



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**KARINA DA SILVA ASSIS CORRÊA**

HESITAÇÃO VACINAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NO CONTEXTO  
DA COVID-19: uma revisão de literatura

Rio de Janeiro

2023

KARINA DA SILVA ASSIS CORRÊA

HESITAÇÃO VACINAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NO CONTEXTO  
DA COVID-19: uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Neide Emy Kurokawa e Silva

Rio de Janeiro

2023

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**KARINA DA SILVA ASSIS CORRÊA**

**HESITAÇÃO VACINAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, NO CONTEXTO  
DA COVID-19: uma revisão de literatura**

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva

Aprovada em: 07 de fevereiro de 2023.

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Neide Emy Kurokawa e Silva (Orientadora)  
IESC/UFRJ

---

Dr. João Vinícius dos Santos Dias  
IESC/UFRJ

---

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça  
IESC/UFRJ

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus pela oportunidade de estar em uma universidade pública, por tantas portas abertas, proteção e saúde nestes anos.

Agradecer aos meus pais, meus avós, familiares, famílias que me acolheram e amigos, por terem me apoiado nesta jornada. Que comemoraram comigo cada conquista na vida, que deram conselhos e refeições acompanhadas de risadas. Ao meu namorado Gabriel Vitor por ter me abraçado em cada momento frágil em que pensei em desistir. A querida amiga e psicóloga Eduarda Garcia Ortiz, que me auxiliou no meu autoconhecimento e me ensinou a priorizar minha saúde mental. Sem vocês, me formar não seria possível.

Agradeço principalmente a professora Neide Emy Kurokawa e Silva, não somente por ser minha orientadora, como também ser uma grande amiga que pude fazer durante minha trajetória e por ter me acolhido em tantos momentos difíceis. Agradeço também aos demais professores da graduação que contribuíram para minha formação e aprendizados, em especial as professoras Thatiana Fernandes, Miriam Ventura da Silva, Vera Lúcia Edais Pepe, Cátia Verônica dos Santos Oliveira e aos professores Artur Monte Cardoso, Paulo Mendonça, Roberto Unger e César Augusto Paro. Minhas preceptoras Nadja Greffe, Alessandra Pereira, e preceptor Alexandre Ditta. Além de todos os outros professores do ensino fundamental e médio que me ajudaram a chegar até aqui. Que venham muitas outras conquistas.

*A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não podem dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.*

**Paulo Freire**

## RESUMO

CORRÊA, Karina da Silva Assis. **Hesitação vacinal e educação em saúde, no contexto da COVID-19: uma revisão de literatura.** Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) - Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A hesitação vacinal e recusa de vacinação se opõem à vacinação desde a criação das vacinas. O medo, angústia e anseios pelo desconhecido são da natureza humana. No entanto, o que fazer após décadas de comprovação científica acerca da importância da vacinação contra a ocorrência de grandes epidemias? Com foco no contexto da COVID-19, o presente estudo discorre acerca da hesitação vacinal, tomada como o atraso na aceitação ou recusa da vacinação, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação, sobre os seus principais motivadores e estratégias de educação em saúde propostas para fazer face à mesma. Foi realizada revisão de literatura na Base da Biblioteca Virtual de Saúde - BVS, abrangendo os anos entre 2020 e 2022. Dos 247 artigos levantados, foram analisados 47, após filtros e exclusões. A maior parte dos artigos foi publicada no ano de 2021, nos Estados Unidos e no Reino Unido. Dentre os principais determinantes apontados para a hesitação à vacina figuram questões culturais como a religião, determinantes comportamentais como o medo, incerteza e desconfiança sobre a indústria farmacêutica ou fabricantes de vacinas, além de falta de informação ou conhecimento. A confiabilidade e segurança das vacinas despontaram como questões específicas da vacina e da vacinação. Para fazer face a essas barreiras, as propostas educativas apontadas tiveram como principal ponto de partida questões referentes a *fake news*, falta de informações e de comunicação em geral. Alguns estudos se detiveram em minorias étnicas, chamando a atenção para a necessidade de transmissão de informações culturalmente adaptadas. Os pais de crianças e profissionais de saúde também foram referidos como públicos alvo de intervenções pedagógicas, sempre com ênfase na transmissão de informações qualificadas, utilizando-se de diferentes estratégias, envolvendo dispositivos como rede social (WhatsApp) ou mesmo sensibilização de líderes religiosos. Embora se reconheça o papel da informação e dos meios para disseminá-la, tal ênfase tende a ignorar aquilo que se entende como uma pedagogia crítica, ou seja, uma proposta que ultrapasse a preocupação em transmissão de informações consideradas corretas por grupo de especialistas e invista mais na capacidade crítica da população para fazer suas escolhas e reivindicar outras medidas necessárias ao acesso à saúde como um todo.

Palavras-chave: Educação em saúde. Hesitação vacinal. Recusa de vacinação. Modelos pedagógicos.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **FIGURAS**

- Figura 1 - Passos do processo de ensino-aprendizagem da pedagogia da problematização .... 22
- Figura 2 - Etapas da revisão de literatura..... 24

### **QUADROS**

- Quadro 1 - Determinantes da Hesitação Vacinal estabelecidos pelo SAGE-WG..... 14
- Quadro 2 - Plano de análise..... 25
- Quadro 3 - Motivadores da hesitação vacinal e recusa da vacinação 2020-2022 ..... 28

### **GRÁFICOS**

- Gráfico 1 - Origem de publicações dos artigos selecionados para revisão bibliográfica ..... 26
- Gráfico 2 - Número de publicações, por ano..... 27

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CPI	Coordenação do Programa de Imunização
EAPV	Evento Adverso Pós-Vacinação
ES	Educação em saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
SAGE-WG	<i>Strategic Advisory Group of Experts on Immunization - Working Groups</i>
SIPNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL .....</b>	<b>14</b>
3.1 HESITAÇÃO VACINAL .....	14
3.2 CONTEXTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	16
3.3 MODELOS PEDAGÓGICOS .....	20
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
5.1 PERFIL DAS PUBLICAÇÕES .....	26
5.2 MOTIVADORES E SEUS ENFRENTAMENTOS .....	28
5.3 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	32
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>7 LIMITAÇÕES .....</b>	<b>38</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE .....</b>	<b>43</b>
APÊNDICE A – CHAVE DE BUSCA.....	44

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito universal e fundamental ao ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988, art. 196 - "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (BRASIL, 1988).

Uma das principais políticas de proteção à saúde no Brasil nasceu em 1973, com a formulação do Programa Nacional de Imunizações (PNI). O PNI tem como finalidade controlar doenças transmissíveis que causam surtos e epidemias em território nacional. Em 1976, o Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, inclusive a obrigatoriedade dos calendários de rotina e campanhas do Ministério da Saúde (BRASIL, 1976). No entanto, desde 2016 presencia-se uma queda de cobertura vacinal no Brasil, que resultou no recrudescimento de doenças como o sarampo, que havia sido erradicado do país em 2016 (ZORZETTO, 2018), apesar da universalidade em âmbito nacional, com disponibilidade gratuita dos esquemas vacinais recomendados e obrigatórios, o Brasil lida com a queda de suas coberturas vacinais devido a múltiplos fatores sociais, políticos e econômicos.

Com o advento da pandemia pelo novo coronavírus no ano de 2020, as discussões acerca das vacinas foram acentuadas. De um lado, o anseio e desejo de um imunizante para a doença, de uma vacinação em massa, de outro a desconfiança quanto ao tempo de produção das vacinas, a confiabilidade e eficácia. Apesar das distintas estratégias de criação, tecnologias utilizadas na produção, conhecimento público quanto aos testes e após a aprovação nacional e internacional, seguindo criteriosos métodos científicos, a cobertura vacinal mundial ainda não alcançou os 70%. Segundo o painel *A global database of COVID-19 vaccination* cerca de 68,7% da população mundial recebeu pelo menos uma dose da vacina COVID-19, sendo 13,08 bilhões de doses administradas globalmente, 2,43 milhões agora são administradas todos os dias e com apenas 25,1% das pessoas em países de baixa renda com uma dose aplicada (MATHIEU *et al.*, 2021). Desde o anúncio da criação da vacina contra a COVID-19, a hesitação vacinal mostrou-se presente em populações de distintos países, independentemente de fatores sociais, políticos ou econômicos.

Com o alívio pela chegada das vacinas no Brasil e a primeira dose aplicada em 17 de janeiro de 2021 (MACHADO *et al.*, 2021), milhões de brasileiros realizavam pressões ao Governo Federal para aquisição e distribuição dos imunobiológicos pelo MS. Simultaneamente, entretanto, aumentava o número de fake news relacionadas a possíveis tratamentos para COVID-19, como foi o caso do uso de cloroquina e hidroxicloroquina, a descredibilidade na eficácia das vacinas, ou mesmo seus efeitos deletérios, às controvérsias quanto ao isolamento social, clamando-se pela imunidade de rebanho, tudo isso em contexto de acirrada polarização política.

Tais problemáticas apresentaram-se mundialmente com distintas características sócio-políticas e epidemiológicas, incluindo as estratégias de controle e prevenção preconizadas e utilizadas. Devido a este cenário e com o aumento da disponibilidade das vacinas, a problemática da hesitação vacinal ou da recusa de vacinação voltaram à tona, exigindo iniciativas práticas e tornando-se importantes objetos de estudos em nível global.

Estas temáticas foram vivenciadas pela autora durante o seu estágio obrigatório na Coordenação do Programa de Imunização (CPI) na Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, entre 23 de janeiro de 2021 a 08 de março de 2022. Como principais objetivos da CPI, estavam: manter coberturas vacinais dentro das metas preconizadas pelo PNI, visando o controle, a eliminação ou à erradicação das doenças imunopreveníveis e a garantia de um Programa de Imunizações Municipal integrado e qualificado no atendimento à população. Realizando ações regulares de vacinação, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias; estratégias especiais, como campanhas, bloqueios vacinais e de grupos especiais, além de notificação e investigação de eventos adversos e inusitados associados à vacinação de rotina e campanhas vacinais (RIO DE JANEIRO, 2022).

A autora conheceu toda a organização do programa, que se divide em quatro setores: de logística e rede de frio, vigilância epidemiológica dos eventos adversos, apoio técnico e informatização. A logística era responsável pelo fluxo de recebimento, planejamento e operacionalização da distribuição das vacinas e outros equipamentos na rede municipal, principalmente quanto ao constante estado de contingência dos soros contra toxinas de animais peçonhentos e microrganismos. Os desafios das desigualdades sociais e territoriais que algumas unidades de saúde enfrentavam quanto a rede de frio pode ser observada, ao lidarem com constantes quedas de energia elétrica e falta de *internet*. O setor da vigilância epidemiológica lidava com o acompanhamento e investigação de casos de eventos adversos pós vacinais graves e não graves de todo município. Além da divulgação de informações em

saúde da área de Imunização, através de materiais técnico-científicos e comunicação com outras instituições de saúde e políticas, o setor de Informações cuidava da atualização do painel de cobertura vacinal contra a COVID-19 - Vacinômetro. Todos setores da CPI conversavam entre si e possuíam obstáculos e desafios comuns, a luta contra as *fake news* e protestos contrários ou exigindo a vacina, fornecimento não padronizado das vacinas contra o COVID-19 por parte do estado do Rio de Janeiro e Ministério da Saúde, a necessidade de ampliar os pontos de vacinação externos às unidades de saúde e, na contramão, o enfrentamento da hesitação e recusa vacinal por profissionais de saúde e pela população.

Outrossim, a autora vivenciou o ataque ao *software* e-SUS e SIPNI que afetou os dados da Campanha COVID-19 (seja acompanhamento de casos de eventos adversos pós-vacinação - EAPV, lançamento de doses no aplicativo/comprovantes e outros problemas relacionados) e o retorno gradual destes, o treinamento de armazenagem da vacina Janssen, a dificuldade dos profissionais da saúde a lidarem com as normas, dosagens, características de cada grupo prioritário e das vacinas da campanha contra o COVID-19, e sobretudo aos enfrentamentos para o planejamento e implementação do plano de operações para a vacinação com a Pfizer pediátrica.

