERREIRA, L. C. S. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 40, p. 1-13, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6T6JH8wZHMqqVsVkjZ85xLm/?lang=pt#>. Acesso em: 03 maio 2021.
- AVAAZ. 1 em cada 4 brasileiros pode não se vacinar contra a COVID-19. AVAAZ. 07 setembro de 2020. Disponível em: https://secure.avaaz.org/campaign/po/brasileiros_nao_vacinar_covid/. Acesso em: 17 jul. 2023.
- AXFORS, C.; SCHMITT, A. M.; JANIUD, P.; HOOFT, J. V.; ABD-ELSALAM, S.; ABDO, F. F. *et al.* Mortality outcomes with hydroxychloroquine and chloroquine in COVID-19 from an international collaborative meta-analysis of randomized trials. **Nature Communications**, v. 12, n. 1, p. 1–13, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41467-021-22446-z>. Acesso em: 25 jan. 2023.
- BARBIERI, C. L. A. **Cuidado infantil e (não) vacinação no contexto de famílias de camadas médias em São Paulo/SP** 2014. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- BARBIERI, C. L. A.; COUTO, M. T.; AITH, F. M. A. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.
- BARBOZA, R.; MARTORANO, S. A. A. O caso da vacina tríplice e o autismo: o que os erros nos ensinam sobre os aspectos da natureza da ciência. In: MOURA, B. A.; FORATO, T. C. M., comps. **Histórias das ciências, epistemologia, gênero e arte: ensaios para a formação de professores**. São Bernardo do Campo: UFABC, 2017, capítulo 3, p. 53-69.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Relatório Técnico – Monitoramento de vacinas em desenvolvimento contra Sars-CoV-2**. 30 de outubro de 2020. [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- BRASIL. Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19**. Brasil Imunizado Somos Uma Só Nação 2020. Brasília, DF; 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/23/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19-de-2021>. Acesso em: 23 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Estratégia de Vacinação contra o Vírus SARS-CoV-2 COVID-19: Protocolo de Vigilância Epidemiológica e Sanitária de Eventos Adversos Pós-Vacinação 2020**. Brasília, DF; 2020b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/21/estrategia_vacinacao_covid19.pdf. Acesso em: 23 mar.

2023.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação**. 4. ed. Brasília, DF; 2020c. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/manual-vigilancia-epidemiologica-eventos-vacinacao-4ed.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2023.

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

BUSSINK-VOOREND, D; HAUTVAST, J. L. A.; VANDEBERG, L.; VISSER, O.; HULSCHER, M. E. J. L. A systematic literature review to clarify the concept of vaccine hesitancy. **Nat Hum Behav**, v. 6, p. 1634-48, 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-022-01431-6>. Acesso em: 19 set. 2023.

CAMPOS, A. L. V.; NASCIMENTO, D. R.; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v. 10 (suplemento 2), p. 573-600, 2003.

CARDOSO, V. M. V. S., BIANCO, E.; ACCORDI, N. Q.; PIMENTEL, A. B. N. M.; LOURENÇO, F. S.; CRESSONI, V. D. *et al.* Vacinas e movimentos antivacinação: origens e consequências. **Revista eletrônica acervo científico**, v. 21, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/6460>. Acesso em: 25 jan. 2023.

CASCINI, F.; PANTOVIC, A.; AL-ALLOUNI, Y. A.; FAILLA, G.; PULEO, V.; MELNYK, A. *et al.* Social media and attitudes towards a COVID-19 vaccination: A systematic review of the literature. **eClinical Medicine**, v. 48, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35611343/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

COSTA, B. M., NEVES, D. K. O.; MELONI, L. C.; CORDEIRO, S. A.; LIMA, T. P. B.; MARINHO, W. N. Guia de orientações em relação à alimentação e exercício físico diante da Covid-19. Fiocruz. 2020.

