RAPHAEL DA SILVA SANTANA

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E AS CAMPANHAS VACINAIS: A REVOLTA DA VACINA, QUEDAS NAS COBERTURAS E IMPLICAÇÕES NA ADESÃO VACINAL NO BRASIL

Salvador
2025

RAPHAEL DA SILVA SANTANA

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL E AS CAMPANHAS VACINAIS: A REVOLTA DA VACINA, QUEDAS NAS COBERTURAS E IMPLICAÇÕES NA ADESÃO VACINAL NO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Maria de Fatima Lepikson

Salvador
2025

Dados de Catalogação na Publicação (CIP)
Ficha Catalográfica. UCSal. Biblioteca Dom Geraldo Majella Agnelo

S232 Santana, Raphael da Silva
As políticas públicas de saúde no Brasil e as campanhas vacinais: a revolta da vacina, quedas nas coberturas e implicações na adesão vacinal no Brasil / Raphael da Silva Santana. – Salvador, 2025.
121 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fatima Pessôa Lepikson.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Revolta das Vacinas 2. Fake-news 3. Movimento Antivacina 4. Cobertura Vacinal 5. Pandemia de Covid-19 I. Lepikson, Maria de Fatima Pessôa – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 614.47

TERMO DE APROVAÇÃO

Raphael da Silva Santana

A INFLUÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ADESÃO ÀS CAMPANHAS DE VACINAÇÃO: UM ESTUDO COMPARATIVO ENTRE A REVOLTA DA VACINA E AS ATUAIS QUEDAS NAS COBERTURAS VACINAIS.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador (BA), 28 de março de 2025.

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
gov.br
MARIA GORETE BORGES FIGUEIREDO
Data: 19/05/2025 17:06:31-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Orientador(a)

Examinador(a)

Examinador(a)

Mestrando(a)

Documento assinado digitalmente
gov.br
MICHELLE FLAVIANE SOARES PINTO
Data: 20/05/2025 23:12:29-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Documento assinado digitalmente
gov.br
RAPHAEL DA SILVA SANTANA
Data: 26/05/2025 23:04:59-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

AGRADECIMENTOS

Dedico esta dissertação aos meus pais, que sempre se dedicaram incansavelmente para proporcionar a mim e a minha irmã a melhor educação possível. À minha esposa, Mayara, e aos meus filhos, Benício, Ana Clara e Vitório, que são minha fonte diária de amor, inspiração e motivação. A toda gestão do Departamento do Programa Nacional de Imunizações e principalmente a Coordenação Geral de Gestão de Insumos e Rede de Frio - CGGI. Que este trabalho seja, para vocês, um lembrete de que o conhecimento se transforma e que nunca devemos parar de crescer e aprender.

“Àquele que é capaz de fazer infinitamente mais do que tudo o que pedimos ou pensamos, segundo o seu poder que atua em nós”.

Efésios 3:20 NVI

SUMÁRIO

RESUMO **7**

ABSTRACT **8**

1. INTRODUÇÃO **16**

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA **23**

2.1 REVOLTA DA VACINA (1904) 23

2.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE VACINAÇÃO NO BRASIL 37

3. ANÁLISE DAS QUEDAS NAS COBERTURAS VACINAIS E COMPARAÇÃO HISTÓRICA **58**

3.1 O MOVIMENTO ANTI-VACINA 67

3.2 HESITAÇÃO VACINAL E FAKE NEWS 69

3.3 FAKE NEWS X TRIPLICE VIRAL 73

3.3 FAKE NEWS X HPV 78

3.3 FAKE NEWS X COVID-19 80

4. AÇÕES E IMPACTOS SOCIAIS E RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO **89**

4.1 MICROPLANEJAMENTO 99

4.2 MULTIVACINAÇÃO 100

4.3 ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 102

4.4 ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO NA ESCOLA 103

4.6 RECOMENDAÇÕES PARA FUTURO 104

4.7 AVANÇOS NA RECUPERAÇÃO DAS COBERTURAS VACINAIS 105

5 CONCLUSÃO **107**

6 REFERÊNCIA **108**

RESUMO

As Políticas Públicas de Saúde no Brasil e as Campanhas Vacinais: A Revolta da Vacina, Quedas nas Coberturas e Implicações na Adesão Vacinal no Brasil", oferece uma análise abrangente das políticas públicas de vacinação no Brasil e sua evolução desde a Revolta da Vacina de 1904 até os desafios enfrentados no contexto atual, como a queda nas coberturas vacinais e a disseminação de fake news. A pesquisa investiga a influência da comunicação nas campanhas de vacinação, considerando o impacto da mídia e das estratégias de comunicação na adesão da população, traçando paralelos entre momentos históricos distintos, como a Revolta da Vacina e a pandemia de COVID-19. O estudo tem como objetivos principais analisar a relação entre os movimentos antivacina e a hesitação vacinal, entender a evolução das coberturas vacinais e investigar o papel das fake news na desinformação sobre vacinas. Os capítulos abordam desde a introdução da vacina antivariólica no Brasil, passando pela análise das quedas nas coberturas vacinais e os efeitos das fake news, até as ações do governo para combater esses desafios e fortalecer a confiança da população nas vacinas. A dissertação conclui que a confiança nas vacinas é moldada por fatores históricos, sociais e comunicacionais, e que estratégias eficazes de comunicação, educação e mobilização social são essenciais para garantir a adesão da população às campanhas de vacinação e, consequentemente, a proteção da saúde pública.

Palavras-chaves: Revolta das Vacinas, Fake-news, Movimento antivacina, Cobertura vacinal, Pandemia de Covid-19

ABSTRACT

Public Health Policies in Brazil and Vaccination Campaigns: The Vaccine Revolt, Declining Coverage, and Implications for Vaccine Uptake in Brazil offers a comprehensive analysis of vaccination public policies in Brazil and their evolution from the Vaccine Revolt of 1904 to the challenges faced in the current context, such as declining vaccination coverage and the spread of fake news. The research investigates the influence of communication on vaccination campaigns, considering the impact of the media and communication strategies on public adherence, drawing parallels between distinct historical moments, such as the Vaccine Revolt and the COVID-19 pandemic. The main objectives of the study are to analyze the relationship between anti-vaccine movements and vaccine hesitancy, understand the evolution of vaccination coverage, and investigate the role of fake news in misinformation about vaccines. The chapters cover the introduction of the smallpox vaccine in Brazil, the analysis of declining vaccination coverage and the effects of fake news, and the government's actions to address these challenges and strengthen public trust in vaccines. The dissertation concludes that trust in vaccines is shaped by historical, social, and communicational factors, and that effective communication, education, and social mobilization strategies are essential to ensure public adherence to vaccination campaigns and, consequently, the protection of public health.

Keywords: Vaccine Revolt, Fake news, Anti-vaccine movement, Vaccination coverage, COVID-19 pandemic

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1	Cabeça de Porco em 1880 – Foto de Marc Ferrez. Fonte: Museu do Amanhã
Imagem 2	Napoleão da Seringa e Lanceta” (Crédito: Leonidas/Acervo Fiocruz)
Imagem 3	Charge ironiza a posição dos positivistas contra a vacinação (Crédito: Angelo Agostini)
Imagem 4	Jornal registra as formas de reação perante a vacinação compulsória (Crédito: Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro)
Imagem 5	O Malho, 26 de novembro de 1904. Fonte: https://brasilianafotografica.bn.gov.br/?p=35099
Imagem 6	Filme Vacinação/ Arquivo Nacional
Imagem 7	O artista então refinou a ideia do que se transformaria o símbolo da vacinação no Brasil
Imagem 8	Zé Gotinha se tornou personagem principal das campanhas de vacinação brasileiras
Imagem 9	Tire suas dúvidas - Tríplice viral causa autismo
Imagem 10	Publicação em um dos grupos antivacina no Facebook fala em conspiração do governo e "confusão de gênero".