A vacinação de crianças contra a COVID-19 trouxe novamente a discussão quanto à hesitação vacinal dos pais ou responsáveis legais, que decidem quanto à aceitação do esquema vacinal. Foi um desafio durante a campanha, mesmo as estratégias de vacinação em escolas e busca ativa dos esquemas vacinais para outras doenças que se encontravam incompletas, com denúncias de casos de negligência familiar ou recusa de matrícula em escolas, que não foram suficientes para a melhora dos índices de cobertura vacinal.

Diante desse contexto, a CPI reconheceu a necessidade da educação permanente em saúde e da educação em saúde com o planejamento de oficinas de notificação, acompanhamento e encerramento dos eventos adversos vacinais, treinamentos em sala de vacina quanto à rede de frio, preenchimento diário das planilhas de controle de insumos e digitação das doses aplicadas para profissionais de saúde. As ações para a população visavam qualificar as informações, tornando-a menos vulnerável a informações falsas, disponibilizando-se informativos de saúde digitais com linguagem popular ou anúncios em rádios locais, respeitando cada cultura e crenças locais, com estratégias de divulgação das campanhas conforme as características do território, com conversas coletivas e horizontalizadas, com destaque para o papel dos agentes comunitários de saúde e as visitas domiciliares. Um exemplo seriam as *lives* com atores-chave da comunidade do Complexo do Alemão com profissionais da saúde da clínica da família Zilda Arns, discutindo a importância

da vacinação, o uso das mídias sociais do Voz das Comunidades e o rádio local que divulgavam informações as vacinas, além da continuidade das visitas domiciliares pelas equipes multidisciplinares apesar da redução devido o isolamento social. Isto destaca a notoriedade da educação em saúde perante casos de hesitação vacinal.

A despeito desse tipo de iniciativa, pressupõem-se a importância de ações pedagógicas permanentes tanto voltadas aos trabalhadores da saúde quanto para a população, considerando-as como um processo que não se desenvolve pontualmente, não se limite à transmissão de informações e nem visa o simples convencimento do público, mas que aspira processos coletivos reflexivos, que podem gerar transformações pessoais e sociais.

A hesitação vacinal é anterior ao COVID-19 e foi identificada como uma das dez principais ameaças globais à saúde no mundo pela Organização Mundial da Saúde em 2019 (WHO, 2019). No entanto, os países demonstram dificuldades para a completude dos esquemas vacinais de rotina e campanhistas. A hipótese principal é que os modelos pedagógicos utilizados em contraposição à hesitação vacinal ou recusa de vacinação distanciam-se das propostas da educação em saúde ou não são efetivados. Considerando a relevância e apostando nas potencialidades da educação em saúde frente à hesitação e recusa vacinais, propõe-se conhecer iniciativas com essa finalidade, no contexto da COVID-19.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Estudar sobre o papel da educação em saúde pública, segundo a literatura acadêmica entre os anos de 2020 a 2022, para o enfrentamento da hesitação vacinal e recusa de vacinação, especialmente no contexto da pandemia de COVID-19.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Levantar os principais motivadores para a hesitação/recusa vacinal;
- Descrever as iniciativas de educação em saúde desenvolvidas com vistas ao problema da hesitação/recusa vacinal.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

#### 3.1 HESITAÇÃO VACINAL

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, hesitação é definida como o “ato de hesitar”, “insegurança ao falar ou agir” e indecisão (KLEIN, 2015, p. 272). Já a recusa possui como definição “negação, resposta negativa”, “não aceitação”, “rejeição” (KLEIN, 2015, p. 453).

Os Descritores em Ciências da Saúde, que são considerados como principal vocabulário controlado para a indexação e recuperação de literatura científica e técnica publicada sobre saúde na região da América Latina e no Caribe, definem a hesitação vacinal como o “atraso na aceitação da vacinação, apesar da disponibilidade” e a recusa vacinal como “recusa em receber vacinação”, associada desde 1999 a recusa de tratamento. Ambas com qualificadores nos campos da tecnologia, ética, história, legislação e jurisprudência, psicologia, estatística e dados numéricos e tendências.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) atenta para o amplo gradiente entre o receio até a total recusa, o qual denomina de hesitação às vacinas, tomada como um fenômeno social complexo envolvendo indivíduos e grupos.

Nessa perspectiva o *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization* (SAGE) Working Group on Vaccine Hesitancy, opta pelo termo a hesitação vacinal, definida como o atraso na aceitação ou recusa da vacinação, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação (MACDONALD; SAGE, 2015). O grupo foi criado pela OMS com o intuito de caracterizar, discutir e estabelecer estratégias para conduzir questões relacionadas à hesitação vacinal, propondo o seguinte modelo acerca de determinantes envolvidos nesse fenômeno:

#### Quadro 1 - Determinantes da Hesitação Vacinal estabelecidos pelo SAGE-WG

DETERMINANTES CONTEXTUAIS
Meios de comunicação; Líderes influentes, gerentes do programa de imunização; pressões anti ou pró-vacinação; influências históricas; religião, cultura, gênero e fatores socioeconômicos; política/políticas; barreiras geográficas; percepção da indústria farmacêutica.
DETERMINANTES INDIVIDUAIS E DO GRUPO
Experiência pessoal, familiar e/ou membros da comunidade com vacinação; crenças, atitudes sobre saúde e prevenção de doenças, conhecimento e confiança no sistema de saúde e confiança dos profissionais; risco/benefício (percebido, especulado); imunização como norma social <i>versus</i> não necessária/prejudicial

<p>QUESTÕES ESPECÍFICAS DA(S) VACINA(S) E DA VACINAÇÃO</p>
--

<p>Risco/benefício (evidências epidemiológicas e científicas); introdução de nova vacina ou nova recomendação para vacina; modo de administração; estruturação do programa de vacinação; estratégia de vacinação (calendário regular ou campanha); confiabilidade, segurança, fonte de fornecimento da vacina e dos materiais; calendário de vacinação; custos para vacinação; força da recomendação da evidência e/ou fontes do conhecimento; atitudes dos profissionais de saúde.</p>
---

Fonte: Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy (WHO, 2014).

Segundo o SAGE-WG a hesitação vacinal é complexa e específica do contexto, variando ao longo do tempo, local e vacinas. É resultado da falta de um ou mais fatores como complacência, conveniência e confiança. Considerada um termo emergente na literatura e no discurso sobre a tomada de decisões sobre vacinas e os determinantes da aceitação da vacina. Larson *et al.* (2014) reconhecem o continuum entre os domínios de aceitação e recusa da vacina que despolariza a caracterização anterior de indivíduos e grupos como anti-vacina ou pró-vacina.

Entre as potenciais causas para a hesitação/recusa vacinal estão a confluência de vários fatores socioculturais, políticos e pessoais, dúvidas sobre a real necessidade das vacinas, preocupações com a segurança das vacinas, medo de possíveis eventos adversos, conceitos equivocados sobre a segurança e eficácia das vacinas, questões filosóficas e religiosas, desconfiança na indústria e os sistemas de saúde. Os profissionais de saúde também são considerados elementos fundamentais para transmitir informações, combater dúvidas e fortalecer a confiança nas vacinas (SUCCI, 2018). A autora ainda enfatiza a importância do compartilhamento de informações seguras e a comunicação entre as equipes de saúde e a população, principalmente gestantes, pais e cuidadores.

Fazendo alusão a Revolta da Vacina em 1904 com o período pandêmico pela COVID-19, sabe-se que as estratégias de divulgação de informações falsas sobre a vacinação advém desde os primórdios da implantação das tecnologias das vacinas como estratégia de saúde pública. Grupos contrários à vacinação continuam a fundamentar-se em casos como a pesquisa de Wakefield que associava supostos casos de autismo à vacina anti sarampo e em como estes argumentos ganham força na internet (SANTOS *et al.*, 2022).

Parte dos artigos mencionados acima, entre 2014 e 2022, citam motivadores semelhantes para a hesitação vacinal, como a desinformação, segurança e eficácia dos imunobiológicos, parte coloca a comunicação como potente estratégia e as mídias sociais como desafio para combater desinformações e grupos anti-vacinas.



Frente à veiculação maciça de informações não fundamentadas cientificamente e a adesão a esse tipo de corrente, parece plausível que essa seja uma das preocupações das autoridades sanitárias, cabendo à educação em saúde, em seu sentido mais amplo, um papel de destaque, sobretudo no que diz respeito a uma perspectiva pedagógica crítica.

### 3.2 CONTEXTO HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O termo “educação em saúde” abriga diferentes abordagens e práticas pedagógicas, afinadas com diferentes concepções de saúde, além de cenários políticos e sociais em que são engendradas, conforme contextualizado historicamente por Silva *et al.* (2010).

A Educação em Saúde, ainda que não denominada desta forma, em seu sentido contemporâneo, está presente no Brasil desde o século XIX com a europeização dos costumes e urbanização de hábitos, chamada Pedagogia Higiênica. Esta pedagogia, nada mais era que uma ideologia de cunho racista que promovia a superioridade racial, social e a manutenção da exploração de classes subalternas. Os escravos, índios e pobres não tinham direito e acesso à educação, eram submetidos ao modelo policialesco de controle de epidemias de maneira repressiva e autoritária. As chamadas polícias médicas do século XX desconsideravam as relações entre doenças e modos de vida, e através do medo, ordem e disciplina com as “Brigadas sanitárias” inspecionavam ruas e casas com alvo sempre nas áreas mais pobres das cidades, que eram consideradas ameaças ao modelo agroexportador. Neste período, a culpa da situação de saúde era da população vista como ignorante e desinformada.

As populações periféricas das grandes cidades despertavam preocupações médicas apenas quando a imundície de suas ruas e seus quintais era considerada foco de propagação de doenças pestilentas causadoras de epidemias. (VASCONCELOS, 2001, p. 73-99).

Mesmo após a reforma modernista, a urbanização e industrialização de grandes cidades como Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador, a educação ainda visava domesticar e moralizar o proletariado emergente com campanhas agora de saneamento, ainda mais verticalizadas e sem participação popular. Pessoas eram despejadas diariamente e, com isso, aumentavam-se os movimentos de organização populares. Após a década de 1920, a educação sanitária era focalizada nas escolas, que tinham a responsabilidade por ações de prevenção às crianças brasileiras. Não havia problematização social, nem discussões a respeito do distanciamento do Estado para com suas obrigações, mas sim a correção das práticas

familiares de higiene. Era um modelo biomédico e positivista que apostava nos fatores etiológicos das doenças e desconsiderava os ambientes de vivência destes indivíduos.

A partir da década de 1930, há o esforço estatal na construção do sistema previdenciário que estimulava a assistência médica individual. Cria-se neste período programas específicos, como o pronto-socorro, para as camadas populacionais que não poderiam pagar ou não faziam parte da previdência. Apenas com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), por volta de 1942, temos propostas no campo das programações de saúde. Inicialmente, voltadas para a saúde de trabalhadores exploradores de látex, onde estimulou-se novos recursos à educação, inclusão de outros públicos-alvo, e ações com grupos e participação comunitária. Entretanto, a população ainda era vista como incapaz de realizar iniciativas próprias. No mesmo período a Organização das Nações Unidas determinava o envolvimento comunitário internacional visando “mobilizar as populações carentes contra a miséria”, uma política que apesar de positiva, também culpabiliza os países subdesenvolvidos por seus índices sociais e que apoiou o avanço de empresas multinacionais sem compromisso com direitos trabalhistas para regiões pobres do globo.