DISSANAYAKE, H. A.; SILVA, N. L.; SUMANATILLEKE, M.; SILVA, S. D. N.; GAMAGE, K. K.; DEMATAPITIYA, C. *et al.* Prognostic and Therapeutic Role of Vitamin D in COVID-19: Systematic Review and Meta-analysis. **J Clin Endocrinol Metab**, v. 107, n. 5, p. 1484-1502, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34894254/#:~:text=Vitamin%20D%20deficiency%2Finsufficiency%20increased,0.003%3B%20I%20%3D%2073%25>). Acesso em: 08 out. 2023.

DOMINGUES, C. M. A. S.; FANTINATO F. F. S. T.; DUARTE E.; GARCIA L. P. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v. 28, n. 2, 2019.

DOMINGUES C. M. A. S; MARANHÃO A. G. K.; TEIXEIRA A. M.; FANTINATO F. F. S.; DOMINGUES R. A. S. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, Supl 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?lang=en#>. Acesso em 23 mar. 2021.

- FELESZKO, W.; LEWULIS, P.; CZARNECKI, A.; WASZKIEWICZ, P. Flattening the Curve of COVID-19 Vaccine Rejection - An International Overview. **Vaccines**, v. 9, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828585/pdf/vaccines-09-00044.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- FIGUEIREDO, A.; SIMAS, C.; KARAFILLAKIS, E.; PATERSON, P.; LARSON, H. J. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 898–908, 2020.
- FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004. 256p.
- FONTANELLA, B. J. B.; LUCHESI, B. M.; SAIDEL, M. G. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R.; MELO, D. G. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 388–394, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>. Acesso em: 4 maio 2021.
- GARCIA, L. P. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/CnRrjrVGFZZmYsy9YcKfvry/>. Acesso em: 25 jan. 2023.
- GIBBONS, J. B.; NORTON, E. C.; MCCULLOUGH, J. S.; MELTZER, D. O.; LAVIGNE, J.; FIEDLER, V. C. *et al.* Association between vitamin D supplementation and COVID-19 infection and mortality. **Scientific reports**, v. 12, 2022. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-24053-4>. Acesso em: 01 fev. 2023.
- GIRARDI, J. M.; ANDRADE, A. M.; OLIVEIRA, L. E. S.; PEREIRA, D. C. R.; SILVA, R. T. Uso de máscaras para a redução da transmissão da COVID-19: revisão integrativa. **Comunicação em Ciências de Saúde**, v. 32, n. 2, p. 17-30, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1354756>. Acesso em: 15 dez. 2022.
- GONÇALVES, B. A.; MATOS, C. C. S. A.; FERREIRA, J. V. S.; ITAGYBA, R. F.; MOÇO, V. R.; COUTO, M. T. Hesitação vacinal contra a COVID-19 na América Latina e África: uma revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 8, p. 1-26. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8325/18590>. Acesso em: 01 out. 2023.
- GUPTA, M. K.; LIPNER, S. R. Hand hygiene in preventing COVID-19 transmission. **Cutis**, v. 105, n. 5, p. 233-234, 2020. Disponível em: <https://www.mdedge.com/dermatology/article/221793/contact-dermatitis/hand-hygiene-preventing-covid-19-transmission>. Acesso em: 20 jan. 2023.
- IDSA. Infectious Diseases Society of America. Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19. Infectious Diseases Society of America 2023; Versão 11.0.0. Disponível em: <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management/>. Acesso em: 06 set. 2023.
- JENNINGS, W.; STOKER, G.; BUNTING, H.; VALGAROSSOM, V. O.; GASKELL, J.; DEVINE, D. *et al.* Lack of trust, conspiracy beliefs and social media use predict COVID-19 vaccine hesitancy. **Vaccines**, v. 9, n. 6, 2021.

KATA, A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm: an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. **Vaccine**, v. 30, n. 25, 2012.

KIMURA, M.; HIKINO, N. Results with a new DTP vaccine in Japan. **Developments in Biological Standardization**, v. 61, p. 545–561, 1985.

KNOLL, M. D.; WONODI, C. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine efficacy. **Lancet**, v. 397, p. 172-174, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32623-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32623-4/fulltext). Acesso em: 13 ago. 2023.