Imagem 11	Fake news sobre hpv - fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Publicacao-falsa-sobre-proibicao-de-vacina_fig1_360960060
Imagem 12	Montagem com captura de tela das matérias sobre a baixa adesão à vacina contra o HPV no jornal local de Campinas.
Imagem 13	Fake news alegando que o novo coronavírus é imune a organismo com um pH maior que 5,5.
Imagem 14	Imagem 14 - Dados mostram assuntos abordados por grupos anti-vacina da Covid-19 em rede social — Foto: União Pró-Vacina da USP/Reprodução
Imagem 15	Análise do grupo União Pró-Vacina em 213 postagens entre 15 e 21 de março nos dois maiores grupos públicos brasileiros de conteúdo antivacina no facebook - fonte: União Pró-vacina.
Imagem 16	Vídeos no youtube com conteúdo falso sobre as vacinas para covid-19 - Fonte: USP Imagens e Moisés Dorado/Jornal da USP
Tabela 1	Calendário de vacinação 2025

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de VIgilÂncia Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Vacina Bacilo de Calmette-Guérin
CEME	Central de Medicamentos
CEV	Campanha de Erradicação da Varíola
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNEES	Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
dT	Vacina Dupla Bacteriana
DTP	Vacina Tríplice bacteriana
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPV	Vacina Papilomavírus Humano
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e AssistÊncia Social
INAMPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
ODMs	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAI	Programa Ampliado de Imunizações
PC	Partido Conservador
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PRF	Partido Republicano Federal
PSE	Programa Saúde na Escola
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SCR	Vacina Sarampo-caxumba-rubéola
SI-EAPV	Sistema de Informações em Eventos Adversos Pós-Vacinação

SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e AssistÊncia Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilancia em Saúde e Ambiente
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPVACINA	União Pró-Vacina
USP	Universidade de São Paulo
VOP	Vacina Oral Contra a Poliomielite

A influência das políticas públicas na adesão às campanhas de vacinação é um tema de grande relevância, especialmente no contexto da saúde pública. Minha experiência como farmacêutico no Ministério da Saúde tem me permitido observar de perto os desafios enfrentados na ampliação da cobertura vacinal, que, nos últimos

anos, tem apresentado um declínio preocupante. Essa redução não pode ser atribuída apenas a fatores técnicos ou operacionais, mas reflete também questões históricas, sociais e comunicacionais.

Diante desse cenário, tornei-me particularmente interessado em compreender como as políticas públicas e as estratégias de comunicação influenciam a aceitação da população às campanhas de vacinação ao longo do tempo. A Revolta da Vacina, em 1904, e os recentes movimentos antivacina no Brasil oferecem um campo de análise relevante, permitindo identificar padrões e desafios recorrentes. Ao explorar essas dinâmicas, é possível compreender melhor os fatores que moldam a confiança da sociedade nas vacinas e, assim, contribuir para o aprimoramento das políticas voltadas à imunização da população.

A pesquisa busca responder à seguinte questão central: Como a comunicação influencia as campanhas de vacinação enquanto política pública de saúde no Brasil?

Para isso, defini como objetivo geral analisar a influência da mídia (formato e estratégia de comunicação) na política pública de saúde, especialmente em relação à adesão da população às campanhas de vacinação obrigatória no Brasil. Além disso, busca-se traçar um paralelo entre dois períodos históricos: a Revolta da Vacina e a crise da pandemia de Covid-19.

Os objetivos específicos incluem analisar a relação dos movimentos antivacina com a hesitação vacinal, bem como a crescente disseminação de *fake news* relacionadas à vacinação. Também se pretende compreender a evolução da cobertura vacinal no Brasil, considerando o período de 2012, quando se iniciou a queda na adesão às vacinas, até o atual governo federal.

A justificativa para este estudo encontra respaldo na urgência de compreender os fatores que afetam a adesão vacinal, especialmente diante do retorno de doenças antes erradicadas, do crescimento dos movimentos antivacina e da disseminação de fake news. Além disso, a análise histórica da Revolta da Vacina permite identificar lições que podem ser aplicadas ao enfrentamento dos desafios contemporâneos,

fortalecendo a formulação de políticas públicas mais eficazes e promovendo a saúde coletiva.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos principais:

Capítulo 1 - Introdução **-** Este capítulo apresenta o contexto histórico da varíola e a importância da vacinação, destacando o desenvolvimento da vacina antivariólica por Edward Jenner e sua introdução no Brasil. A introdução também aborda a Revolta da Vacina de 1904, um evento crucial na história da saúde pública brasileira, e estabelece a base para a discussão sobre a evolução das políticas de vacinação no país.

Capítulo 2 - Contextualização Histórica e Teórica - Este segundo capítulo examina detalhadamente a Revolta da Vacina, analisando as causas e consequências desse movimento popular contra a vacinação obrigatória. A resposta do governo, liderada por Oswaldo Cruz, e as medidas de saneamento adotadas são também discutidas, contextualizando a revolta como um evento de grande impacto nas políticas de saúde pública no Brasil.

Em seguida, o capítulo traça a evolução das políticas de vacinação no Brasil, desde a Revolta da Vacina até a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1973. São destacados os avanços na saúde pública, como a introdução da vacina BCG e a criação do Ministério da Saúde, além da implementação de campanhas de vacinação em massa e da estruturação do sistema de saúde brasileiro.

Capítulo 3 - Análise das quedas nas coberturas vacinais e comparação histórica - Este capítulo aborda o crescimento do movimento antivacina e suas consequências para a saúde pública. A análise foca na hesitação vacinal e na disseminação de informações falsas sobre vacinas, destacando o impacto negativo na cobertura vacinal e o retorno de doenças preveníveis. Além disso, explora a influência das fake news na hesitação vacinal, utilizando o modelo dos 3Cs (confiança, complacência e conveniência) para explicar os fatores que contribuem para a resistência à vacinação. Exemplos de fake news sobre vacinas e suas consequências para a saúde pública também são discutidos.

O capítulo aborda a disseminação de fake news relacionadas a diversas vacinas, começando com a tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), destacando a origem das informações falsas, como a alegação infundada de que a vacina causa autismo, e seu impacto na adesão às campanhas de vacinação. Também são analisadas as fake news sobre a vacina contra o HPV, discutindo a importância da vacinação para a prevenção do câncer de colo de útero e os desafios impostos pela desinformação e preconceitos. Por fim, o capítulo examina as fake news sobre as vacinas contra a COVID-19 durante a pandemia, destacando seus efeitos negativos na adesão às campanhas e as estratégias adotadas para combater a propagação dessas notícias falsas.

Capítulo 4 - Ações e impactos sociais e recomendações para o futuro **-** Este capítulo apresenta as ações implementadas pelo governo para aumentar a cobertura vacinal e combater a desinformação. São destacadas estratégias como o microplanejamento, a multivacinação, a vacinação nas escolas e a transparência no registro das vacinas. Também são apresentadas recomendações para fortalecer a confiança da população nas vacinas, garantindo assim a proteção contra doenças imunopreveníveis.

A pesquisa adotará uma abordagem qualitativa, combinando análise documental e bibliográfica, com o objetivo de revisar textos históricos, documentos governamentais e registros midiáticos. Através de um estudo comparativo, será possível identificar os fatores que influenciam a adesão ou a rejeição às campanhas de vacinação, contribuindo para uma compreensão mais profunda das dinâmicas sociais envolvidas. Dessa forma, a pesquisa busca oferecer uma visão ampla e bem fundamentada sobre o tema, apontando estratégias para fortalecer a saúde pública no Brasil e combater a hesitação vacinal.

1. INTRODUÇÃO

A varíola, até sua erradicação na década de 1970, destacou-se como um dos principais problemas epidemiológicos mundiais. Disseminada de forma indiscriminada e violenta, essa doença, que hoje é considerada inócua, devastou populações por séculos, deixando marcas físicas e sociais profundas. Antes da criação da vacina, diversas tentativas de controle da sua disseminação foram realizadas, desde práticas

empíricas, como a variolização — técnica de inoculação da própria doença — até a produção em larga escala de vacinas (FERNANDES, 1999).

No século XVIII, o médico inglês Edward Jenner desenvolveu um método de vacinação pioneiro para prevenir a contaminação por varíola em humanos. Essa doença viral extremamente grave apresentava sinais e sintomas como febre alta, cefaleia, dores pelo corpo, lesões cutâneas e, em casos mais severos, levava à morte. A vacina antivariólica foi fruto das observações de Jenner, que percebeu a ocorrência de pessoas imunes à varíola. Sua observação focou em ordenhadores que, anteriormente, haviam sido contaminados por uma doença similar que acometia os bovinos, conhecida como *cowpox* (pústula da vaca), a qual não era letal para os animais. Este estudo levou à conclusão de que esses indivíduos estavam imunes à varíola, mesmo quando inoculados com o vírus (FARHAT, 1985).