Descrito no capítulo Caminhos de formulação da PNEP-SUS, Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2012), o começo do referencial político-pedagógico da Educação Popular começa durante a década de 50 e 60, com raízes motivadoras ligadas à história de luta social, de resistência dos setores populares da América Latina, conjugando várias concepções:

Como teoria do conhecimento no campo da educação a Educação Popular foi constituída a partir de sucessivas experiências entre intelectuais e as classes populares, desencadeando iniciativas de alfabetização de jovens e adultos camponeses, nas décadas de 1950 e 1960, quando grupos de educadores buscavam caminhos alternativos para o modelo dominante de alfabetização. Estes grupos ansiavam constituir tecnologias educativas capazes não apenas de ensinar as pessoas a ler as palavras, mas sim empreender uma visão crítica do mundo, para então construir caminhos, com autonomia e alteridade, na perspectiva da emancipação social, humana e material. Buscavam inspiração no humanismo cristão e no pensamento socialista (Marx, Gramsci, Lênin, dentre outros), compondo um quadro teórico orientador de diversas metodologias educativas, as quais eram constantemente elaboradas, avaliadas e re-elaboradas em uma construção orientada pela práxis. (PALUDO, 2001 *apud* BRASIL, 2012, p. 4).

Durante o período da Ditadura Militar (1964-1985) tivemos a cessação da participação da sociedade e expansão dos serviços de saúde privados, aumentando a desigualdade social e a dificuldade do acesso à saúde. Em contradição ao modelo de educação proposto e repressão, insatisfeitos com o regime, os movimentos sociais se articularam e começaram a reivindicar

melhores condições de vida. Nasce, então, o Movimento da Reforma Sanitária, que se ampliou ainda mais com a incorporação de lideranças políticas, sindicais populares e representantes políticos do movimento. Neste momento deixamos a nomenclatura “Educação Sanitária” para a Educação em Saúde, constituída especialmente por profissionais de saúde. A crise financeira gerada no período proporcionou também a entrada do modelo de medicina alternativo, sendo complementar a medicina científica, chamada “medicina de classes”. Em 1986 são estabelecidos pela Carta de Ottawa a importância da promoção em saúde, através de políticas públicas, ações comunitárias, mudanças no sistema de saúde que consideram ambientes favoráveis à saúde.

Paulo Freire, no livro *Pedagogia do Oprimido*, defendia uma educação multicultural, ética, libertadora e transformadora. Freire mostrava a educação solidária, dialogada, sem arrogância e supremacia do educador, defendendo a articulação do saber, conhecimento, vivência, comunidade, escola, meio ambiente, traduzindo-se em um trabalho coletivo. Tal articulação pode ser vista através da interdisciplinaridade, em geral na educação e na saúde, devido a importância do compartilhamento entre os indivíduos. Propõe a possibilidade de uma pedagogia fundamentada na práxis, inserida numa política de esperança, de luta revolucionária, de amor e de fé no ser humano (FREIRE, 2000, p. 52-61). Como exemplo, temos o cuidado, a importância da prática e da educação crítica em enfermagem (MIRANDA; BARROSO, 2004).

De 6 a 12 de setembro de 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, discutia uma nova direção às políticas de saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde em seus fundamentos conceituais. Com isso, dentro das academias discutiam-se o sistema de saúde e o modelo econômico sobre a saúde da população brasileira. Os profissionais começam a repensar suas práticas, há o aumento de defesa dos serviços de saúde e o fortalecimento do diálogo entre o saber popular e o saber científico. O fim da década de 80 foi marcado com aumento de índices de pobreza, o desemprego, a desnutrição e a mobilidade dos grupos sociais menos protegidos, e é na VIII Conferência Nacional de Saúde que temos o conceito ampliado de saúde, a qual é colocada como direito de todos e dever do Estado. As discussões levantadas na VIII Conferência e a Constituição Cidadã foram os moldes para as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS. O Congresso Nacional aprovou, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, sendo formada pelo conjunto de leis nº 8.080 e no 8.142 de 1990. Decorridas mais de duas décadas, o SUS enfrenta ainda grandes desafios para a sua implantação efetiva (SILVA *et al.*, 2010). Temos a complexidade da luta pela

democratização da saúde em um contexto neoliberal, ou seja, uma legislação universalista em um estado mínimo. Evoluímos para uma relação horizontal e de construção coletiva dentro dos serviços de saúde através da educação popular, mas que não excluiu a educação tradicional nas mãos dos profissionais de saúde. Vasconcelos defendia o sujeito no centro das ações, visando a possibilidade de construção coletiva de um sistema estatal único de saúde capaz de, planejadamente, penetrar e ordenar as diversas instâncias da vida social implicadas no processo de adoecimento e de cura. (VASCONCELOS, 2001).

Os temas educação em saúde, educação comunitária, participação popular, educação participativa vêm cada vez mais ocupando espaço nas discussões e reflexões entre os profissionais de saúde pública como uma das diretrizes para a concretização e reestruturação do Sistema Único de Saúde (CONVERSANI, 2004). No artigo “Uma reflexão crítica sobre a Uma reflexão crítica sobre a Educação em Saúde”, Conversani discorre sobre a importância da interação compartilhada entre os interesses e necessidades da comunidade e das instituições públicas para realização de ações de ES, valorizando a cidadania e a participação do cidadão em cada processo, visando contribuir com o aperfeiçoamento do sistema de saúde (CONVERSANI, 2004). Em suma, neste processo é fundamental o espaço de escuta e de fala de todos os participantes da ação de educação em saúde.

Escutar significa a disponibilidade permanente por parte do sujeito que escuta para a abertura à fala do outro, ao gesto do outro, às diferenças do outro [...] é escutando bem que me preparo para melhor me colocar ou melhor me situar do ponto de vista das idéias. Como sujeito que se dá ao discurso do outro, sem preconceitos, o bom escutador fala e diz sua posição com desenvoltura. (FREIRE, 2000, p. 135).

Outra característica importantíssima a ser discutida é a modelagem comportamental imposta durante o período pandêmico, uma vez que diversos países adotaram a obrigatoriedade do uso de máscara e, solicitaram à população que aderisse ao isolamento social, permanecendo aberto apenas os serviços essenciais. No entanto, na prática as medidas eram desrespeitadas, mesmo com a comunicação da importância das medidas através dos meios de comunicação. Em *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*, Glanz, Lewis e Rimer enfatizam que esta transformação do hábito não ocorre somente por meio de atividades instrutivas e estratégias para mudança de comportamento, como também pelos esforços organizativos, diretrizes políticas, suporte econômico, atividades ambientais, pela comunicação e programas de nível comunitário (GLANZ; LEWIS; RIMER, 1996). Isto porque o comportamento em saúde é influenciado por fatores intrapessoais, institucionais, comunitários e de políticas públicas. O que ressalta a importância do

reconhecimento e investimento do Estado para a elaboração de políticas públicas efetivas e estratégias de saúde com ações intersetoriais.

Segundo Valla (1999), a educação em saúde pressupõe uma comunicação dialógica e o incentivo à autonomia dos indivíduos, respeitando os saberes locais e fomentando práticas alternativas de saúde e o apoio social. Esta comunicação não se refere somente aos usuários dos serviços e profissionais da saúde, como também nos meios de comunicação em massa. Dito isto, a educação em saúde também ocupará espaço dentro das novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), que possuem muita potência para informação e mobilização popular, ao mesmo tempo que está sujeita a infodemia e as *fake news* (SCHMEIL, 2013).

### 3.3 MODELOS PEDAGÓGICOS

Tendo em vista o papel ético, político e social da educação em saúde, torna-se necessário discutir suas práticas à luz de seus modelos e tendências.

Considerando que a saúde não se restringe somente à ausência ou tratamento de doenças, mas abarca também os meios de recuperação do estado de saúde, Pereira, 2003, enfatiza a intersecção entre educação em saúde como um ciclo permanente do ensino e aprendizado, incluindo fatores orgânicos, psicológicos, sócio-econômicos e espirituais. A autora enfatiza que pode-se exercer a prática de saúde em qualquer espaço social, visto que o campo da saúde é muito mais amplo que o da doença (PEREIRA, 2003). A autora inicia portanto uma explicação histórico-social, referenciando a promoção da saúde através de práticas educativas, objeto da educação em saúde, no qual são pautadas as potencialidades humanas, respeitando os direitos fundamentais e a potencial transformação social. Ademais, ressalta a importância da educação em saúde nos três campos de atenção e a importância da educação contínua dos profissionais de saúde.

A educação pode apontar valores culturais e reproduzir ou transformar os códigos sociais de cada sociedade e, segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC) existem quatro tipos de educação dominantes no sistema educacional brasileiro, a tradicional, a renovada, a tecnicista e aquelas marcadas por preocupações sociais e políticas (BRASIL, 1997). Para propósitos do presente estudo, abordaremos as pedagogias tradicional, tecnicista (por condicionamento) e crítica.

A pedagogia tradicional caracteriza-se pelo foco na transmissão de informações, em que o indivíduo ou aluno é passivo e receptor dos conhecimentos do professor, não havendo diálogo e enfatizando-se a prática da memorização e repetição. Tal modelo, em nível social,

pode gerar uma prática de adoção inadequada de informações científicas e tecnológicas de países, a inadaptação cultural, a falta de cooperação e conhecimento da própria realidade, tornando o coletivo submisso a dominação e a manutenção da divisão de classes sociais (BORDENAVE, 1999). No contexto da COVID-19, as limitações de um modelo exclusivamente transmissional de informações são evidentes, na medida em que esse tipo de proposição pode levar a adesões acríticas, desprovidas de conteúdos argumentativos, como é o caso da disseminação e crença em *fake news* referentes a efeitos da vacina, como “virar jacaré” ou relação com transmissão de HIV, que contaram com a rapidez das redes sociais.

A pedagogia por condicionamento está mais ligada ao mecanismo de estímulos e recompensas, visando modelar o comportamento do educando conforme as respostas desejadas pelo educador. Estimula o individualismo, salvo quando necessária a coparticipação, que induz à competitividade, visa à busca pela eficiência da aprendizagem em repetir processos e analisar dados, sendo negado a problematização, originalidade e a criatividade. Em nível social, "gera a suscetibilidade a manipulação ideológica e tecnológica, dependência externa, o conformismo com o pragmatismo utilitário" (PEREIRA, 2003, p. 1531). Tal ênfase nos procedimentos técnicos pode ser vista na formação dos profissionais de saúde, que enxergam o corpo de um cliente como mero objeto à intervenção. A par dessas considerações, algumas medidas, justificáveis na situação pandêmica, alinharam-se a esse modelo, como a obrigatoriedade do uso de máscaras e o isolamento social ou a necessidade de apresentação de comprovante de vacinação em alguns ambientes, ao preverem punições àqueles que não a cumprissem.

As pedagogias críticas ressaltam o caráter político da educação, reconhecendo o seu potencial como facilitador da compreensão da realidade como algo inacabado e passível de mudança, colocando em relevo o papel do conjunto de sujeitos envolvidos e não os conteúdos como fins em si mesmos nem tampouco a modelagem de comportamentos, segundo esquemas de recompensas ou punições. Nessa proposta, destaca-se a pedagogia da problematização, que é relacionada com a consciência crítica sobre a realidade.

Nesta pedagogia, a educação é uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem possibilitando a transformação social. (PEREIRA, 2003, p. 1531).

Dentro desta pedagogia, o principal método de ensino está na relação dialógica entre alunos e professores. Mencionando Freire (2001), que afirma que entre interlocutores ativos

se dá à verdadeira comunicação, Bordenave, 1999, elabora o esquema do processo de ensino-aprendizagem utilizando-se do método do arco criado por Charles Maguerez, com o método da problematização, observe a Figura 1:

**Figura 1 - Passos do processo de ensino-aprendizagem da pedagogia da problematização**



Fonte: Pereira (2003, p. 1533).

Em nível social, a população aprende a conhecer e valorizar sua realidade, elaborar métodos originais e adequados ao seu meio, elevação do nível intelectual através da estimulação e desafio, e criar resistência à dominação de classes.