LANGE, K. W.; NAKAMURA, Y. Lifestyle factors in the prevention of COVID-19. **Global Health Journal**, v. 4, n. 4, p. 146-152, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2414644720300555>. Acesso em: 24 jan. 2023.

LARSON, H. J.; GAKIDOU, E.; MURRAY, C. J. L. The Vaccine-Hesitant Moment. **The New England Journal of Medicine**, 2022. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmra2106441>. Acesso em: 18 set. 2023.

LAZARUS, J. V.; RATZAN, S. C.; PALAYEW, A.; GOTIN, L. O.; LARSON, H. J.; RABIN, K. *et al.* A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. **Nature Medicine**, v. 27, n. 2, p. 225–228, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-1124-9.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2021.

LEFRANÇOIS, T.; MALVY, D.; ATLANI-DUAULT, L.; BENAMOUZING, D.; DRUAIS, P.; YAZDANPANAH, Y. *et al.* After 2 years of the COVID-19 pandemic, translating One Health into action is urgent. **The Lancet**, v. 401, n. 10378, p. 789–794, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01840-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01840-2/fulltext). Acesso em: 05 ago. 2023.

LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MAMBRINI, J. V. M. Hesitação vacinal contra a COVID-19 em amostra nacional de idosos brasileiros: iniciativa ELSI-COVID, março de 2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n.1, 2022. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742022000100703&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 fev. 2023.

LIN, C.; TU, P.; BEITSCH, L. M. Confidence and Receptivity for COVID-19 Vaccines: A Rapid Systematic Review. **Vaccines**, v. 9, n. 1, p. 16, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/1/16>. Acesso em: 23 mar. 2021.

LOOMBA, S.; FIGUEIREDO, A.; PIATEK, S. J.; GRAAF, K.; LARSON, H. J. Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. **Nature Human Behaviour**, v. 5, n. 3, p. 337–348, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-021-01056-1>. Acesso em: 04 maio 2022.

MADEIRO, C. Queda em taxas de vacinação deve ressuscitar doenças erradicadas do país. UOL, Maceió, 29 set. 2021. Viver Bem. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/redacao/2021/09/29/queda-em-taxas-de-vacinacao-deve-ressuscitar-doencas-erradicadas-do-pais.html> Acesso em: 10 set. 2023.

MARCOLINO, M. S.; MEIRA, K. C.; GUIMARÃES, N. S.; MOTTA, P. P.; CHAGAS, V. S.; KELLES, S. M. B. *et al.* Systematic review and meta-analysis of ivermectin for treatment of COVID-19: evidence beyond the hype. **BMC Infect Dis**, v. 22, n. 1, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35870876/>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MALTA, D. C.; GOMES, C. S.; SZWARCOWALD, C. L.; BARROS, M. B. A.; SILVA, A. G.; PRATES, E. J. S. *et al.* Distanciamento social, sentimento de tristeza e estilos de vida da população brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/345082950_Distanciamento_social_sentimento_de_tristeza_e_estilos_de_vida_da_populacao_brasileira_durante_a_pandemia_de_COVID-19 Acesso em: 1 abr. 2021.

MEGGET, K. Even covid-19 can't kill the anti-vaccination movement. **BMJ**, p.1-2. 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m2184>. Acesso em: 3 maio 2021.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**, Brasil, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2021.

MCINTOSH, K. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention. **UpToDate**, 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention#H555203865>. Acesso em: 05 set. 2023.

MILLER, E. R.; MORO, P. L.; CANO, M.; SHIMABUKURO, T. T. Deaths following vaccination. What does the evidence show? **Vaccine**, v. 33, n. 29, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26004568/> Acesso em: 09 set. 2023.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, I. S.; CARDOSO, L. S.; FERREIRA, I. G.; ALEXANDRE-SILVA, G. M.; JACOB, B. C. S.; CERNI, F. A. *et al.* Anti-vaccination movements in the world and in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/5gK3SgPkKRgFzX3RtkmHF8P/?lang=en>. Acesso em: 15 jan. 2023.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. Kit de ferramentas de transformação digital. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf. Acesso em: 17 jul. 2023.