O experimento do médico Edward Jenner[1] gerou um produto que originou os termos *vaccine* e *vaccination* (derivados do termo latino *vacca*, que significa "vaca"). Utilizando a pústula desenvolvida nos bovinos, ao injetar o material em humanos, surgiam erupções semelhantes às da varíola. A partir dessas lesões, a linfa ou pus variólico era retirado e inoculado em outras pessoas. Com isso, a doença *cowpox* bovina tornou-se o primeiro agente imunizador, e os seres humanos atuavam como os originadores e difusores da vacina. Esse método de imunização era conhecido como "de braço a braço" e ficou popularmente chamado de “vacina jenneriana” ou “vacina humanizada” (HOMMA, 2003).

Barbosa e Resende (1904) destacam que a varíola é conhecida no Brasil desde os tempos da colônia, com a primeira referência a um surto ocorrido em 1563, quando casos importados da Europa surgiram em cidades do litoral. A doença se disseminou rapidamente pelas cidades e pelo interior. Na capitania de São Paulo, os constantes surtos começaram a partir de 1775.

[1] Edward Jenner (1749-1823) nasceu em Berkeley, Inglaterra, e concluiu seus estudos em Londres. Após a formação, retornou à sua cidade natal, onde iniciou experimentos relacionados à varíola. Embora seus primeiros trabalhos tenham tido pouca repercussão, o sucesso de algumas experiências realizadas na Itália, Áustria e Alemanha trouxe-lhe reconhecimento, incluindo o apoio do governo inglês. A partir disso, deu-se início à ampla divulgação e disseminação da vacina antivariólica em escala mundial, consolidando Jenner como o responsável por essa importante descoberta.

Em 1804, as primeiras vacinas chegaram ao Brasil, supostamente trazidas pelo Marquês de Barbacena, conforme indicam alguns pesquisadores. Em 1811, foi criada a Junta Vacínica da Corte, responsável pela aplicação da vacina na capital do Império. Após o êxito inicial da vacinação, Dom João VI ordenou que seus filhos fossem vacinados, promovendo, assim, a aceitação da imunização entre os membros da corte (ROSADO et al., 2021). Esses eventos culminaram, em 1820, na primeira vacinação em massa no país (LAROCCA; CARRARO, 2000).

É importante destacar que, em 1808, foi criada a primeira organização nacional de saúde pública no Brasil. Em 27 de fevereiro daquele ano, instituiu-se o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil. Essas iniciativas integraram as reformas administrativas promovidas pela Coroa Portuguesa após a transferência da Família Real para o país. Tal medida marcou o início da história da saúde pública no Brasil, com o objetivo de atender às crescentes demandas sanitárias de uma sociedade em expansão e enfrentando desafios epidemiológicos significativos, como a varíola (BRASIL, 2004).

Após a Independência do Brasil, foi promulgada, em 30 de agosto de 1828, a lei de municipalização dos serviços de saúde. Essa legislação transferiu às juntas municipais, então criadas, as funções anteriormente exercidas pelo provedor-mor, físico-mor, cirurgião-mor e seus delegados. No mesmo ano, foi criada a Inspetoria de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro, subordinada ao Senado da Câmara. Em 1833, houve um aumento no número de integrantes dessa estrutura, ampliando sua capacidade de atuação (CHALHOUB, 1996).

A partir de 1830, observou-se uma redução na adesão à vacinação, associada ao medo da população de tomar a vacina, fenômeno que ficou conhecido como "vacinophobia[2]" (CHALHOUB, 1996). Esse receio era motivado por diversos fatores, incluindo o medo de agulhas, o temor de contrair doenças de origem bovina e falsas

[2] A "vacinofobia" é um termo utilizado para descrever o medo ou a aversão à vacinação. No livro "Corpos Inscritos: vacina e biopoder, Londres e Rio de Janeiro, 1840 e 1904", Myriam Bahia Lopes discute como os movimentos antivacinistas foram rotulados de forma simplificadora e pejorativa, como "vacinófobos", pelos defensores da vacina. Essa denominação contribuiu para marginalizar esses movimentos, que eram vistos como ignorantes ou irracionais. A autora argumenta que essa simplificação distorce a complexidade das resistências e críticas à vacinação, que muitas vezes apontavam os limites e contradições das inovações técnicas da época.

alegações religiosas que associavam a vacina a práticas demoníacas. Além disso, havia dúvidas da própria classe médica quanto à eficácia da imunização (LAROCCA; CARRACO, 2000).

Historicamente, a vacinophobia surgiu em resposta às primeiras campanhas de vacinação, como a introdução da vacina contra a varíola por Edward Jenner no final do século XVIII. 2 As resistências à vacinação eram motivadas por diversas razões, incluindo desconfiança em relação à eficácia e segurança das vacinas, preocupações religiosas e filosóficas, e oposição ao controle estatal sobre a saúde individual (BAHIA LOPES,2020).

Para promover a cultura da vacinação, o Brasil tornou a imunização obrigatória em 1837. No entanto, já em 1832, o Código de Posturas do município do Rio de Janeiro reforçava essa prática ao impor multas para aqueles que descumprissem a legislação relacionada à vacinação contra a varíola em crianças. Em 1891, o estado de São Paulo tornou a vacinação compulsória, sendo seguido pelo Rio de Janeiro em 1904 (LAROCCA; CARRACO, 2000)

Por meio do O Decreto nº 464, de 17 de agosto de 1846, institui o Regulamento do Instituto Vacínico do Império do Brasil, com a finalidade de estudar, aperfeiçoar, praticar e difundir a vacinação. Para tanto, o Instituto é composto por um Inspetor-Geral, uma Junta Vacínica sediada na capital do Império, integrada por diversos membros, além de comissários vacinadores designados para cada província, município e paróquia (BRASIL, 1846).

Os cargos de maior responsabilidade devem ser ocupados por médicos ou cirurgiões legalmente habilitados. O regulamento detalha as atribuições do Inspetor-Geral, da Junta Vacínica, dos vacinadores e dos comissários, contemplando atividades como a realização periódica da vacinação, a distribuição do fluido vacínico, a fiscalização dos estabelecimentos vacínicos e a comunicação de eventuais surtos epidêmicos (BRASIL, 1846).

A norma estabelece a obrigatoriedade da vacinação para todos os residentes no Império, excetuando aqueles que já tenham contraído varíola ou recebido imunização comprovada. Além disso, veda o ingresso em instituições oficiais ou de

ensino sem a devida comprovação vacinal. Em situações de epidemia, o governo está autorizado a determinar a vacinação compulsória nas áreas afetadas (BRASIL, 1846).

O decreto ressalta a importância da vacinação e da revacinação, bem como a necessidade da constante regeneração do vírus vacínico. Além disso, incentiva a cooperação com sociedades estrangeiras para o intercâmbio de informações e avanços científicos na área. O regulamento prevê, ainda, a concessão de prêmios a pesquisadores que desenvolverem novos métodos de prevenção de enfermidades como o sarampo e a escarlatina, reforçando o compromisso com a saúde pública e o progresso da imunização no país (BRASIL, 1846).

A vacinação era realizada duas vezes por semana e, após a aplicação, era emitido um comprovante. Tornou-se obrigatória para todos os residentes no Império, exceto aqueles que comprovassem vacinação anterior ou que tivessem sido acometidos pela doença. A obrigatoriedade incluía também as crianças com até três meses de idade. O decreto estabelecia, ainda, que a apresentação de um atestado de vacinação era requisito indispensável para admissão em qualquer estabelecimento oficial, público ou privado

No início do verão de 1849-1850, as condições higiênicas da capital do Império agravaram-se com o surgimento da epidemia de febre amarela, que atingiu a Corte. Em resposta, o governo promulgou o Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850, concedendo à Secretaria do Império um crédito extraordinário para o combate à epidemia. O decreto também criou a Junta de Higiene Pública, vinculada ao Ministério do Império e posteriormente expandida para as demais províncias. A Junta tinha como finalidade propor medidas necessárias à melhoria da salubridade pública e relatar ao governo imperial as ações recomendadas (FERREIRA, 2011).

A então Junta de Higiene Pública, por meio do Decreto nº 828, de 29 de setembro de 1851, passou a se chamar Junta Central de Higiene e recebeu novas atribuições relacionadas à saúde pública. Entre essas funções estavam a vacinação, o exercício da medicina, a fiscalização das boticas, a polícia sanitária, a inspeção de bebidas e gêneros alimentícios, além do controle sanitário nos portos (FERREIRA, 2011).