A pedagogia relacional ou problematizadora mostra a sua importância para a prática da educação em saúde, sobretudo considerando-se o lugar de destaque da participação social no sistema de saúde brasileiro, para a transformação da realidade a partir do estabelecimento do pensamento crítico e da afirmação de direitos individuais e coletivos (PEREIRA, 2003). O pensamento crítico, no cenário da COVID-19, poderia suscitar entendimentos e debates ancorados em argumentos, em observação qualificada da realidade, evitando-se querelas apaixonadas em que grupos muitas vezes agiram como torcidas de futebol, diante de uma grave crise sanitária.

## 4 METODOLOGIA

Visando responder quanto ao papel da educação em saúde para com a problemática da hesitação vacinal durante o período pandêmico, foi realizada uma revisão de literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em busca de estudos e pesquisas de relevância teórico-científica sobre o assunto), a partir dos seguintes descritores:

- 1- Educação em saúde (sinônimo - *Education Community Health*) OR *Health Education* OR Educação em saúde pública;
- 2- Recusa de vacinação OR *Vaccination Refusal*
- 3- Hesitação vacinal OR *Vaccination Hesitancy*

Utilizou-se as seguintes chaves de busca: “Educação em saúde” AND “Recusa de vacinação” (E1) e “Educação em saúde” AND “Hesitação vacinal” (E2). Após o download de resultados de busca, os arquivos CSV foram importados para o aplicativo Google Sheets. A pesquisa e as etapas da revisão de literatura ocorreram entre novembro e dezembro de 2022.

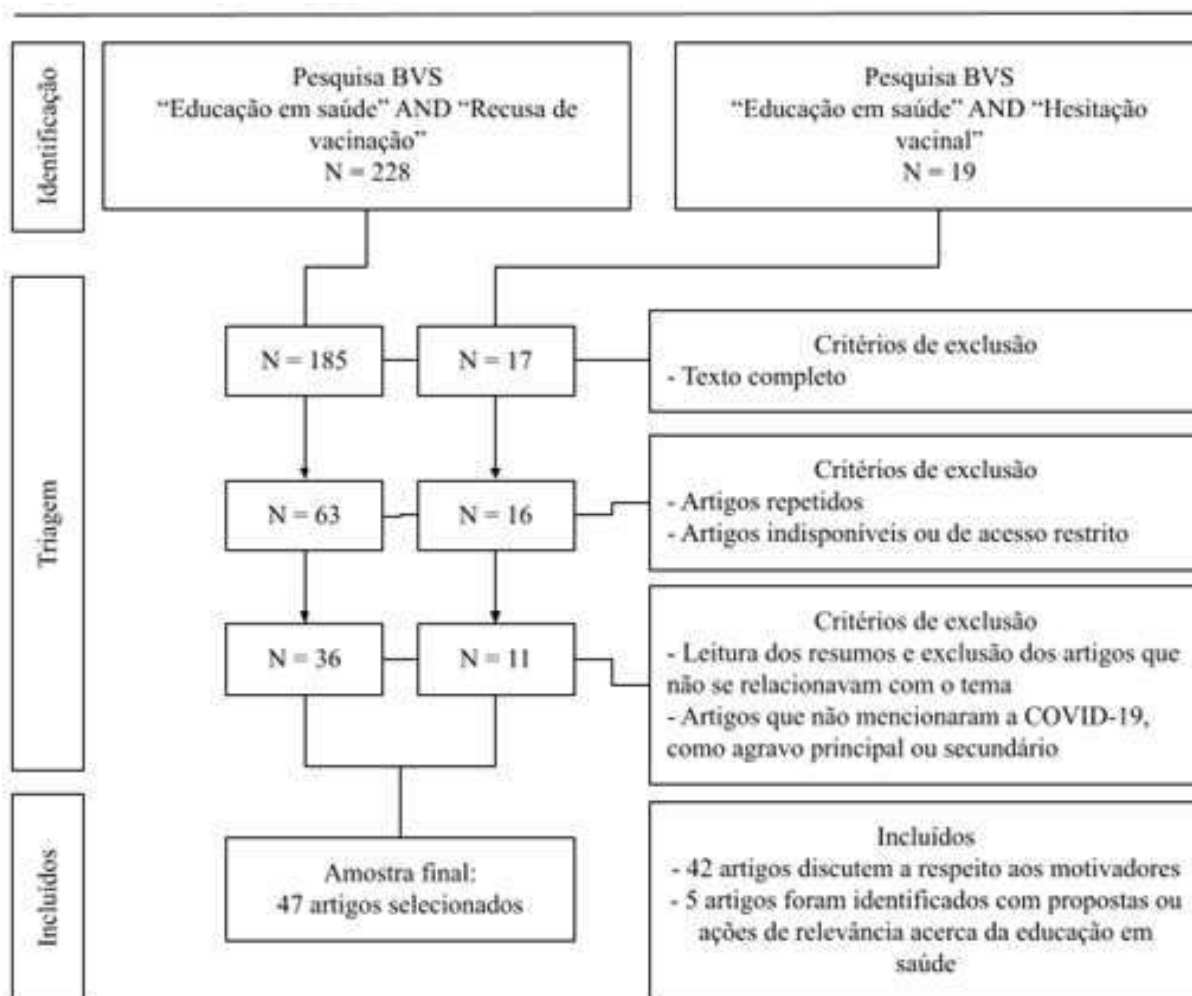
Como apresentado no esquema abaixo, o levantamento realizado na BVS gerou um total de 247 artigos somando os resultados da primeira busca, sem aplicação de filtro. Após aplicação do filtro de texto completo restaram 202 artigos. Foram excluídos os artigos que não foram publicados durante o período pandêmico, entre 2020 e 2022, delimitando-se temporalmente o objeto de pesquisa, focado na COVID-19. Também foram excluídos artigos repetidos, indisponíveis, com acesso limitado ou que não permitiam acesso institucional por se tratarem de periódicos internacionais não gratuitos, restando 89 artigos.

Depois, procedeu-se à leitura do resumo dos artigos, buscando-se examinar se havia menção à educação em saúde ou aplicação de alguma intervenção pedagógica. Também foram excluídos nesta etapa os artigos que não possuíam a COVID-19 como agravo de saúde principal ou secundário de interesse, visto a importância do evento na delimitação temporal exposta. Na planilha construída para sintetizar os dados foram inseridos os campos “objetivos do artigo”, “papel da educação em saúde” e “relevância”. Dado o preenchimento dos campos e primeiras impressões foi notória a importância da inclusão dos principais motivadores para a hesitação vacinal ou recusa de vacinação no local trabalhado pelos artigos, bem como as estratégias idealizadas e/ou efetivadas para fazer face ao problema..



Para maior abrangência do tema a autora optou por não realizar exclusões de textos com uso de linguagem estrangeira ou limitar geograficamente a pesquisa, o que contribui para evidenciar diferenças culturais entre as abordagens.

**Figura 2 - Etapas da revisão de literatura**



Fonte: Elaboração própria.

Após os filtros e exclusões foram incluídos 47 artigos, que foram lidos na íntegra, visando apreender novos conteúdos que possibilitam aprofundar a discussão sobre o papel da educação em saúde diante da hesitação ou recusa às vacinas no contexto da pandemia pelo COVID-19.

**Quadro 2 - Plano de análise**

<b>Chaves de interesse</b>	<b>Perguntas</b>
Hesitação ou Recusa? Está fazendo distinção?	Quais conceitos e interpretações são utilizados e de onde vêm? Há distinção dos termos pelos autores dos artigos?
Motivador - determinantes contextuais, determinantes individuais e de grupo e questões específicas da(s) vacina	Quais são as causas, motivações, ou influências que levam a hesitação vacinal ou recusa de vacinação que são evidenciados nos estudos?
Educação em saúde - Para quem foi feito	Ação de educação em saúde: foi idealizada para um público específico? Quem são estes indivíduos? De que maneira a proposta educativa está inserida na ação?
Educação em saúde - Como foi feito/havia algo anterior	Ação de educação em saúde: Quais são as estratégias educativas propostas? Como implementar ações educativas de modo que o programa de saúde seja compartilhado?
Educação em saúde - Onde foi feito	Ação de educação em saúde: Onde foram realizadas? Eram ações pontuais/individuais ou coletivas? Nestes espaços era estimulado o pensamento crítico?
Educação em saúde - Resultados	Ação de educação em saúde: Quais suas implicações no contexto social? Qual foi o impacto da ação? Houve transformação do pensamento crítico ou comportamental? Houve mudanças no compartilhamento da informação e, ou trocas entre profissionais da saúde e a população?

Fonte: Elaboração própria.

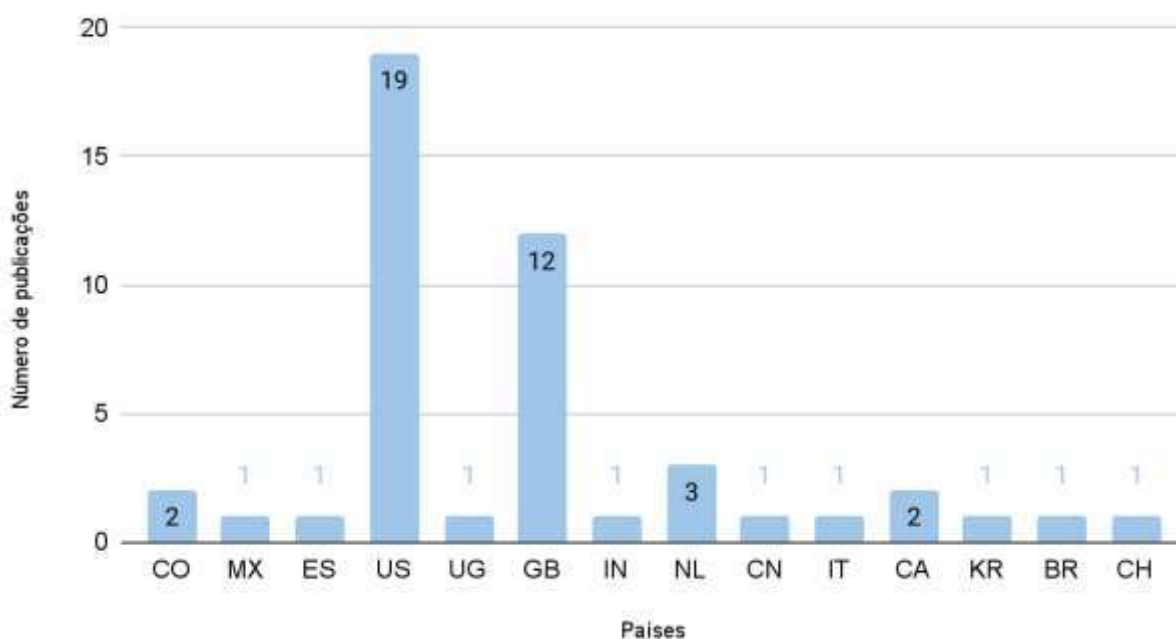
Os 47 artigos selecionados serviram para levantar os principais motivadores da hesitação vacinal ou recusa de vacinação, indicando propostas pedagógicas para fazer face às mesmas, que ações educativas foram pensadas pelos autores ou implementadas para redução do evento. Cinco desses artigos apresentaram mais explicitamente propostas ou ações afinadas com a educação em saúde e servirão para discussão quanto às preocupações que expressam e as abordagens desenvolvidas.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 PERFIL DAS PUBLICAÇÕES

Os 47 artigos selecionados apresentam diferentes países de publicação das pesquisas, destacando-se periódicos dos Estados Unidos e do Reino Unido. Temos a representação de países com contextos econômicos-sociais distintos, como a Austrália, Brasil, Canadá, Estados Unidos, Malásia, México, Iêmen, Indonésia, Paquistão e outros. Apresentando como país de publicação US-Estados Unidos (19), GB-Reino Unido (12), NL-Holanda (3), CO-Colômbia (2), CA-Canadá (2), MX-México (1), ES-Espanha (1), UG-Uganda (1), IN-India (1), CN-China (1), IT-Itália (1), KR-Coréia do Sul (1), BR-Brasil (1) e CH-Chile (1).