ORNELL, F.; SHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, 232–235, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000300232. Acesso em: 1 abr. 2021.

PENNYCOOK, G.; MCPHETRES, J.; ZHANG, Y.; LU, J. G.; RAND, D. G. Fighting COVID-19 Misinformation on Social Media: Experimental Evidence for a Scalable Accuracy-Nudge Intervention. **Psychological Science**, v. 31, n. 7, p. 770–780, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32603243/>. Acesso em: 08 fev. 2022.

REITER, P. L.; PENNEL, M. L.; KATZ, M. L. Acceptability of a COVID-19 vaccine among adults in the United States: How many people would get vaccinated?. **Vaccine**, v. 39, n. 42, 2020.

ROBERTSON, E.; REEVE, K. S.; NIEDZWIEDZ, C. L.; MOORE, J.; BLAKE, M.; GREEN, M. *et al.* Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 94, p. 41–50, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33713824/>. Acesso em: 28 mar. 2022.

ROBINSON, E.; JONES, A.; LESSER, I.; DALY, M. I. International estimates of intended uptake and refusal of COVID-19 vaccines: A rapid systematic review and meta-analysis of large nationally representative samples. **Vaccine**, v. 39, n. 15, p. 2024–2034, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33722411/>. Acesso em: 05 mar. 2022.

ROOZENBEEK, J.; SCHNEIDER, C. R.; DRYHURST, S.; KERR, J.; FREEMAN, A. L. J.; RECCHIA, G. *et al.* Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. **Royal Society Open Science**, v. 7, n. 10, 2020. Disponível em: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsos.201199>. Acesso em: 22 mar. 2022.

RODRIGUES, T. D. F. F.; OLIVEIRA, G. S.; SANTOS, J. A. As Pesquisas Qualitativas e Quantitativas na Educação. **Revista prisma**, v. 2; n. 1, p. 154-174, 2021.

SALALI, G. D.; UYSAL, M. S. COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. **Psychological Medicine**, p. 1–3, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33070804/>. Acesso em: 22 mar. 2022.

SALLAM, M. COVID-19 Vaccine Hesitancy Worldwide: A Concise Systematic Review of Vaccine Acceptance Rates. **Vaccines**, v. 9, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7920465/pdf/vaccines-09-00160.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

SANTOS, G. L.; SILVA, J. S.; BATISTA, A. G. Movimento antivacina: resistência da vacinação e apresentação da eficácia dos imunopreviníveis. **Revista Saúde dos Vales**, v. 1, n. 1, 2021.

SHAFIEE, A.; ATHAR, M. M. T.; GARGARI, O. K.; JAFARABADY, K.; SIAHVOSHI, S.; MOZHGANI, S. Ivermectin under scrutiny: a systematic review and meta-analysis of efficacy and possible sources of controversies in COVID-19 patients. **Virology Journal**, n. 102, 2022. Disponível em: <https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12985-022-01829-8>. Acesso em: 25 jan. 2023.

SHAH, K; VARNA, V. P.; SHARMA, U.; MAVALANKAR, D. Does vitamin D supplementation reduce COVID-19 severity?: a systematic review. **QJM: An international journal of medicine**, 2022. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9383458/>. Acesso em: 23 jan. 2023.

SILVA, M. L.; SILVA, R. A. Economia brasileira pré, durante e pós-pandemia do Covid-19: impactos e reflexões. **Observatório Socioeconômico da COVID-19**, 2020.

SILVA, R. B.; SILVA, T. P. R.; SATO, A. P. S.; LANA, F. C. F.; GUSMÃO, J. D.; SOUZA, J. F. A. *et al.* Adverse events following immunization against SARS-CoV-2 (covid-19) in the state of Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 55, 66, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003734>. Acesso em: 23 mar. 2023.

