

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

Vaccine hesitancy: topics for (re)thinking immunization policies

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

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos^{1,2} , Marcia Thereza Couto² 

¹Universidade Federal de Santa Catarina – Araranguá (SC), Brasil.

²Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina – São Paulo (SP), Brasil.

Resumo

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

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

Autor correspondente:

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

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 23/06/2021.

Aprovado em: 30/01/2023.

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



Abstract

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

Keywords: Vaccination; Vaccination hesitancy; Primary health care.

Resumen

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

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

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

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

Hesitação vacinal: determinantes e crenças

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

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

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

Algumas vacinas, especialmente, são alvo de maiores desconfianças e críticas. É o caso da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), que foi associada ao autismo pelo artigo fraudulento publicado por Wakefield no final da década de 1990.¹⁰ Vacinas introduzidas no calendário vacinal mais recentemente, como a do papilomavírus humano (HPV), também são alvo de especial desconfiança.¹¹⁻¹³

Hesitação vacinal enquanto fenômeno social e específico ao contexto

Com o estabelecimento de uma cultura da imunização no Brasil, as vacinas passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas e foram naturalizadas como elemento nuclear e “automático” do cuidado parental.¹⁴ Apesar de ter sido essencial para a adesão em massa ao calendário vacinal do PNI e para as altas taxas de cobertura vacinal atingidas, a cultura de imunização também nos coloca diante de alguns desafios. O primeiro deles é o fato de que pais vacinadores não parecem se informar para decidir que os filhos devem ser vacinados: fazem-no porque é “natural”. Similarmente ao que propõe Alcock¹⁵ com relação aos hábitos socialmente apreendidos, fazemos porque aprendemos que deve ser feito assim. Assim, o senso comum de que pais vacinadores são bem informados enquanto aqueles que hesitam às vacinas são desinformados é um “reducionismo interpretativo”⁶ com impactos importantes para as políticas, os programas de imunização e suas estratégias de comunicação. Membros de páginas e grupos brasileiros em redes sociais utilizam-se de argumentos logicamente organizados para embasar suas crenças contra a vacinação.¹⁶ A internet possibilita que tais argumentos, mesmo que sem teor científico, sejam compartilhados com maior agilidade, além de possibilitar a organização de pessoas em grupos de afinidade e o surgimento do sentimento de pertencimento individual e coletivo.¹⁷

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

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

REFERÊNCIAS

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

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