**Gráfico 1 - Origem de publicações dos artigos selecionados para revisão bibliográfica**



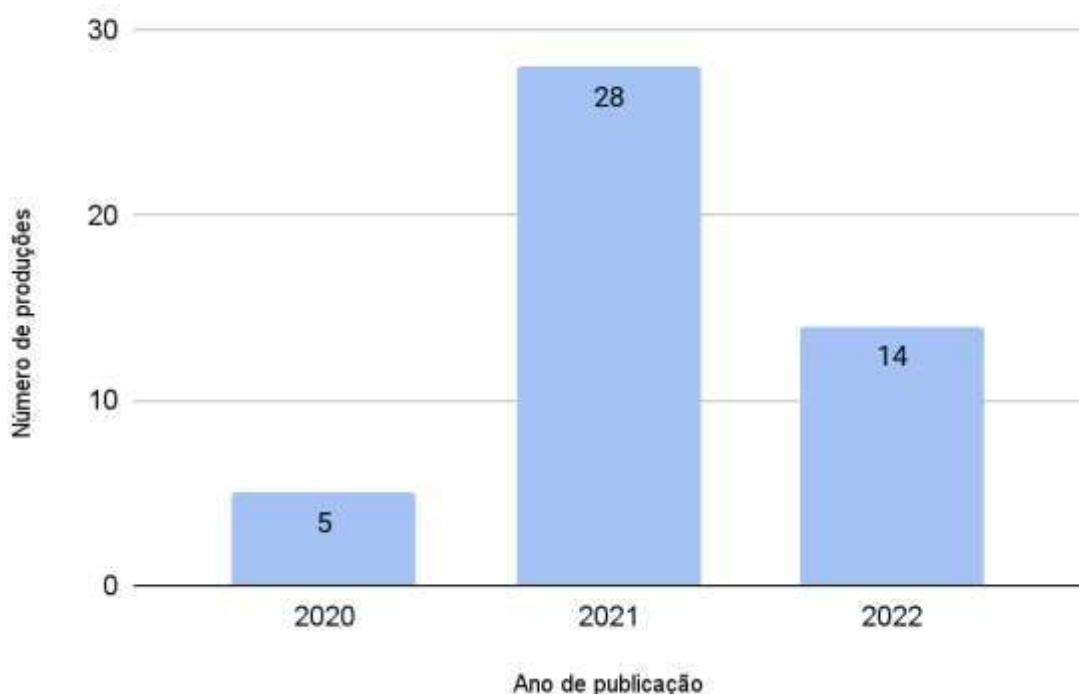
Fonte: Elaboração própria.

No que tange ao ano de publicação, considerando a temporalidade explicitada na metodologia, o contexto pandêmico e fatores políticos, econômicos e sociais, podemos observar o expressivo número de publicações em 2021, certamente motivado pela introdução da vacina contra a COVID-19 no final de 2020, em comparação com o ano posterior. Chama

a atenção que, embora essa revisão tenha sido realizada no final de 2022, o número de publicações correspondeu a menos da metade em relação ao ano anterior.

Torna necessário destacar novamente a hesitação vacinal como desafio reconhecido pela OMS desde 2014 e que anterior à pandemia diversos países enfrentaram a queda da cobertura das vacinas de rotina. A queda mostra-se preocupante, uma vez que o assunto ainda não esgotou-se e muitos países ainda enfrentam dificuldades para o cumprimento de metas de vacinação, principalmente em crianças.

**Gráfico 2 - Número de publicações, por ano**



Fonte: Elaboração própria.

Boa parte dos autores dos artigos selecionados utilizam a definição dos conceitos do grupo SAGE, no qual a hesitação vacinal refere-se ao atraso na aceitação ou recusa da vacinação, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação. Sendo a recusa de vacinação condicionada ao histórico de hesitação dos indivíduos e comunidades, vale lembrar que a literatura reforça que a recusa de vacinação não significa que o indivíduo é antivacina. Entretanto, na busca realizada, o termo "educação em saúde" associado à "recusa de vacinação", gerou mais resultados (36) do que quando associado à "hesitação à vacina" (11), embora, em geral, seus significados tenham sido tratados indistintamente.

Importante mencionar a argumentação dos artigos que não utilizaram nenhum termo de interesse, eles não foram excluídos porque referem-se à não vacinação por disponibilidade, medo ou não conhecimento correlacionados a minorias étnicas. Uma pesquisa com entrevistas nas comunidades indígenas Xonalpu, Ixtepec e Huehuetla da região serrana do México, na qual evidenciou a necessidade de estratégias de promoção da saúde, 56,4% dos participantes explicam que não se vacinaram por medo ou porque a vacina não chegou em sua localidade (MARBELLA PARRA-TORRES *et al.*, 2022). Enquanto o outro estudo discorre sobre a desconfiança histórica nas comunidades de minorias raciais, que ameaça inviabilizar a implementação efetiva de um programa de vacinação nos Estados Unidos, concluindo ser essencial a transmissão de uma mensagem que seja cultural, socioeconômica e educacionalmente diversa e que fale com as preocupações locais de uma América ampla (KIRKSEY; SOROUR; MODLIN, 2021).

## 5.2 MOTIVADORES E SEUS ENFRENTAMENTOS

Os artigos apresentam uma variedade motivadores para a hesitação e a recusa de vacinação. Para evidenciar os achados utilizaremos a definição dos Determinantes da Hesitação Vacinal estabelecidos pelo SAGE-WG, relacionando com os principais motivadores mencionados nos 47 artigos selecionados durante a revisão:

**Quadro 3 - Motivadores da hesitação vacinal e recusa da vacinação 2020-2022**

Determinantes da Hesitação	Principais motivadores mencionados	Código do artigo	Total
<b>Determinantes Contextuais</b>  Influências decorrentes de fatores históricos, socioculturais, ambientais, do sistema de saúde, econômicos ou políticos	Meios de comunicação: Infodemia, conscientização sobre a COVID-19	E1-31; E1-38; E2-6	3
	Pressões anti ou pró-vacinação: Teorias de conspiração; Movimentos antivacina	E1-33; E1-55; E2-1; E2-3; E2-7	5
	Política/Políticas	E1-5; E1-35; E2-1; E2-12	4
	Religião, cultura, raça, gênero, fatores econômicos e ambientais	E1-5; E1-10; E1-16; E1-21; E1-24; E1-28; E1-33; E1-35; E1-39; E1-40; E1-49; E2-12; E2-15	13
	Barreiras geográficas	E1-4	1
	Estigma	E1-41	1

<b>Determinantes individuais e do grupo</b>  Influências decorrentes da percepção pessoal da vacina ou influências do ambiente social/pares	Confiança no sistema de saúde e confiança nos profissionais	E1-24; E2-1; E2-4; E2-8; E2-12	5
	Falta de comunicação, informação, ou conhecimento	E1-6; E1-10; E1-11; E1-14; E1-15; E1-16; E1-21; E1-23; E1-25; E1-26; E1-27; E1-29; E1-31; E1-33; E1-36; E1-38; E1-44; E1-46; E1-51; E1-54; E2-3; E2-7; E2-11; E2-14; E2-17	25
	Medo, incerteza e desconfiança, percepção sobre a indústria farmacêutica ou fabricantes de vacinas	E1-1; E1-4; E1-24; E1-25; E1-39; E1-40; E1-44; E1-49; E1-59;	9
<b>Questões específicas da(s) vacina(s) e da vacinação</b>  Diretamente relacionado à vacina ou vacinação	Confiabilidade, segurança, fonte de fornecimento da vacina e dos materiais	E1-22; E1-24; E1-28; E1-30; E1-35; E1-36; E1-39; E1-49; E1-59; E2-9; E2-10; E2-15	12
	Eficácia das vacinas	E1-35; E1-39; E1-44; E2-10; E2-17	5
	Necessidade das vacinas; Métodos alternativos	E1-39; E1-44; E1-59	3
	Riscos; Efeito a longo prazo ou colaterais	E1-5; E1-14; E1-24; E1-28; E1-35; E1-44; E1-69; E2-11; E2-17	9
<b>Total</b>	<b>16 motivadores</b>	<b>47 artigos</b>	<b>95 repetições</b>

Fonte: Elaboração própria, baseado no quadro de Determinantes da Hesitação Vacinal estabelecidos pelo SAGE-WG (WHO, 2014).

O quadro dos principais motivadores da hesitação às vacinas indica que um mesmo artigo menciona uma miríade de determinantes, não se atendo exclusivamente a um. Chama a atenção, entretanto, a recorrência da questão da desinformação e crenças coletivas falsas, além da falta de confiabilidade, segurança, fonte de fornecimento da vacina e dos materiais.

A questão política também mostrou-se muito relevante em países democráticos, devido à bipolarização entre vertentes progressivas e conservadoras, como o caso dos Estados Unidos e Brasil, por exemplo. O artigo *Mistrust in public health institutions is a stronger predictor of vaccine hesitancy and uptake than Trust in Trump*, discute a hipótese de que os partidários de um conservadorismo político, encarnado pelo ex-presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, são mais hesitantes em tomarem vacinas. Nessa lógica, este partido ou líder específico envia pistas sobre a natureza de uma ameaça, ou fornece informações equivocadas diretamente aos apoiadores que afetam suas atitudes e comportamentos em relação à ameaça. Neste caso, Trump fomentou teorias da conspiração relacionados à situação

da eleição presidencial e *fake news* a respeito de supostos eventos adversos da vacina. Uma segunda hipótese relaciona o conservadorismo político à confiança no governo e no estabelecimento médico, cujos valores que carrega tendem a moldar a hesitação e/ou recusa da vacina (CHOI; FOX, 2022). Neste artigo, que envolveu análises estatísticas a respeito da confiança nas instituições de saúde pública, canais de comunicação e a influência do partidário, não apresentou propostas concretas aos achados, mas destacou a importância do combate à desinformação nas mídias sociais e outros meios de comunicação utilizados por estes grupos políticos extremistas entre os anos de 2021 a 2022.

A questão religiosa também foi apontada como um motivador para a hesitação vacinal em países como a Malásia e a Indonésia. A religião islâmica considera as vacinas *haram* (inaceitável ou ilegal na lei islâmica) derivados de porcos ou contendo álcool (RAZAI *et al.*, 2021a).

Os mesmos autores ressaltam também que fatores comportamentais e sociodemográficos afetam principalmente comunidades de média e baixa renda, que não receberam muitas intervenções em saúde, mesmo em países desenvolvidos (RAZAI *et al.*, 2021a). Ressaltam a importância da aproximação de atores-chave da comunidade para discussão crítica e coletiva à respeito, visando enfrentar desinformações e fortalecer a confiança quanto à produção e componentes das vacinas, elaborar conjuntamente como poderiam ser articulados os pontos de vacinação respeitando os horários dos ritos religiosos e culturais, por exemplo. Destacam, ainda, a importância das ações intersetoriais com organizações internacionais como a Cruz Vermelha, o Crescente Vermelho e a UNICEF, devido a experiência e conhecimento para comunicar riscos durante uma crise, com o fortalecimento das capacidades locais para mobilizar diversas comunidades, abordando os cinco Cs da hesitação em vacinas por meio de mensagens personalizadas, atraentes, culturalmente competentes e multilíngues é apoiado por evidências e pode ter a maior chance de sucesso (RAZAI *et al.*, 2021a).

Outro aspecto a se destacar são as minorias étnicas e a desigualdade nos impactos da COVID-19. Abordando especialmente as populações negras e hispânicas, identifica-se a preocupação com o combate à desinformação por meio de uma mensagem que seja cultural, socioeconômica e educacionalmente diversa e que fale com as preocupações locais de uma América ampla (KIRKSEY; SOROUR; MODLIN, 2021). O foco, a despeito de outros fatores ligados à desigualdade social, é a questão da informação.