SIQUEIRA, P. C; COLA, J. P.; COMERIO, T.; SALES, C. M. M.; MACIEL, E. L. Limiar de imunidade de rebanho para SARS-CoV-2 e efetividade da vacinação no Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 48, n. 2, 2022.

SBMT. **Movimento antivacina é uma das dez ameaças para a saúde mundial**, 2019. Disponível em: <https://sbmt.org.br/anti-vaccine-movement-is-one-of-the-ten-threats-to-global-health/>. Acesso em: 24 mar. 2021.

SBP. Departamento Científico de Imunizações (2019-2021). **Guia Prático de Atualização: Vacinas COVID-19**, n. 12, 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22908d-GPA-Vacinas_COVID19_-_Atualizacao.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

SOUSA, Á. F. L.; TEIXEIRA, J. R. B.; LUA, I.; SOUZA, F. O.; FERREIRA, A. J. F.; SCHNEIDER, G. *et al.* Determinants of COVID-19 Vaccine Hesitancy in Portuguese-Speaking Countries: A Structural Equations Modeling Approach. **Vaccines**, v. 9, n. 10, p. 1167, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696275/>. Acesso em: 18 nov. 2022.

SOUSA, J. R.; SANTOS, S. C. M. Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: modo de pensar e fazer. **Pesquisa e debate em educação**, v. 10, n. 2, p. 1396-1416, 2020.

SUCCI, R. C. M. Vaccine refusal: what we need to know. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 6, p. 574-581, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29654748/>. Acesso em: 07 jun. 2022.

TANNI, S. E.; BACHA, H. A.; NAIME, A.; BERNARDO, W. M. Use of hydroxychloroquine to prevent SARS-CoV-2 infection and treat mild COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 5, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/hz8hXBC63Htqjg6CdBQ9CGN/#>. Acesso em: 15 jul. 2023.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**, v. 08, p. 20-7, 2009.

VIGNOLI, R. G.; SILVA, R. C.; MARAN, M. F. I. A.; VITORIANO, M. C. C. P. Movimento antivacina e hesitação vacinal na covid-19: reflexões e percepções para a ciência da informação. **Inf. Inf.**, v. 27, n. 1, p. 457 - 484, 2022. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao>. Acesso em: 10 set. 2023.

WAKEFIELD, A. J. Autism, inflammatory bowel disease, and MMR vaccine. **The Lancet**, v. 351, p.1356-1357, 1998.

WOLFE, R. M.; SHARP, L. K. Anti-vaccinationists past and present. **BMJ**, v. 325, n. 7361, p. 430-432, 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1123944/>. Acesso em: 03 set. 2022.

WHO. World Health Organization. **Report of the Sage working group on vaccine hesitancy**. Geneva, 1º out. 2014. Disponível em: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf. Acesso em: 4 maio 2021.

WHO. World Health Organization. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. 11 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 4 maio 2021.

WHO. World Health Organization. **Immunization coverage**. 15 jul. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>. Acesso em: 3 maio 2021.

WHO. World Health Organization. **COVID-19 natural immunity**. 2021a. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Natural_immunity-2021.1. Acesso em: 22 fev. 2023.

WHO. World Health Organization. Immunization coverage country punchcards. **WHO**, 2021b. Disponível em: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.immunization-cov?x-country=BRA>. Acesso em: 16 mar. 2021.

WHO. World Health Organization. **Vaccines and Immunization**. 2022a. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1. Acesso em: 18 set. 2023.

WHO. World Health Organization. **Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake**. Geneva: World Health Organization; 2022b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354459/9789240049680-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 set. 2023.

WHO. World Health Organization. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**, 2023a. Disponível em: <https://covid19.who.int/?mapFilter=deaths>. Acesso em: 20 set. 2023.

WHO. World Health Organization. Emergency Use Authorization (EUA) Qualified COVID-19 Vaccines. 2023b. Disponível em: <https://www.who.int/teams/regulation-prequalification/eul/covid-19>. Acesso em: 5 maio 2021.