Posteriormente, o órgão sofreu alterações significativas com o Decreto nº 8.387, de 19 de janeiro de 1882, que extinguiu o cargo de Inspetor Geral do Instituto Vacínico do Império. A direção do instituto passou a ser exercida pela Junta Central de Higiene Pública, cujo representante recebeu o título de Inspetor de Vacinação. Em 1886, o Decreto nº 9.554, de 3 de fevereiro, reorganizou a estrutura sanitária do governo imperial. Essa reorganização resultou na extinção da Junta Central de Higiene Pública, de seus órgãos subordinados e do próprio Instituto Vacínico do Império (FERREIRA, 2011).

Em decorrência da extinção dos órgãos e com a criação da Inspetoria Geral de Higiene, o governo imperial consolidou um importante avanço na organização da saúde pública. Esse órgão foi responsável por uma série de funções essenciais, entre as quais se destacavam a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, o estudo de epidemias, epizootias e outras doenças prevalentes, além da direção do serviço de vacinação. A Inspetoria não apenas conduzia os esforços de imunização, mas também buscava maneiras de melhorar e expandir esse serviço.

Outras atribuições incluíam a coordenação de socorros sanitários destinados aos necessitados, a implementação de medidas de polícia sanitária para proteger a saúde das populações urbanas e rurais, e a organização de estatísticas demográfico-sanitárias. Além disso, o órgão foi responsável pela elaboração e o aperfeiçoamento do Código Farmacêutico Brasileiro, reforçando a regulamentação do setor. De acordo com o artigo 10, a Inspetoria Geral de Higiene exercia sua autoridade tanto de forma direta quanto por meio de Delegados de Higiene na Corte e das Inspetorias de Higiene e seus respectivos Delegados nas províncias.

Mesmo com os benefícios relatados da vacina antivariólica, houve uma revolta popular entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904, cerca de 100 anos após a chegada da vacina ao Brasil, em oposição à obrigatoriedade da vacinação. Muitas pessoas temiam que injetar líquidos desconhecidos no corpo pudesse causar efeitos indesejáveis.

Antes da Revolta da Vacina, entre os anos de 1900 e 1901, foram fundados o Instituto Soroterápico do Rio de Janeiro (hoje conhecido como Fiocruz - Fundação

Oswaldo Cruz) e o Instituto Serumtherapico (hoje conhecido como Butantan), criados para fabricar soros e vacinas contra a peste bubônica.

Hoje, é possível observar a associação de alguns fatores com a Revolta da Vacina, como o surgimento de informações não verídicas, atualmente conhecidas como *fake news* (termo em inglês que se popularizou no Brasil e significa “notícias falsas”). Em alguns casos, essas *fake news* envolvem membros da elite brasileira, políticos e influenciadores que financiam essas informações, contribuindo para a alienação de parte da sociedade.

A vacina era vista com desprezo em razão de sua origem, sendo retiradas das pústulas de vacas, o que gerava uma aversão natural, potencializada pela proliferação de notícias falsas. A população pensava que, ao ser inoculada para a imunização, haveria a possibilidade de alterar a fisionomia das pessoas, que poderiam, milagrosamente, adquirir características próprias do boi ou da vaca, além de temores acerca da inoculação do próprio vírus nos seres humanos.

É importante destacar que, do final do século XIX até meados do século XX, surgiram diversos tipos de vacinas, baseadas em antígenos inativados, proteínas, polissacarídeos e agentes microbianos inativados. O avanço da ciência e o desenvolvimento da cultura de células *in vitro* tornaram possível, no início da década de 1960, a criação de várias vacinas virais.

As novas fórmulas evoluíram junto com os estudos, permitindo combinações mais eficientes e prevenindo novos tipos de doenças, como a tríplice bacteriana (difteria, tétano, coqueluche), a tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola), a pentavalente (DTP, hepatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b) e, mais recentemente, a hexavalente (difteria, tétano, coqueluche – DTPa, poliomielite – VIP, *Haemophilus influenzae* tipo b – Hib e hepatite B – Hep B), todas incluídas no nosso Sistema Único de Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunizações.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA

2.1 REVOLTA DA VACINA (1904)

Em novembro de 1904, entre os dias 10 e 16, ocorreu no Rio de Janeiro, então capital da República, um dos maiores movimentos populares da história do Brasil: a Revolta da Vacina. Considerada a mais terrível das revoltas populares da República, essa manifestação paralisou a cidade, transformando-a em um palco de protestos, indignação, ataques e conflitos (PORTO, 2003; RIO DE JANEIRO, 2006; SALGADO, 2018).

A Revolta da Vacina não foi motivada apenas pela obrigatoriedade da vacinação em massa, imposta em resposta aos surtos de varíola e febre amarela. Ela também resultou de um conjunto de ações do governo para revitalizar a então capital da República, lideradas tanto pelo governo federal quanto pelo municipal. Na época, essas ações foram conduzidas pelo presidente da República, Francisco de Paula Rodrigues Alves, e pelo prefeito do Rio de Janeiro, Pereira Passos. Além disso, o cenário era marcado por uma guerra política entre o Partido Republicano Federal (PRF) do presidente e o Partido Conservador (PC) (PORTO, 2003; RIO DE JANEIRO, 2006; SALGADO, 2018).

O Rio de Janeiro era a maior cidade do Brasil, com aproximadamente 800 mil habitantes, e enfrentava grandes desafios sanitários. As redes de esgoto e abastecimento de água eram precárias, e não havia um sistema eficiente de coleta de lixo. Diante desse cenário, uma das principais propostas do governo era investir no saneamento básico para combater as doenças e melhorar a imagem do Brasil no exterior. O governo de Rodrigues Alves[3] foi marcado por grandes obras públicas e de saneamento, com o objetivo de transformar a capital em um cartão-postal

[3] Durante o governo de Rodrigues Alves, diversas medidas foram implementadas com o objetivo de modernizar o país. Entre elas, destacam-se a construção do Teatro Municipal e da Biblioteca Municipal, o auxílio à criação da Faculdade de Direito em Recife e das faculdades de Medicina em São Paulo e Salvador, além de investimentos na infraestrutura ferroviária, com melhorias na Estrada de Ferro Central do Brasil. O governo também promoveu o fortalecimento da defesa naval por meio da aquisição de novos navios de guerra. Além disso, a capital do país passou por um amplo processo de reorganização, que incluiu melhorias no porto e ações de saneamento urbano, visando tanto à saúde pública quanto ao estímulo à imigração para o Brasil (CARVALHO, 1987).

internacional e atrair investidores. Em seu discurso de posse[4], em 15 de novembro de 1902, ele afirmou: "*Meu programa de governo vai ser muito simples. Vou limitar-me quase exclusivamente ao saneamento e ao melhoramento do porto do Rio de Janeiro.*" Já o prefeito do Rio de Janeiro, Pereira Passos, colocou em prática o chamado "bota-abaixo"[5], promovendo a derrubada de casarões e cortiços que, supostamente, eram os principais focos da epidemia.

Para isso, o governo realizou intervenções diretas na organização da cidade, promovendo o deslocamento de grandes contingentes populacionais. Um exemplo marcante foi a destruição do famoso cortiço "Cabeça de Porco" em 1893, cerca de nove anos antes da Revolta da Vacina. Esse cortiço não era apenas um local de moradia, mas também um símbolo de liberdade para a população e um incômodo para as autoridades da época. O "Cabeça de Porco" abrigava, por exemplo, defensores das causas abolicionistas e republicanas.

Imagem 1 - Cabeça de Porco em 1880 – Foto de Marc Ferrez. Fonte: Museu do Amanhã

[4] Discurso de posse de Rodrigues Alves, em 15 de novembro de 1902. In: Anais da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de janeiro. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/revolta/revolta.html. Acesso em: 26 fev. 2025.

[5] A expressão 'Bota-Abaixo' foi criada para designar, simultaneamente, o processo de reformas urbanas iniciado em 1903 no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, e a gestão do prefeito Francisco Pereira Passos (1902-1906). O termo reflete a forma radical como essas transformações foram conduzidas, caracterizadas por um amplo conjunto de obras públicas que redefiniram a estrutura urbana da capital federal.