Quanto à literatura sobre os determinantes individuais ou de grupo, uma pesquisa populacional no Iêmen descreve as percepções da população sobre a vacinação contra o

COVID-19 considerando o aumento dos rumores e da desinformação. A pesquisa foi realizada em grandes centros do país, aplicando um questionário com quatro seções principais: dados sociodemográficos, desinformação, percepções -susceptibilidade percebida, gravidade e preocupação- e avaliação da aceitação da vacinação, revelando que a taxa de aceitação para tomar uma vacina foi abaixo do ideal e significativamente afetada por gênero, desinformação, custo e renda. Estabelecendo uma ligação entre a suscetibilidade à desinformação e a vontade de vacinar, o estudo conclui a carência de campanhas de conscientização focadas para diminuir a desinformação e enfatizar a segurança e a eficácia da vacinação podem ser fundamentais antes de iniciar qualquer programa de vacinação no Iêmen (BITAR *et al.*, 2021). Novamente, a tônica da ausência de informação verossímil ou desconhecimento da população ocupa o centro das atenções, como uma espécie de antídoto para a hesitação à vacina.

Alguns artigos julgam indispensável identificar pais com hesitação às vacinas, como condição fundamental para a implementação de programas eficientes de educação em saúde. As equipes de saúde poderiam realizar o levantamento do perfil da sua comunidade, mediante consultas individuais e visitas domiciliares. Para além, identificando as singularidades das famílias e possíveis empecilhos na busca pelo cuidado à saúde. Qual a argumentação dos pais hesitantes? Onde se informam? Os pais destas crianças trabalham cerca de 40 horas semanais, nos mesmos horários de funcionamento de unidades de saúde, como poderiam acessar o serviço de saúde? A busca ativa de crianças não vacinadas, por exemplo, deveria ser uma ação cotidiana das equipes multidisciplinares e não uma medida de emergência em formato de varreduras. Outro ponto a destacar, seria a própria vacinação em adultos de baixa renda, seu trabalho estimula e permite a dispensa para vacinação? No caso deste indivíduo ter efeitos colaterais, ele poderia ficar de repouso?

Também quanto às questões específicas das vacinas e da vacinação, novamente esbarramos na comunicação e na desinformação:

Um estudo canadense coloca a comunicação como um desafio e potente ferramenta contra a hesitação vacinal. Neste estudo, os indivíduos que receberam informações sobre o potencial de prevenção de morte de vacinas menos utilizadas, como AstraZeneca e Johnson & Johnson, relataram mais confiança em sua eficácia e maior probabilidade de tomar essas vacinas se oferecido em comparação com aqueles que não receberam esta informação. Este estudo também evidencia a questão dos EAPV servem como argumento para grupos antivacina, sendo extremamente necessário a transparência das indústrias farmacêuticas e governos quanto aos casos, pois apesar de raros podem tomar grandes proporções quando



deturpados e prejudicar a adesão. O fornecimento de informações relacionadas à capacidade de prevenção da morte dessas vacinas não mitigou, no entanto, a associação negativa entre o fornecimento de informações gerais sobre eficácia e as percepções de sua eficácia ou vontade de tomá-las, se oferecidas (MERKLEY; LOEWEN, 2021).

A falta de informação destacou-se entre os artigos, através de discussão sobre desinformação, *fake news* e mitos criados quanto às vacinas. Mas, coloca-se em dúvida essa centralidade na transmissão de informações quando se deparou com estudos envolvendo comunidade de profissionais de saúde, professores e alunos de grandes universidades como público-alvo de diferentes pesquisas levantadas na revisão.

### 5.3 AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Apenas cinco artigos destacaram mais diretamente ações de promoção de saúde e educação em saúde.

O artigo *COVID-19 Vaccination and the Challenge of Infodemic and Disinformation*, evidencia a infodemia e a desinformação como grandes aliadas da hesitação vacinal, recomendando: (1) o envolvimento da comunidade para aumentar a conscientização sobre o programa de vacinação; (2) o emprego de uma estratégia multifacetada que deve incluir o uso apropriado das mídias sociais; (3) a moderação das contas de mídia social por profissionais qualificados, capazes de filtrar informações equivocadas, sobretudo considerando que durante a pandemia de COVID-19 a mídia social mostrou-se uma faca de dois gumes; (4) criar conteúdo na língua nacional e nas principais línguas regionais do país para atingir o máximo de pessoas em todas as partes do país; (5) criação de conteúdos deve envolver uma equipe de especialistas, incluindo profissionais de saúde, pessoal da mídia, especialistas em saúde pública e representantes da comunidade; (6) envolvimento de estudantes de medicina e residentes nas campanhas de conscientização e combate à infodemia e à desinformação pois são mais experientes no uso das mídias sociais do que os profissionais médicos seniores; (7) denunciar contas que promovam informações falsas e negativas sobre a vacinação contra a COVID-19 e as redes sociais devem ser solicitadas oficialmente a adverti-las ou bloqueá-las (FAROOQ; RATHORE, 2021). Este artigo dá ênfase às mídias sociais e meios de comunicação, no qual devem ser submetidos ao monitoramento quanto às *fake news*, a desarticulação de grupos extremistas e que promovem o ódio na *internet*, e o uso benéfico das instituições públicas governamentais, de pesquisa e dos serviços de saúde. Recentemente, podemos visualizar com o *Twitter* como a liberdade de expressão pode ser condicionada aos

interesses individuais e coletivos submetidos aos interesses econômicos e políticos, que reforçam o porquê as populações em geral recorrem aos meios tradicionais de comunicação e as instituições de saúde, quando nelas possuem confiança.

Outro estudo realizado nos Estados Unidos enfatiza a importância do papel dos médicos de atenção primária, enquanto fontes confiáveis de informações sobre vacinas, para disseminar a credibilidade nas vacinas em seus pacientes, especialmente os mais vulneráveis e desconfiados. Para isso, ressalta a necessidade de desenvolver ações educativas com esses médicos, a fim de que os sensibilizem para a necessidade e a importância de conversarem com seus pacientes sobre seus planos de vacinação contra a COVID-19, com o intuito de reduzir preocupações sobre: segurança e eficácia relacionadas à “velocidade de dobra” do desenvolvimento da vacina para este novo vírus, a possibilidade de efeitos colaterais de curto e longo prazo, eficácia de longo prazo pouco clara, experimentação médica histórica em populações minoritárias e a politização do vírus COVID-19. O artigo ainda recomenda elaborar juntamente com os pacientes o plano para obter a vacina COVID-19, envolvendo (1) escuta empática e gentileza com seus pacientes (beneficência), (2) comunicar o risco de não obter uma vacina contra COVID-19 (não maleficência), (3) permitir que seus pacientes tomem uma decisão informada sem julgamento (autonomia) e (4) garantir que a vacina COVID-19 seja distribuída equitativamente (justiça). Os autores exaltam a relevância da co-participação nas decisões do cuidado em saúde, adequando-se à realidade da comunidade, sendo transparente e realizando a escuta ativa em cada etapa (KATZMAN; KATZMAN, 2021). Entretanto, é válido ressaltar que a proposta deve dar espaço não só a escuta, como também ao diálogo entre os pacientes e a equipe de saúde, considerando que a educação crítica necessita da exposição não só de informações de saúde, como a troca de saberes, experiências e partilha de sentimentos.

O estudo, *Covid-19 vaccination hesitancy* também discorre acerca da importância dos profissionais de saúde como fonte confiável de informações sobre vacinação e podem influenciar as taxas locais de vacinação em indivíduos e em nível populacional. Conjuntamente com autoridades locais, líderes religiosos e “defensores da comunidade” que podem facilitar o engajamento da população, os autores elencam algumas intervenções que caracterizam a educação em saúde, além de enfatizar a indispensável habilitação dos profissionais e melhorias para o acesso à vacinação (RAZAI *et al.*, 2021b, p. 2, tradução nossa):

- 1) Oferecer comunicação personalizada de fontes confiáveis, como representantes da comunidade, profissionais de saúde e autoridades locais, que seja culturalmente relevante e acessível em vários idiomas;

- 2) Melhorar o acesso às vacinas. Isso pode incluir modelos de entrega flexíveis na comunidade, como práticas de GP e programas de extensão com boas conexões de transporte;
- 3) Engajamento da comunidade. Trabalhar com defensores da comunidade, embaixadores da juventude, líderes religiosos e profissionais de saúde para aumentar o conhecimento e a conscientização sobre as vacinas; comemore membros da família, amigos, parentes e modelos sendo vacinados; promover uma abordagem de imunidade comunitária e ajudar os outros; e criar planos de ação desenvolvidos localmente e um diálogo contínuo, aberto e transparente;
- 4) Treinamento e educação dos envolvidos com atividades de engajamento em nível local: use materiais educacionais relevantes (por exemplo, módulos de *eLearning*) em apresentações e treinamento de habilidades de comunicação.

Este artigo fornece aos profissionais de saúde intervenções de nível individual, dicas de comunicação com pais hesitantes e provoca os profissionais a refletirem sobre a realidade da comunidade e do serviço em que está inserido, evidenciando a educação na prática. Questionando por exemplo, as políticas locais para identificação e envolvimento dos hesitantes à vacinas de rotina e campanha, como a COVID-19, as estratégias já utilizadas no serviço e como monitoram o impacto destas, além da utilização e produção de recursos online e comunitários que possuem acesso para aumentar a confiança nas vacinas. Outra questão evidenciada trata-se da importância da educação permanente para as ações em saúde, devido a necessidade dos constantes treinamentos, atualizações, habilidades, práticas e materiais utilizados. É indiscutível a importância da capacitação de profissionais para atuar como agentes multiplicadores da confiança nas imunizações, para o enfrentamento da hesitação vacinal e da consequente ‘pandemia’ dos não vacinados (SANTOS JÚNIOR *et al.*, 2022).

Retomando a questão ética, cultural e religiosa, temos o artigo *Partnering With the Faith-Based Community to Address Disparities in COVID-19 Vaccination Rates and Outcomes Among US Black and Latino Populations*. Este artigo propõe uma estratégia em parceria com a igreja, visando o combate ao racismo sistêmico e desconfiança no governo federal e dos sistemas de saúde para eliminar as disparidades de vacinas contra a COVID-19 entre comunidades negras e latinas (EVANS; WEBSTER; FLORES, 2021). Tal desconfiança é ancorada em eventos passados flagrantes envolvendo estudos e programas eticamente inaceitáveis, como o Estudo Tuskegee de 40 anos sobre homens negros com doenças não tratadas, a linha celular HeLa de Henrietta Lacks sem sua permissão e as décadas de esterilização forçada de mulheres latinas em Porto Rico e na Califórnia (EVANS; WEBSTER; FLORES, 2021). Portanto, o medo e angústia destas populações são legítimas e devem ser ponderadas. O piloto da ação proposta foi efetivo, e respeita os motivadores da população que levam a hesitação vacinal, buscando proximidade com uma rede de igrejas que possuem objetivos de superação maiores que a hesitação, como o combate ao racismo, a

redução das iniquidades em saúde e desigualdade educacional, além de promover ações culturais e esportivas a toda comunidade. A iniciativa da *National Black Church Initiative* pretende ajudar a garantir o progresso das seguintes maneiras: dissipar os mitos da vacina COVID-19, reduzir a hesitação em relação à vacina, fornecendo informações culturalmente relevantes por profissionais de saúde confiáveis e voluntários de grupos raciais e étnicos minoritários, administrar vacinas COVID-19 equitativamente para aqueles em maior risco e com menos acesso, eliminar as disparidades de hospitalização e mortalidade por COVID-19 para indivíduos negros e latinos e capacitar comunidades de minorias raciais e étnicas para se ajudarem (EVANS; WEBSTER; FLORES, 2021).