WHO. World Health Organization. Therapeutics and COVID-19: living guideline. 2023c. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.4>. Acesso em: 07 set. 2023.

WHO. World Health Organization. **Definition And Application Of Terms For Vaccine Pharmacovigilance**: Report of CIOMS/WHO Work Group on Vaccine Pharmacovigilance. Geneva: WHO/CIOMS, 2012.

Apêndice A

1) Dados demográficos
<ol style="list-style-type: none">1. Idade2. Sexo3. Estado4. Escolaridade5. Profissão6. Possui alguma comorbidade?
2) Conhecimento sobre a COVID-19
<ol style="list-style-type: none">1. O que é a COVID 19 para você?2. Na sua opinião, quem já teve COVID-19 pode ter novamente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Talvez
3) Informação
<ol style="list-style-type: none">1. Quantas vezes na última semana, você leu sobre a COVID-19? <input type="checkbox"/> Muito frequente <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca2. Quais as principais fontes você utilizou para obter essas informações? <input type="checkbox"/> Reportagens na TV/Internet <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Youtube <input type="checkbox"/> Whats App <input type="checkbox"/> Instagram/Facebook <input type="checkbox"/> Sites governamentais e científicos <input type="checkbox"/> Familiares e amigos <input type="checkbox"/> Outro

3. Como você se sente em relação a segurança das informações que você tem acesso?

4. Você tem costume de verificar se as informações que você acessa são *Fake News* ou não?

- Sim
 Não

4) Impactos na saúde e na vida

1. Quais medidas você tem tomado para se proteger da COVID-19?

2. Como você se sentiu no último mês em relação à atual pandemia?

3. Você teve Covid-19 comprovado por exames?

- Sim
 Não

Vacina

1. Após os 18 anos, você já se vacinou?

- Sim
 Não

Se você se vacinou após os 18 anos, responda: Porque você se vacinou?

Se você se vacinou após os 18 anos, responda: Com que frequência você se vacina?

Se você não se vacinou após os 18 anos, responda: Porque você não se vacinou?

Quais as principais dúvidas você tem em relação à vacinação?

VACINA COVID - 19

1. Você acredita que as vacinas que estão sendo ofertadas no Brasil funcionam contra a doença?

2. Em relação às vacinas disponíveis no Brasil, você se vacinaria com (pode assinalar mais de uma opção):

- Coronavac (Butantã/China)
- Covishield (Astrazeneca/Oxford)
- BNT162b2 (Pfizer/BioNTech)
- Nenhuma
- Outras

Justifique a sua resposta anterior (não deixe de nos contar porque tem preferência por uma em detrimento de outra ou porque não tomaria alguma dessas vacinas ou nenhuma).

MOVIMENTO ANTIVACINA

1. Você já ouviu falar do movimento antivacina?
- Sim
 - Não

2. Se você respondeu "sim", qual sua opinião sobre este movimento?

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DESTINADO AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Título da pesquisa: HESITAÇÃO VACINAL NA COVID-19: UM ESTUDO QUALITATIVO