As ações de demolição de casas e cortiços, aliadas à perseguição da população marginalizada, resultaram em um elevado índice de desemprego e na remoção de moradores das áreas centrais para regiões de aglomeração de moradias precárias, sem infraestrutura urbana adequada, conhecidas hoje como “favelas”, além da formação de bairros periféricos (ABREU, 2006; CARVALHO, 1995; CHALHOUB, 2017). O trecho abaixo foi retirado do livro *Cidade Febril: Cortiços e Epidemias na Corte Imperial*, de Sidney Chalhoub, e descreve a demolição do cortiço 'Cabeça de Porco'.

> “Às sete horas e trinta minutos da noite, uma tropa do primeiro batalhão de infantaria, comandada pelo tenente Santiago, invadiu a estalagem, proibindo o ingresso e a saída de qualquer pessoa. Piquetes de cavalaria policial se posicionaram nas ruas transversais à Barão de São Félix, e outro grupo de policiais subiu o morro que havia nos fundos da estalagem, fechando o cerco pela retaguarda. Os jornais do dia seguinte se deleitaram em publicar a impressionante lista de autoridades presentes à ‘decepação’ do Cabeça de Porco – como dizia o Jornal do Brazil. O Cabeça de Porco –assim como os cortiços do centro do Rio em geral- era tido pelas autoridades da época como um ‘valhacouto de desordeiros’.” (Chalhoub, 2ª edição, 2017.).

Com as mudanças populacionais em regiões sem infraestrutura adequada, a varíola se espalhou de forma ainda mais expressiva no estado do Rio de Janeiro. Convencido de que os ratos eram os principais transmissores de doenças, o governo passou a pagar à população pela captura desses animais. Além disso, mobilizou policiais sanitários para percorrer as ruas do Rio de Janeiro, removendo lixo e aplicando raticidas como parte das medidas de combate às epidemias.

Uma das primeiras ações do governo local foi a contratação do médico epidemiologista Oswaldo Cruz[6], cujo primeiro ato foi o combate à proliferação de pragas urbanas. Para contextualizar, o surto de varíola ocorreu entre 1872 e 1917. Durante esse período, Oswaldo Cruz estabeleceu a vacinação compulsória para toda a população com mais de seis meses de idade. Ele encaminhou ao Congresso uma

[6] Oswaldo Gonçalves Cruz nasceu em São Luís do Paraitinga, São Paulo, em 5 de agosto de 1872. Demonstrando grande aptidão acadêmica, ingressou na Faculdade de Medicina aos 15 anos e, em 1892, aos 20 anos, obteve o doutorado pela Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro. Embora tenha exercido a clínica médica por pouco tempo, sua trajetória foi marcada pela pesquisa científica. Com o apoio do sogro, seguiu para Paris em 1896, onde realizou um estágio no renomado Instituto Pasteur. Entre 1903 e 1909, esteve à frente da Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP), desempenhando um papel fundamental no combate a epidemias no Brasil. Oswaldo Cruz faleceu em Petrópolis, em 11 de fevereiro de 1917, em decorrência de uma crise de insuficiência renal.

lei que reiterava a obrigatoriedade da vacinação, já instituída em 1837, mas que nunca havia sido cumprida.

De acordo com Franco, a epidemia de varíola, que era constante no Rio de Janeiro, teve um aumento expressivo de novos casos. Até a metade do ano, aproximadamente 1.800 pacientes com varíola haviam sido internados no Hospital São Sebastião, número que pode ter sido ainda maior se forem considerados os doentes não hospitalizados. Antes da obrigatoriedade, a saúde pública havia estabelecido pontos de vacinação, mas esses não eram procurados pela população. Dessa forma, a única solução parecia ser, de fato, a obrigatoriedade da vacinação.

A charge publicada na revista *O Malho*[7] em 29 de outubro de 1904 parecia antecipar a revolta que tomaria conta da cidade dias depois. Nem mesmo com o apoio do Exército Brasileiro foi possível conter a fúria da população contra a vacinação compulsória. Uma das recomendações irônicas da revista dizia: 'Esta República precisa é de vacina, incluindo as de ouro e... juízo' (TENÓRIO, 2009).

Imagem 2: Napoleão da Seringa e Lanceta" (Crédito: Leonidas/Acervo Fiocruz)

[7] A revista *O Malho* foi fundada em 1902, no Rio de Janeiro, e se destacou como uma publicação ilustrativa com forte caráter satírico e humorístico, especialmente voltada à política. Circulou por mais de 50 anos, com uma breve interrupção em 1920 e outra em 1930, devido à Revolução de 1930. A revista surgiu sob a direção artística do pernambucano Crispim do Amaral e sob a direção geral do jornalista e político Luís Bartolomeu de Souza e Silva, que também era proprietário do periódico *A Tribuna* (RJ).

A campanha foi realizada através de brigadas sanitárias, que, acompanhadas por policiais, invadiam casas, interditavam prédios e removiam os doentes à força. Isso resultou em 12.971 intimações e 62 interdições apenas no primeiro semestre de 1904, o que levou a campanha a ser apelidada de "Código de Torturas". De acordo com o historiador Nicolau Sevcenko, é possível obter uma pequena noção de como foi implementado o Código Sanitário:

> *"Esse instrumento (a lei de março de 1904) lhe permite invadir, vistoriar, fiscalizar e demolir casas e construções. Estabelece, ainda, um foro próprio, dotado de um juiz especialmente nomeado para dirimir as questões e dobrar as resistências. Ficam vedados os recursos à justiça comum. A lei de regulamentação da vacina obrigatória, em novembro desse ano, viria a ampliar e fortalecer essas prerrogativas, colocando toda a cidade à mercê dos funcionários e policiais a serviço da Saúde Pública. Se alguém escapara dos furores demolitórios de Lauro Muller e do prefeito Pereira Passos, não teria mais como escapulir aos poderes inquisitoriais de Oswaldo Cruz."*

Em síntese as ações que contribuíram para o maior movimento popular da época: 1) a remoção da população marginalizada do centro; 2) a destruição do "Cabeça de Porco", um símbolo de liberdade; 3) a criação das favelas sem nenhuma infraestrutura; e 4) a implementação da vacinação compulsória. Essas ações foram aproveitadas pela oposição ao governo, que rapidamente articulou manobras para inflamar o descontentamento da população contra todas as formas de opressão. Como resultado, em 5 de novembro de 1904, foi criada a Liga Contra a Vacina Obrigatória, liderada por Vicente de Sousa e apoiada por positivistas como Lauro Sodré. Os representantes da Liga tinham o objetivo de combater as ações governamentais e instigar o povo à revolta (RIO DE JANEIRO, 2006; CASTRO, 2016).

Na sessão do dia 12 de julho de 1904, no Senado Federal, o senador Barata Ribeiro, médico e professor da Faculdade de Medicina, debateu o projeto de lei que institui a obrigatoriedade da vacina, e manifestou-se da seguinte forma sobre a questão:

> [...] Não sou positivista; vaccinei meus filhos, e meus netos, e a quantos corriam os perigos do contagio da varíola, aconselhava que se vaccinassem; d'ahi, porém a assumir a responsabilidade de violar a casa do meu concidadão para impor-lhe, em nome da lei, e sob o rigor de penas violentas, uma providencia, que invade a orbita dos seus direitos, limitandoos, e pertence ao foro de sua consciencia, vae a meu ver uma distancia infinita, que não ousarei ultrapassar, e que me entristecerá ver ultrapassada [...]

Uma figura que quase diariamente ocupava as páginas dos jornais por sua oposição ferrenha à obrigatoriedade da vacinação era Barbosa Lima, militar positivista e deputado federal pelo estado do Rio Grande do Sul. Os telegramas que noticiavam as discussões sobre o projeto destacavam seu intenso empenho em impedir a aprovação da medida.

> Rio, 3 – o deputado Barbosa Lima continuou, na Câmara, o seu ataque contra a vacinação obrigatória, terminando por antever que aquela corporação será maldita no conceito puro caso vote a lei em discussão.[8]
>
> Rio 5 – o deputado Barbosa Lima apresentou mais 30 emendas ao projeto da vacinação obrigatória (...)[9]

A Liga era uma organização destinada a resistir à vacinação obrigatória, seja por meios legais ou, se necessário, por meios violentos. Vale lembrar que o tenente-coronel Lauro Sodré foi um dos maiores opositores do projeto no Senado, sendo apontado como um dos líderes da revolta pelo jornal *Echo do Sul*.[10]

Segundo Penna (1989), a luta pela defesa das liberdades individuais também funcionava como um meio de contestação política.