Por fim, temos uma atividade que foi elaborada a partir do perfil populacional e executada no âmbito da educação em saúde. Como temática principal a pesquisa apresenta as consequências da infodemia na Indonésia, e devido a grande utilização das redes sociais, a estratégia elaborada foram vídeos educativos (LUBIS *et al.*, 2022). A intervenção educacional em vídeo personalizada compartilhada por meio de grupos do WhatsApp foi associada a menor hesitação vacinal (pontuação mediana do PACV) e pode ser usada como ferramenta de educação em saúde que afetou o status de conclusão da imunização infantil, entre pais indonésios. O estudo adaptou os vídeos para pais com crianças de 10 a 18 meses e a intervenção educacional deu-se a partir das entrevistas realizadas. O vídeo resultado foi personalizado conforme o perfil da população, compartilhado por meio de grupos do WhatsApp. Foi usada como ferramentas de educação em saúde que conseguiu resultados relevantes e pode afetar o status de conclusão da imunização infantil em outras províncias indonésias. O estudo mostrou-se efetivo e pronto para promover programas nacionais de imunização.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das diferenças sociodemográficas, políticas e econômicas entre os países de origem de pesquisa, os motivadores da hesitação à vacina apresentam semelhanças.

Do ponto de vista das propostas pedagógicas, destaca-se a grande ênfase na questão informacional, seja ressaltando conteúdos a serem transmitidos, seja privilegiando os meios de garantir a transmissão dessas informações. No contexto da COVID-19, concorrem com a "falta" de informações a disseminação e apreensão de informações falsas (*fake news*). Outro aspecto evidenciado são os poucos estudos que realizaram ações efetivas contra a hesitação vacinal, mesmo sendo uma ameaça reconhecida pela Organização Mundial de Saúde desde 2019, fazendo-nos refletir sobre como a educação em saúde vem sendo acionada diante da hesitação à vacina de COVID-19. Embora se reconheça o papel da informação e dos meios para disseminá-la, tal ênfase parece se afastar daquilo que se entende como uma pedagogia crítica, ou seja, uma proposta que ultrapasse a preocupação em transmissão de informações consideradas corretas por grupo de especialistas e invista mais na capacidade crítica da população. Indivíduos hesitantes às vacinas não devem ser submetidos ao julgamento da população, considerando que cada público hesitante possui particularidades e motivações específicas.

Vale destacar a importância dos estudos locais, que apresentaram maior detalhamento da problemática, identificando as singularidades de suas comunidades, atores-chave e quais instrumentos serão eficientes no combate de informações falsas, por exemplo. Elementos que podem potencializar as de educação em saúde, principalmente de problematizações que podem levar as pessoas e grupos a apreciar criticamente os prós e contras da vacinação, apoiando-se tanto em informações idôneas quanto em sua realidade social.

O estabelecimento de relações de confiança entre população e serviços de saúde é fruto de um longo processo, que não se dá com esclarecimentos pontuais. O que faria com que minorias étnicas, por exemplo, como aquelas submetidas a pesquisas como simples cobaias, sem nenhum tipo de cuidado ético, restabelecer a confiança na ciência? Carecemos de iniciativas ou de compartilhamento de iniciativas que busquem transparência, representatividade, o uso de uma comunicação facilitada, espaço de diálogo autêntico, metodologias e instrumentos de interesse da população.

Outro aspecto que cabe mencionar é que dentre os artigos levantados, apenas 1 dizia respeito ao contexto brasileiro. No Brasil, vivenciamos muitos motivadores da hesitação

vacinal e recusa de vacinação e ainda lidamos com a dificuldade da completude vacinal contra COVID-19 em crianças, mesmo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, e dentro de um sistema de saúde universal, o SUS. O que realça a complexidade do enfrentamento à hesitação vacinal dentro de um sistema de saúde que estimula a autonomia e participação cidadã.

## 7 LIMITAÇÕES

Como principal fator limitante temos a pesquisa realizada em apenas um portal de periódicos, a BVS, o uso de três descritores e o número de chaves de busca reduzida, que pode ter contribuído para uma menor amplitude quanto à discussão da hesitação vacinal e recusa de vacinação ou da educação em saúde. A limitação temporal entre os anos de 2020 a 2022, que permeia a pandemia pelo novo coronavírus, apesar do reconhecimento que à temática acompanha a criação da própria criação da vacina. Considerando o interesse em conhecer intervenções visando mitigar a hesitação à vacina, talvez fosse promissor investigar outras bases ou mesmo outros documentos relatando iniciativas governamentais e não-governamentais que tenham feito esse investimento.

## **8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Tratando-se de uma revisão, o presente trabalho de conclusão de curso não foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.



## REFERÊNCIAS

- BITAR, Ahmad Naoras *et al.* Misinformation, perceptions towards COVID-19 and willingness to be vaccinated: a population-based survey in Yemen. **PLoS One**, v. 16, n. 10, p. e0248325, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248325>.
- BORDENAVE, Juan E. Dias *et al.* Alguns fatores pedagógicos. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos CADRHU**, p. 261-268, 1999.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. A tradição pedagógica brasileira. *In*: BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1997. p. 30-33.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 ago. 1976.
- CHOI, Yongjin; FOX, Ashley M. Mistrust in public health institutions is a stronger predictor of vaccine hesitancy and uptake than Trust in Trump. **Social Science & Medicine**, v. 314, p. 115440, 2022. DOI: [10.1016/j.socscimed.2022.115440](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115440).
- CONVERSANI, Danaé T. Nogueira. Uma reflexão crítica sobre a educação em saúde. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, n. 34, p. 4-5, 2004. DOI: <https://doi.org/10.52753/bis.2004.v.37569>.
- DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. DeCS. São Paulo: BIREME: OPAS: OMS. 2017. Disponível em: <https://decs.bvsalud.org/en/ths/resource/?id=59704&filter=thstermall&q=hesita%C3%A7%C3%A3o%20vacinal#Details>. Acesso em: 20 dez. 2022.
- EVANS, Anthony; WEBSTER, Joseph; FLORES, Glenn. Partnering with the faith-based community to address disparities in COVID-19 vaccination rates and outcomes among US Black and Latino populations. **JAMA**, v. 326, n. 7, p. 609-610, 2021. DOI: [10.1001/jama.2021.12652](https://doi.org/10.1001/jama.2021.12652).
- FAROOQ, Fareeha; RATHORE, Farooq Azam. COVID-19 vaccination and the challenge of infodemic and disinformation. **Journal of Korean Medical Science**, v. 36, n. 10, 2021. DOI: [10.3346/jkms.2021.36.e78](https://doi.org/10.3346/jkms.2021.36.e78).
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. p. 52-61.
- FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.
- GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B. K. Linking theory, research, and practice. *In*: GLANZ, K.; LEWIS, F. M.; RIMER, B. K. (ed.). **Health behavior and health education: theory, research, and practice**. 2nd. ed. California: JosseyBass, 1996.

KATZMAN, Joanna G.; KATZMAN, Jeffrey W. Primary care clinicians as COVID-19 vaccine ambassadors. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 12, 2021. DOI: 10.1177/21501327211007026.

KIRKSEY, Lee; SOROUR, Ahmed A.; MODLIN, Charles. COVID-19 vaccination: potential challenges and reforms. **Journal of the National Medical Association**, v. 113, n. 4, p. 368-370, 2021. DOI: 10.1016/j.jnma.2021.01.001.

LARSON, Heidi J. *et al.* Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. **Vaccine**, v. 32, n. 19, p. 2150-2159, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>.

LUBIS, Teti Adriana *et al.* Educational videos to address vaccine hesitancy in childhood immunization. **Vaccine**, v. 40, n. 41, p. 5965-5970, 2022. DOI: 10.1016/j.vaccine.2022.08.044.

MACDONALD, Noni E.; SAGE. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**, v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 2015. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036.

MACHADO, Livia *et al.* Logo após aprovação da Anvisa, governo de SP aplica em enfermeira a 1ª dose de vacina contra Covid-19 no Brasil. **G1**, 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/01/17/apos-aprovacao-da-anvisa-governo-de-sp-aplica-1a-dose-da-coronavac-antes-do-inicio-do-plano-nacional-de-vacinacao.ghtml>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MATHIEU, Edouard *et al.* A global database of COVID-19 vaccinations. **Nature Human Behaviour**, v. 5, n. 7, p. 947-953, 2021. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MERKLEY, Eric; LOEWEN, Peter John. Assessment of communication strategies for mitigating COVID-19 vaccine-specific hesitancy in Canada. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 9, p. e2126635, 2021. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.26635.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000400008>.

PALUDO, Conceição. **Educação popular em busca de alternativas**: uma leitura desde o campo democrático e popular. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

MARBELLA PARRA-TORRES, Nancy *et al.* Vacunación contra COVID-19 y su afrontamiento desde la perspectiva de tres pueblos originarios de la sierra nororiental de Puebla, México. **Atención Primaria**, p. 102316, 2022. DOI: 10.1016/j.aprim.2022.102316.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500031>.

RAZAI, M. S. *et al.* COVID-19 vaccine hesitancy: the five Cs to tackle behavioural and sociodemographic factors. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 114, n. 6, p. 295-298, 2021a. DOI: 10.1177/01410768211018951.

RAZAI, M. S. *et al.* Covid-19 vaccination hesitancy. **BMJ**, v. 373, 2021b. DOI: 10.1136/bmj.n1138.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. **Programa de imunizações**. Rio de Janeiro: SMS, 2022. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/vacinacao>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SILVA, Cristiane Maria da Costa *et al.* Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2539-2550, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. suppl. 2, p. S7-S14, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600002>.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, p. 121-126, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000100009>.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. *In*: VASCONCELOS, Eymard Mourão (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular nos Serviços de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 73-100.

SANTOS JÚNIOR, C. J. dos; *et al.* Hesitação vacinal e a ‘pandemia’ dos não vacinados: o que fazer para enfrentar a nova “Revolta da Vacina”? **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 55, n. 1, p. e-192095, 2022.

SCHMEIL, Marcos Augusto. Saúde e tecnologia da informação e comunicação. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 3, p. 477-478, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000300001>.

SUCCI, Regina Célia de Menezes. Vaccine refusal-what we need to know. **Jornal de Pediatria**, v. 94, n. 6, p. 574-581, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.01.008>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Sage working group on vaccine hesitancy**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ten health issues WHO will tackle this year. **WHO**, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>. Acesso em: 15 jan. 2023.