Pesquisador (a) Responsável: Ana Carolina Vale Campos Lisboa

Telefone(s) de contato: (31) 99393-6446

Email: ana.lisboa@univaco.edu.br

Período total de duração da pesquisa: 01/08/2021 a 01/02/2022

1. Eu, _____, estou sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa coordenada pela pesquisadora bióloga Dra. Ana Carolina Vale Campos Lisboa.
2. O objetivo principal da pesquisa consiste em identificar as principais razões que levam indivíduos brasileiros à hesitação vacinal contra a COVID-19. Além disso, identificar as principais fontes de informações utilizadas pelos entrevistados e como influenciam na tomada de decisão a respeito da vacina contra o Sars-Cov-2. Para isso, será selecionado um grupo composto por 15 a 25 participantes que não pretendem se vacinar contra a COVID-19.
3. Minha participação envolve responder a perguntas por meio de uma entrevista por telefone com os pesquisadores dessa pesquisa. As perguntas serão sobre meus dados pessoais (idade, escolaridade e profissão), sobre o que eu sei sobre a COVID-19 e onde busco me informar a respeito e sobre meu comportamento e sentimento em relação às vacinas disponíveis e às vacinas contra a COVID-19.
4. Os riscos ou desconfortos previstos estão relacionados à quebra de sigilo, que serão minimizados pela não publicação de nenhum dado pessoal ao longo de todo o trabalho. Os pesquisadores me garantiram anonimização dos dados, durante a análise e publicação, além de imparcialidade durante a realização da entrevista, respeitando meu posicionamento acerca do tema.
5. Não terei benefícios diretos ao participar dessa pesquisa. Os possíveis benefícios indiretos estão relacionados a contribuir com informações sobre os sentimentos e comportamentos das pessoas em relação à vacinação e dessa forma munir governos e instituições de argumentos para sustentar estratégias mais assertivas acerca dos esclarecimentos necessários para melhor compreensão e aceitação da vacina contra a COVID-19.
6. Minha participação na pesquisa não acarretará nenhum preconceito, discriminação ou desigualdade social;
7. Os resultados deste estudo podem ser publicados, mas meu nome ou identificação não serão revelados;
8. Não haverá remuneração pela minha participação;
9. Quaisquer dúvidas que eu tiver em relação à pesquisa ou à minha participação, antes ou depois do consentimento, serão respondidas pela pesquisadora Dra. Ana Carolina Vale Campos Lisboa;
10. Esta pesquisa foi aprovada sob registro de Protocolo nº _____ pelo Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos do Unileste que funciona no Bloco U, sala 107, Campus I do Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, localizado à Avenida Presidente Tancredo Neves, 3500 - Bairro Universitário – Coronel Fabriciano – MG – CEP 35170-056 – Telefone: 3846-5687. Assim, este termo está de acordo com a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012, para proteger os direitos dos seres humanos em pesquisas. Qualquer dúvida quanto aos

meus direitos como participante em pesquisas, ou se sentir que foi colocado em riscos não previstos, eu poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa para esclarecimentos;

Li as informações acima, recebi explicações sobre a natureza, riscos e benefícios do projeto. Comprometo-me a colaborar voluntariamente e compreendo que posso retirar meu consentimento e interrompê-lo a qualquer momento, sem penalidade ou perda de benefício.

Ao assinar este termo, não estou desistindo de quaisquer direitos meus. Uma cópia deste termo me foi dada.

Assinatura do participante _____ Data _____

Documento: _____

Assinatura do pesquisador _____ Data _____

Documento: _____

Apêndice C

Título da Revista	Dados da revista
BMC Infectious Diseases	Qualis A3
BMJ	Qualis A1
Brain, Behavior, and Immunity	Qualis A1
Brazilian Journal of Psychiatry	Qualis B1
Cadernos de Saúde Pública	Qualis A1
Comunicação em Ciências da Saúde	Qualis B2
Cutis	Qualis B2
ECLINICALMEDICINE	Qualis A3
Epidemiologia e Serviços de Saúde	Qualis A3
Global Health Journal	Fator de Impacto 8,7
Informação e Informação	Qualis A2
Jornal Brasileiro de Pneumologia	Qualis B1
Jornal de Pediatria	Qualis A3
Pesquisa e debate em educação	Qualis B1
Psychological Medicine	Qualis A1
Psychological Science	Qualis A1
Nature Communications	Qualis A1
Nature Human Behaviour	Qualis A1
Nature Medicine	Qualis A1
QJM	Qualis A2
Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	Qualis B1
Revista de Saúde Pública	Qualis A1
Revista eletrônica acervo científico	Qualis B3
Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia	Qualis B3
Revista Saúde dos Vales	Sem qualis
Royal Society Open Science	Qualis A1
Saúde em Debate	Qualis A4
Scientific reports	Qualis A1
The Lancet	Qualis A1
Vaccines	Qualis A3
Vaccine	Qualis A2
Virology Journal	Qualis A3