> Na verdade, mais do que a recusa à obrigatoriedade havia um sentido político indiscutível: os trabalhadores e os setores intermediários da sociedade carioca organizaram a Liga Contra a vacinação obrigatória presidida pelo senador Lauro Sodré (PENNA, 1989, p.104)

.

A criação da Liga evidenciava o caráter político da Revolta da Vacina, um aspecto reconhecido pela historiografia, embora o movimento seja amplamente descrito como uma manifestação popular. Nesse contexto, a Liga surgiu como uma

[8] TELEGRAMAS. Vacinação obrigatória. Echo do Sul, Rio Grande, 3 set. 1904.
[9] TELEGRAMAS. Vacinação obrigatória. Echo do Sul, Rio Grande, 5 set. 1904.
[10] O Echo do Sul foi fundado em 1856 e encerrou suas atividades em 1937, quando os partidos políticos foram abolidos (RÜDIGER, 2003, p. 43). O jornal desempenhou um papel significativo ao expressar o empenho da imprensa na contestação das condições de higiene no Brasil, que, de forma geral, eram precárias. O país enfrentava uma sucessão de epidemias, como febre amarela, peste bubônica e varíola, evidenciando a fragilidade do sistema sanitário. É importante destacar, contudo, que essas manifestações em defesa da saúde pública não se limitavam a uma necessidade sanitária, mas também representavam um instrumento político para enfraquecer a administração vigente.

expressão política da revolta, indo além de sua natureza estritamente popular. Segundo José Murilo de Carvalho (1987), a organização tinha como propósito resistir legalmente à obrigatoriedade da vacinação, embora, como mencionado anteriormente, em alguns momentos tenha recorrido a métodos violentos.

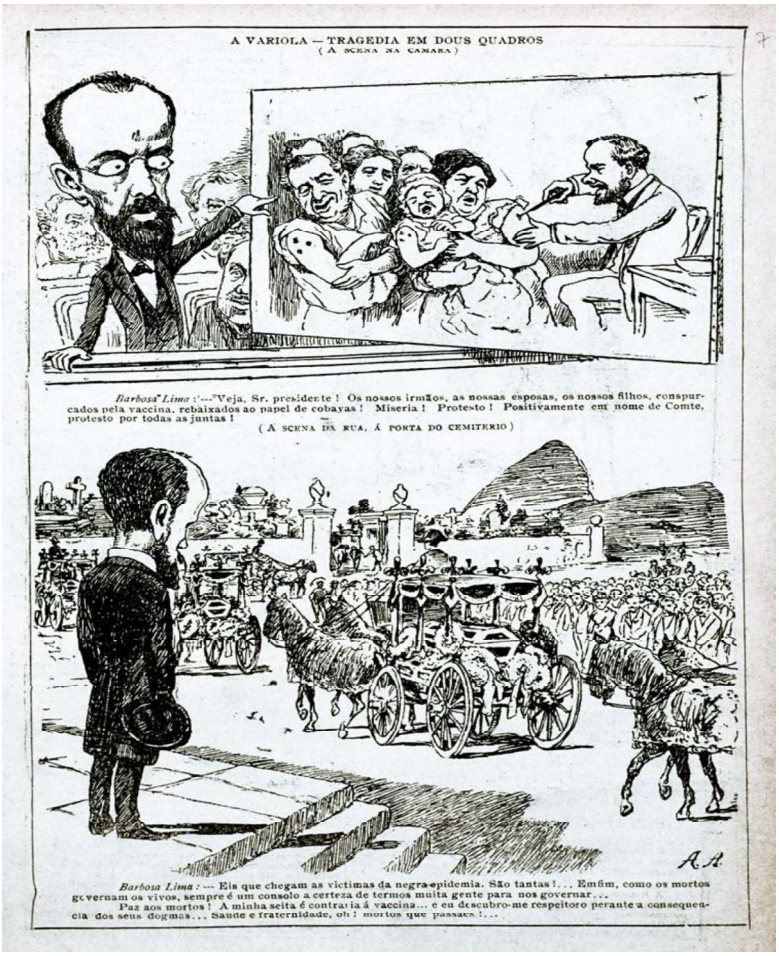

Imagem 3 - Charge ironiza a posição dos positivistas contra a vacinação (Crédito: Angelo Agostini)

O jornal *Echo do Sul* apresenta um longo histórico sobre a discussão do projeto de vacinação obrigatória na Câmara Federal, destacando discursos tanto a favor quanto contra a medida. A publicação evidencia o grande número de emendas propostas ao projeto original, muitas delas criticando a obrigatoriedade da vacinação como uma afronta às liberdades individuais, especialmente no que diz respeito à livre manifestação do pensamento. Embora o jornal se posicionasse a favor da vacinação,

fazia ressalvas quanto à sua imposição obrigatória. A seguir, um trecho que retrata essa discussão:

> *"Sabemos, tanto pela experiência colhida em longos anos de observação, como pelo estudo da matéria, que a vacina é indiscutivelmente o único meio de premunir o indivíduo contra o ataque da varíola. Porém, é preciso que essa convicção se arraigue no espírito de todos, de forma a elucidar aqueles que ainda duvidam da sua eficácia. Recorrer, no entanto, à violência, é contribuir para o maior repúdio da vacina, mesmo porque, entendo, a ninguém compete exigir desta ou daquela pessoa que se preste, contra a sua vontade, a receber no próprio corpo a preciosa linfa"*[11].

É importante ressaltar que, mesmo antes da criação da lei, a população já havia encaminhado ao Congresso uma lista assinada por 15 mil pessoas contra a obrigatoriedade da vacina. A criação da lei de vacinação obrigatória, em 31 de outubro de 1904, aprovada e regulamentada em 9 de novembro do mesmo ano, foi apenas mais um elemento em uma sociedade já profundamente inflamada pelas ações governamentais da época. Abaixo, apresentamos o texto da lei:

> ***LEI Nº 1.261, DE 31 DE OUTUBRO DE 1904*** [12]
>
> *Torna obrigatorias, em toda a Republica, a vaccinação e a revaccinação contra a variola.*
>
> *O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil:*
> *Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sancciono a lei seguinte:*
>
> *Art. 1º A vaccinação e revaccinação contra a variola são obrigatorias em toda a Republica.*
>
> *Art. 2º Fica o Governo autorizado a regulamental-a sob as seguintes bases:*
>
> *a) A vaccinação será praticada até o sexto mez de idade, excepto nos casos provados de molestia, em que poderá ser feita mais tarde;*
>
> *b) A revaccinação terá logar sete annos após a vaccinação e será repetida por septennios;*
>
> *c) As pessoas que tiverem mais de seis mezes de idade serão vaccinadas, excepto si provarem de modo cabal terem soffrido esta operação com proveito dentro dos ultimos seis annos;*

[11] MALAQUIAS. As quintas. Echo do Sul, Rio Grande, 1.° set. 1904.

[12] https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1900-1909/lei-1261-31-outubro-1904-584180-publicacaooriginal-106938-pl.html#:~:text=Dados%20da%20Norma-,LEI%20N%C2%BA%201.261%2C%20DE%2031%20DE%20OUTUBRO%20DE%201904,a%20revaccina%C3%A7%C3%A3o%20contra%20a%20variola.

d) Todos os officiaes e soldados das classes armadas da Republica deverão ser vaccinados e revaccinados, ficando os commandantes responsaveis pelo cumprimento desta;

e) O Governo lançara mão, afim de que sejam fielmente cumpridas as disposições desta lei, da medida estabelecida na primeira parte da lettra f do § 3º do art. 1º do decreto n. 1151, de 5 de janeiro de 1904;

f) Todos os serviços que se relacionem com a presente lei serão postos em pratica no Districto Federal e fiscalizados pelo Ministerio da Justiça e Negocios Interiores, por intermedio da Directoria Geral de Saude Publica.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrario.

Rio de Janeiro, 31 de outubro de 1904, 16º da República.

FRANCISCO DE PAULA RODRIGUES ALVES.
J. J. Seabra.

A imprensa noticiou que o projeto de vacinação compulsória incluía a exigência de comprovação de imunização para diversas atividades, como se casar, obter emprego, viajar, se hospedar e até se matricular em escolas. Em caso de descumprimento, o cidadão estaria sujeito a multa. Essas medidas resultaram em uma semana de intensas manifestações (ARRETCHE, 2007).