ZORZETTO, Ricardo. As razões da queda na vacinação. **Pesquisa Fapesp**, v. 270, n. 1, p. 19-24, 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/as-razoes-da-queda-na-vacinacao/>. Acesso em: 20 dez. 2022.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A – CHAVE DE BUSCA

Chave de busca E1 - "Educação em saúde" AND "Recusa de vacinação"					
Código	Título	Autores	Jornal	Ano	C. Publi.
E1- 1	Resistencia de la población hacia la vacunación en época de epidemias: a propósito de la COVID-19	Hernández Rincón, Erwin Hernando; Lamus Lemus, Francisco; Díaz Quijano, Diana Marcela; Rojas Alarcón, Nathaly; Torres Segura, Juan José; Acevedo Moreno, Luisa Fernanda	-	2022	CO
E1- 4	Vacunación contra COVID-19 y su afrontamiento desde la perspectiva de tres pueblos originarios de la sierra nororiental de Puebla, México/ Vaccination against COVID-19 and its coping from the perspective of three native peoples from the northeastern highlands of Puebla, Mexico	Marbella Parra-Torres, Nancy; Bautista-Hernández, Gildardo; Techalotzi-Amador, Abigail; Almonte-Becerril, Maylin	Aten. prim. (Barc., Ed. impr.)	2022	MX
E1- 5	Miedo y creencias sobre la vacunación en docentes de enseñanza obligatoria durante la pandemia por COVID-19/ Fear and beliefs about vaccination in compulsory education teachers during the COVID-19 pandemic	Tolsá, María Dolores; Malas, Olga	Rev. esp. salud pública	2022	ES
E1- 10	Misinformation, perceptions towards COVID-19 and willingness to be vaccinated: A population-based survey in Yemen.	Bitar, Ahmad Naoras; Zawiah, Mohammed; Al-Ashwal, Fahmi Y; Kubas, Mohammed; Saeed, Ramzi Mukred; Abduljabbar, Rami; Jaber, Ammar Ali Saleh; Sulaiman, Syed Azhar Syed; Khan, Amer Hayat	PLoS One	2021	US
E1- 11	Assessment of Communication Strategies for Mitigating COVID-19 Vaccine-Specific Hesitancy in Canada.	Merkley, Eric; Loewen, Peter John	JAMA Netw Open	2021	US

E1- 14	Mental Health Issues During and After COVID-19 Vaccine Era.	Pandey, Kabita; Thurman, Michellie; Johnson, Samuel D; Acharya, Arpan; Johnston, Morgan; Klug, Elizabeth A; Olwenyi, Omalla A; Rajaiah, Rajesh; Byrareddy, Siddappa N	Brain Res Bull	2021	US
E1- 15	COVID-19 vaccines and vaccine hesitancy: Role of the allergist/immunologist in promotion of vaccine acceptance.	Bellanti, Joseph A	Allergy Asthma Proc	2021	US
<b>E1- 16</b>	<b>Partnering With the Faith-Based Community to Address Disparities in COVID-19 Vaccination Rates and Outcomes Among US Black and Latino Populations.</b>	<b>Evans, Anthony; Webster, Joseph; Flores, Glenn</b>	<b>JAMA</b>	<b>2021</b>	<b>US</b>
E1- 19	Emerging and Re-emerging Infections in Children: COVID/ MIS-C, Zika, Ebola, Measles, Varicella, Pertussis ... Immunizations.	Chen, Carol C; Whitehead, Anne	Emerg Med Clin North Am	2021	US
E1- 21	Vaccination hesitancy among women of reproductive age in resource-challenged settings: a cause for public health concern.	Murewanhema, Grant	Pan Afr Med J	2021	UG
E1- 22	Emphasize personal health benefits to boost COVID-19 vaccination rates.	Ashworth, Madison; Thunström, Linda; Cherry, Todd L; Newbold, Stephen C; Finnoff, David C	Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A	2021	US
E1- 23	COVID-19 vaccine hesitancy: the five Cs to tackle behavioural and sociodemographic factors.	Razai, Mohammad S; Oakeshott, Pippa; Esmail, Aneez; Wiysonge, Charles Shey; Viswanath, Kasisomayajula; Mills, Melinda C	J R Soc Med	2021	GB
E1- 24	Covid-19 vaccines: The public must have confidence in the science.	Srinivasan, Sandhya	Indian J Med Ethics	2021	IN
E1- 25	Ethnic and minority group differences in engagement with COVID-19 vaccination programmes - at Pandemic Pace; when vaccine confidence in mass rollout meets local	Reid, John A; Mabhala, Mzwandile A	Isr J Health Policy Res	2021	GB

	vaccine hesitancy.				
E1- 26	Examining the effect of information channel on COVID-19 vaccine acceptance.	Piltch-Loeb, Rachael; Savoia, Elena; Goldberg, Beth; Hughes, Brian; Verhey, Tanner; Kayyem, Juliette; Miller-Idriss, Cynthia; Testa, Marcia	PLoS One	2021	US
E1- 27	Communicating With Vaccine-Hesitant Parents: A Narrative Review.	Limaye, Rupali J; Opel, Douglas J; Dempsey, Amanda; Ellingson, Mallory; Spina, Christine; Omer, Saad B; Dudley, Matthew Z; Salmon, Daniel A; Leary, Sean O	Acad Pediatr	2021	US
<b>E1- 28</b>	<b>Covid-19 vaccination hesitancy.</b>	<b>Razai, Mohammad S; Chaudhry, Umar A R; Doerholt, Katja; Bauld, Linda; Majeed, Azeem</b>	<b>BMJ</b>	<b>2021</b>	<b>GB</b>
E1- 29	COVID-19 vaccine rumors and conspiracy theories: The need for cognitive inoculation against misinformation to improve vaccine adherence.	Islam, Md Saiful; Kamal, Abu-Hena Mostofa; Kabir, Alamgir; Southern, Dorothy L; Khan, Sazzad Hossain; Hasan, S M Murshid; Sarkar, Tonmoy; Sharmin, Shayla; Das, Shiuli; Roy, Tuhin; Harun, Md Golam Dostogir; Chughtai, Abrar Ahmad; Homaira, Nusrat; Seale, Holly	PLoS One	2021	US
E1- 30	Resistance to COVID-19 vaccination has increased in Ireland and the United Kingdom during the pandemic.	Hyland, P; Vallières, F; Shevlin, M; Bentall, R P; McKay, R; Hartman, T K; McBride, O; Murphy, J	Public Health	2021	NL
E1- 31	Vaccine hesitancy and COVID-19 vaccination in Hong Kong.	Chan, P K S; Wong, M C S; Wong, E L Y	Hong Kong Med J	2021	CN

E1- 32	[Addressing the vaccination hesitancy: communication, behavior and literature.]/ Affrontare l'esitanza vaccinale tra comunicazione, comportamenti e letteratura.	Galletti, Giacomo	Recenti Prog Med	2021	IT
E1- 33	COVID vaccines: time to confront anti-vax aggression.	Hotez, Peter	Nature	2021	GB
E1- 34	COVID-19 Vaccine Hesitancy in Canada: Content Analysis of Tweets Using the Theoretical Domains Framework.	Griffith, Janessa; Marani, Husayn; Monkman, Helen	J Med Internet Res	2021	CA
<b>E1- 35</b>	<b>Primary Care Clinicians as COVID-19 Vaccine Ambassadors.</b>	<b>Katzman, Joanna G; Katzman, Jeffrey W</b>	<b>J Prim Care Community Health</b>	<b>2021</b>	<b>US</b>
E1- 36	COVID-19 vaccine hesitancy and resistance: Correlates in a nationally representative longitudinal survey of the Australian population.	Edwards, Ben; Biddle, Nicholas; Gray, Matthew; Sollis, Kate	PLoS One	2021	US
<b>E1- 38</b>	<b>COVID-19 Vaccination and the Challenge of Infodemic and Disinformation.</b>	<b>Farooq, Fareeha; Rathore, Farooq Azam</b>	<b>J Korean Med Sci</b>	<b>2021</b>	<b>KR</b>
E1- 39	Covid-19 vaccine hesitancy among ethnic minority groups.	Razai, Mohammad S; Osama, Tasnime; McKechnie, Douglas G J; Majeed, Azeem	BMJ	2021	GB
E1- 40	COVID- 19 Vaccination: Potential Challenges and Reforms.	Kirksey, Lee; Sorour, Ahmed A; Modlin, Charles	J Natl Med Assoc	2021	US
E1- 41	Escaping Catch-22 - Overcoming Covid Vaccine Hesitancy.	Rosenbaum, Lisa	N Engl J Med	2021	US
E1- 44	Will vaccination refusal prolong the war on SARS-CoV-2?	Marcec, Robert; Majta, Matea; Likic, Robert	Postgrad Med J	2021	GB
E1- 46	Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde/ Fake news sobre vacunas: un análisis bajo el modelo 3Cs de la Organización	Frugoli, Alice Gomes; Prado, Raquel de Souza; Silva, Tercia Moreira Ribeiro da; Matozinhos, Fernanda Penido; Trapé, Carla Andrea; Lachtim, Sheila	Rev. Esc. Enferm. USP	2021	BR



	Mundial de la Salud/ Vaccine fake news: an analysis under the World Health Organization's 3Cs model	Aparecida Ferreira			
E1- 49	Eliminating Religious and Philosophical Exemptions: The Next Step in Ontario's Campaign against Vaccine Hesitancy.	Thomas, Bryan; Flood, Colleen M	Healthc Policy	2020	CA
E1- 51	Social media and vaccine hesitancy.	Wilson, Steven Lloyd; Wiysonge, Charles	BMJ global health	2020	GB
E1- 54	Even covid-19 can't kill the anti-vaccination movement.	Megget, Katrina	BMJ	2020	GB
E1- 55	Threat of COVID-19 Vaccine Hesitancy in Pakistan: The Need for Measures to Neutralize Misleading Narratives.	Khan, Yusra Habib; Mallhi, Tauqeer Hussain; Alotaibi, Nasser Hadal; Alzarea, Abdulaziz Ibrahim; Alanazi, Abdullah Salah; Tanveer, Nida; Hashmi, Furqan Khurshid	Am J Trop Med Hyg	2020	US
E1- 59	Planning for a COVID-19 Vaccination Program.	Schaffer DeRoo, Sarah; Pudalov, Natalie J; Fu, Linda Y	JAMA	2020	CO

Chave de busca E2 - "Educação em saúde" AND "Hesitação vacinal"

<b>Código</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Jornal</b>	<b>Ano</b>	<b>C. Publi.</b>
E2- 1	Mistrust in public health institutions is a stronger predictor of vaccine hesitancy and uptake than Trust in Trump.	Choi, Yongjin; Fox, Ashley M	Soc Sci Med	2022	GB
E2- 3	On the relationship between conspiracy theory beliefs, misinformation, and vaccine hesitancy.	Enders, Adam M; Uscinski, Joseph; Klofstad, Casey; Stoler, Justin	PLoS One	2022	US

E2- 4	Association between COVID-19 vaccine hesitancy and trust in the medical profession and public health officials.	Silver, Diana; Kim, Yeerae; McNeill, Elizabeth; Piltch-Loeb, Rachael; Wang, Vivian; Abramson, David	Prev Med	2022	US
<b>E2- 6</b>	<b>Educational videos to address vaccine hesitancy in childhood immunization.</b>	<b>Lubis, Teti Adriana; Gunardi, Hartono; Soedjatmiko, Soedjatmiko; Satari, Hindra Irawan; Alatas, Fatima Safira; Pulungan, Aman Bhakti</b>	<b>Vaccine</b>	<b>2022</b>	<b>NL</b>
E2- 7	Misinformation of COVID-19 vaccines and vaccine hesitancy.	Lee, Sun Kyong; Sun, Juhyung; Jang, Seulki; Connelly, Shane	Sci Rep	2022	GB
E2- 8	Communicating doctors' consensus persistently increases COVID-19 vaccinations.	Bartos, Vojtech; Bauer, Michal; Cahlíková, Jana; Chytilová, Julie	Nature	2022	GB
E2- 9	COVID-19 vaccine hesitancy between teachers and students in a college, a cross-sectional study in China.	Chen, Yan; Zhang, Mei-Xian; Lin, Xiao-Qing; Wu, Hongwei; Tung, Tao-Hsin; Zhu, Jian-Sheng	Hum Vaccin Immunother	2022	US
E2- 10	Implementing education: Personal communication with a healthcare professional is a critical step to address vaccine hesitancy for people with multiple sclerosis.	Panisset, M G; Kilpatrick, T; Cofré Lizama, L E; Galea, M P	Mult Scler Relat Disord	2022	NL
E2- 11	Vaccine Hesitancy, Anti-Vax, COVID-Conspiracyism: From Subcultural Convergence to Public Health and Bioethical Problems.	Raballo, Andrea; Poletti, Michele; Preti, Antonio	Front Public Health	2022	CH
E2- 14	Online misinformation is linked to early COVID-19 vaccination hesitancy and refusal.	Pierri, Francesco; Perry, Brea L; DeVerna, Matthew R; Yang, Kai-Cheng; Flammini, Alessandro; Menczer, Filippo; Bryden, John	Sci Rep	2022	GB
E2- 15	Parental vaccine hesitancy and concerns regarding the COVID-19 virus.	Salazar, Teresa L; Pollard, Deborah L; Pina-Thomas, Deborah M; Benton, Melissa J	J Pediatr Nurs	2022	US