Correio da Manhã

RIO DE JANEIRO—TERÇA-FEIRA, 4 DE OUTUBRO DE 1904

A VACCINAÇÃO

SESSÃO DE 1904

AVENIDA EMBAIXADA

Imagem 4 - Jornal registra as formas de reação perante a vacinação compulsória (Crédito: Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro)

No dia 10 de novembro, cerca de 5 mil pessoas, entre civis, militares, opositores e sindicalistas, reuniram-se na região do Largo de São Francisco de Paula, Rua do

Ouvidor e Praça Tiradentes para protestar contra a lei de vacinação obrigatória aprovada e regulamentada. As autoridades, para dispersar o aglomerado de pessoas, adotaram medidas extremas, como a prisão dos oradores, o que aumentou ainda mais a resistência e os ataques por parte da população. A crescente fúria popular, somada ao aumento do reforço policial, intensificou as tensões, que se prolongaram durante a noite, gerando um clima de inquietação na cidade (RIO DE JANEIRO, 2006; SEVCENKO, 2010; SALGADO, 2018).

No dia seguinte à primeira batalha entre a população e as autoridades, a Liga Contra a Vacina Obrigatória organizou uma reunião popular no Largo de São Francisco. No entanto, temendo a prisão, os oradores não compareceram ao encontro. Isso, porém, não impediu a população de continuar sua luta contra o que considerava um sistema opressor. Algumas vozes improvisadas se ergueram, incentivando ataques contra os projetos governamentais e inflamando ainda mais os ânimos do público. As ações das forças armadas, incluindo o uso de bombas e o posicionamento de navios de guerra nos bairros populares, resultaram na destruição de inúmeras construções na cidade (SEVCENKO, 1999).

Nesse momento, iniciou-se uma nova batalha, com a população enfrentando as autoridades com pedras, pedaços de madeira e qualquer outro objeto encontrado nas ruas e praças. A intensificação do confronto resultou em uma resposta ainda mais agressiva da polícia, que atacou os manifestantes com cavalaria. Esse cenário de terror deixou dezenas de feridos, 18 pessoas presas, além de destruição de partes da cidade e fechamento de comércios e órgãos públicos (SEVCENKO, 1999).

Nos dias 12 e 13 de novembro, os eventos se intensificaram na Praça Tiradentes e no Centro das Classes Operárias, levando a população ao auge da rebelião. Enfurecida, a multidão começou atacando o automóvel do chefe de polícia, Cardoso Castro, o que desencadeou uma onda de destruição: postes de iluminação pública foram quebrados, bondes incendiados e calçadas depredadas, criando um verdadeiro cenário de caos, quase apocalíptico. Em resposta, o governo precisou reforçar sua segurança com as forças armadas, mas, a essa altura, a revolta já havia se espalhado para outras cidades (SEVCENKO, 1999).

Entre os dias 14 e 15 de novembro, a oposição política tentou intensificar a rebelião contra o governo, utilizando a Escola Tática de Realengo[13] como ponto de apoio, mas essa iniciativa foi rapidamente desmantelada pelo comandante Hermes da Fonseca. Nesse período, as ações da população também se intensificaram, com a invasão de delegacias, hospitais e residências, que foram transformadas em fortalezas. Além disso, lojas de armas foram saqueadas para armar os manifestantes (CRESCÊNCIO, 2010).

Imagem 5 - O Malho, 26 de novembro de 1904. Fonte: https://brasilianafotografica.bn.gov.br/?p=35099

[13] A relevância da Escola Militar está diretamente ligada à sua trajetória histórica. Sua origem remonta à Real Academia de Artilharia, Fortificação e Desenho, fundada em 1792, reconhecida por alguns autores como o mais antigo instituto de ensino militar das Américas (Telles, 1984). A história da formação militar no Brasil remonta à Casa do Trem de Artilharia, construída em 1762 para armazenar material bélico e, posteriormente, sede da Real Academia de Artilharia, Fortificação e Desenho, fundada em 1792 para preparar oficiais no Brasil Colônia. Essa instituição evoluiu para a Academia Real Militar em 1810, localizada no Largo de São Francisco de Paula, no Rio de Janeiro, onde funcionou até 1874 sob diversas denominações, como Academia Imperial Militar e Escola Militar. A partir de 1855, os cursos começaram a ser transferidos para a Praia Vermelha, passando por mudanças de nome até seu fechamento em 1904, influenciado pela participação de seus alunos na Revolta da Vacina. Em 1905, a Escola Militar foi parcialmente transferida para Realengo, onde se consolidou até sua extinção em 1944, sendo sucedida pela Escola Militar de Resende, que em 1951 recebeu o nome de Academia Militar das Agulhas Negras, mantendo-se como referência na formação de oficiais do Exército Brasileiro.De acordo com Carvalho (1997, p. 193-194), o ambiente das escolas militares que apoiaram o levante, como a Escola Militar do Realengo e a Escola Militar da Praia Vermelha, distanciava-se da rigidez tradicionalmente associada à vida militar. Segundo o autor, essas instituições viviam, à época, um clima intelectual voltado para o estudo da filosofia, das letras e da matemática. Esse fenômeno foi atribuído à influência do positivismo dentro das instituições militares, o que conferiu às escolas um caráter de centro de estudos. Carvalho ressalta ainda que as intervenções militares promovidas por oficiais de patentes inferiores, como aqueles que integravam essas escolas, foram eventos recorrentes durante a Primeira República.

O presidente Rodrigues Alves resistiu aos ataques durante a Revolta. Afonso Arinos de Melo Franco (2000, p. 506) transcreveu o texto que o presidente proferiu nesse período:

> A lei da vacinação obrigatória produziu um sério movimento nesta capital. O grupo dos positivistas, auxiliados pelos operários [...] e pela imprensa perversa, conseguiu levar ao máximo de exaltação o espírito de desordem e de anarquia. É difícil descrever as cenas que se deram nesta capital e imaginar o número de desordeiros e desclassificados de toda a espécie que surgiram aqui nos dias de novembro de 1904, quebrando lampiões, destruindo casas, apedrejando transeuntes, virando e queimando bondes, ferindo e matando inocentes transeuntes. [...]

A revolta popular continuou até o dia 16 de novembro, quando o governo decretou o estado de sítio e revogou a obrigatoriedade da vacina, o que contribuiu para reduzir e desarticular os grupos de resistência. Em 20 de novembro, foi declarado oficialmente o fim da Revolta da Vacina, resultando na prisão de cerca de 40 mil pessoas, das quais 460 foram deportadas para o estado do Acre, 110 feridos e 30 mortos (RIO DE JANEIRO, 2006; CASTRO, 2016). Após o fim da revolta, as campanhas de vacinação prosseguiram normalmente, o que fez com que os índices de mortalidade causados pela varíola caíssem rapidamente, chegando a quase zero na capital em 1906.

A Revolta da Vacina fez parte de um movimento social muito mais amplo que, a longo prazo, levou à reformulação da sociedade brasileira. Nesse processo, destacaram-se tanto ações positivas quanto negativas. Entre as negativas, verificou-se que a população menos favorecida foi a mais prejudicada, enfrentando a demolição de cortiços, a redistribuição espacial de suas moradias, sendo forçada a se mudar para os morros, além da modificação da então capital federal. Entre as ações positivas, podem ser citadas o estabelecimento de medidas de saneamento básico e a construção de novas avenidas (CRESCÊNCIO, 2010).

Vale destacar novamente que a imprensa foi fundamental para os efeitos da Revolta da Vacina. Muitos jornais da época faziam referência à Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão[14], datada de 27 de agosto de 1789, que teve grande

[14] Direitos dos Homens. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/tertuliano/apostila01.html. Acesso em: 15 mar. 2008.

impacto após a Revolução Francesa. A Declaração é baseada em três eixos essenciais: intelectualismo, mundialismo e individualismo. Ela estabelece que o respeito à isonomia, à liberdade, à propriedade, à reserva legal, à anterioridade da lei penal, à presunção de inocência, à liberdade religiosa e à livre manifestação de pensamento são fundamentais para evitar males públicos e corrupção governamental. A declaração criticava a obrigatoriedade da vacinação por considerar que esses direitos não estavam sendo respeitados (CRESCÊNCIO, 2010).

A imparcialidade do jornal começou a mudar, diminuindo as notícias que ressaltavam a repulsa pela obrigatoriedade da vacina e destacando os países desenvolvidos que se submetem à vacinação obrigatória—algo que anteriormente o jornal havia chamado de inconstitucional (CRESCÊNCIO, 2010).

O *Echo do Sul* nos apresenta uma revolta com lados aparentemente bem definidos: o governo, favorável à obrigatoriedade da vacina, conta com o apoio de parte dos militares, da marinha e de muitos representantes na Câmara e no Senado. Por outro lado, os militares subversivos, contrários à medida, têm o apoio das escolas da Praia Vermelha e do Realengo, ambas com tendências positivistas, além de alguns representantes no Legislativo (CRESCÊNCIO, 2010).

A discussão na Câmara, mesmo antes da aprovação da lei que tornou a vacinação obrigatória, evidenciava a fragilidade das ações de higienização e saneamento, não apenas na capital federal, mas em todo o país. A questão foi utilizada como um instrumento político para atacar o governo, demonstrando a incapacidade governamental em cuidar da saúde pública na época. Como já mencionado, a preocupação do governo atual era a modernização do país, com ênfase na capital federal (CRESCÊNCIO, 2010).

Após a aprovação da lei, iniciou-se um verdadeiro jogo de empurra-empurra entre os envolvidos. Até mesmo os defensores do projeto passaram a tentar se desvincular de qualquer responsabilidade pela sua discussão e aprovação. Enquanto isso, alguns indivíduos, não apenas dispostos a tomar as ruas armados para defender o que acreditavam ser justo, também se aproveitaram da situação para incitar ainda mais a insatisfação popular. Conforme mencionado anteriormente, para certos grupos, a controvérsia em torno da lei representava uma oportunidade estratégica para

desestabilizar o governo. Por outro lado, integrantes do próprio governo adotaram uma postura ambígua, alegando incompreensão quanto à obrigatoriedade da vacinação, contribuindo ainda mais para a confusão e o descontentamento generalizado (CRESCÊNCIO, 2010).

Para evitar alarmar e inflamar a população do país, os telegramas vindos da capital federal, que ocuparam as manchetes dos jornais, não mencionavam diretamente a revolta relacionada à vacinação. Em vez disso, faziam referência aos acontecimentos das manifestações, como: Revolta no Rio, Sérios Tiroteios, Insurreição nas Escolas Militares e Plano de Deposição do Presidente da República. Esses relatos refletem os desejos de militares oposicionistas de desestabilizar o governo (CRESCÊNCIO, 2010).

Retratamos diferentes motivos para tentar explicar as verdadeiras razões por trás da Revolta da Vacina: o novo conceito de revitalização do país e da capital federal, a destruição dos cortiços e a marginalização da população para as favelas, o autoritarismo governamental, o jogo político para derrubar o governo, a imprensa parcial com a verdade, ou uma combinação de todos esses fatores. Essas questões levaram a ações da população em busca de mudanças para a sociedade e para a evolução das políticas públicas de saúde, com ênfase na vacinação (CRESCÊNCIO, 2010).

O projeto de lei que propunha a anistia dos envolvidos na Revolta da Vacina, abrangendo tanto civis quanto militares, foi submetido à apreciação do Senado em 5 de agosto de 1905, com proposição apresentada pelo senador Rui Barbosa. O texto solicitava clemência para todos os indivíduos detidos em decorrência da revolta. Durante a sessão, o senador Rui Barbosa discorreu sobre questões relevantes relacionadas ao tema, trazendo reflexões sobre os impactos sociais e políticos do evento.

> A amnistia, portanto, nos termos em que eu vol-a aconselho e no valor da sua expressão real, não será, jamais, um tratado entre o poder e a revolta. É a intervenção da equidade publica e da legalidade suprema, varrendo os damnos de uma repressão que se desnorteou e se não se sustenta. (Muito bem). É o balsamo do amor aos nossos similhantes, vertido sobre as violencias de um processo, de onde se banira a justiça. É o remédio final para o abonançamento das paixões, para a reaquisição de sympathias perdidas, para a normalização da ordem pela confiança entre governados e

> governantes. (Muito bem). Eis a amnistia, qual ella é, e qual a eu quero: não a glorificação do crime, não, mas a consagração da paz, a volta das sociedades ao seio do bom senso, o meio soberano, que, em situações como a de agora, se reserva aos poderes públicos, na derradeira extremidade para saírem de situações inextricáveis, atendendo, mediante concessões opportunas, aos conselhos da previsão politica e ás exigencias do sentimento nacional (Muito bem) (BARBOSA, 1906, p. 94-95, sic).

O projeto, composto por dois artigos, previa a anistia para todos os envolvidos na Revolta da Vacina, abrangendo tanto situações anteriores quanto posteriores que tivessem alguma relação, direta ou indireta, com o evento. Após a aprovação no Senado, o projeto foi encaminhado à Câmara dos Deputados, onde também foi aprovado. Em 5 de setembro de 1905, o Congresso anistiou todos os civis e militares que participaram dos eventos relacionados à Revolta da Vacina, ocorrida em novembro de 1904, com a sanção presidencial ocorrendo no mesmo dia (COSTA, 2006, p. 44-45). Esse ato encerrou um dos momentos históricos na trajetória do Brasil.

2.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE VACINAÇÃO NO BRASIL

Do fim da Revolta da Vacina até a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1973, passaram-se 69 anos de lutas e conquistas para o Brasil em relação à vacinação. Após a Revolta da Vacina, o governo começou a perceber a necessidade de abordagens menos coercitivas e mais educativas. Isso foi demonstrado em 1908, durante um grave surto de varíola no Rio de Janeiro, quando a população passou a buscar voluntariamente a imunização (TEMPORÃO, 2003).

Em setembro de 1907, o Brasil recebeu seu primeiro prêmio — uma medalha de ouro — no Congresso Sanitário de Berlim. O ex-presidente Rodrigues Alves, que se encontrava na Europa, manifestou-se sensibilizado com essa distinção ao seu governo. No mesmo período, durante o 6º Congresso de Medicina de São Paulo, o governo também foi agraciado com um voto de aplauso em reconhecimento ao trabalho de saneamento realizado no Rio de Janeiro (TEMPORÃO, 2003).

Em discurso realizado na sessão cívica de 28 de maio de 1917, ano do falecimento de Oswaldo Cruz, no Teatro Municipal, o senador Rui Barbosa relembrou as lutas de Oswaldo Cruz em defesa das questões sanitárias:

> Essa lei, pela qual se criou a justiça sanitária e a engenharia sanitária, constitui a mais adiantada aplicação que nunca se viu dos princípios de intervenção do Estado em matéria de higiene. Embora, porém, encontrasse no Governo da República o mais absoluto apoio, a sua obtenção e a sua execução foram lutas, dessas em que só heróis não naufragam. Exigências tinha a nova ordem de coisas, como a declaração dos casos de doenças infecciosas e, sobretudo, a verificação dos diagnósticos, contra as quais até boa parte da classe médica reagia. No Congresso Nacional, nos quartéis, nas ruas, nos lares, era uma espécie de levantamento em massa. Contava-se da esposa de um oficial, que se armara de carabina, para defender os seus penates contra a invasão dos mata-mosquitos. A tudo, porém, opôs o diretor da Saúde Pública essa mesma inalterabilidade soberana do seu ânimo bom e justo, com que, na revolta contra a vacina obrigatória, se recusara a deixar a sua casa, apedrejada pela multidão. Trepidasse ele ante esses obstáculos, não servissem estes, pelo contrário, para dar ainda mais rigidez à firmeza adamantina, que o caracterizava, e o Brasil estaria, hoje, onde estava há vinte anos, malvisto, atrofiado e esterilecido pelas endemias e epidemias, que o vexavam e arruinavam (1999, p. 59).

Os avanços da saúde pública no Brasil não podem ser desvinculados do contexto histórico vivido na época. Em 1917, o país enfrentava intensas greves operárias em fábricas no Rio de Janeiro e em São Paulo, ao mesmo tempo em que lidava com a pandemia de gripe espanhola. Considerada por muitos como um "castigo dos céus", a gripe espanhola causou cerca de 5 mil mortes, evidenciando a incapacidade do governo de responder adequadamente à crise sanitária. Somente em 1919, após acordos entre trabalhadores e patrões, os movimentos grevistas foram encerrados, e os operários retornaram ao trabalho (FIGUEIREDO; JUNIOR, 2017).

A década de 1920 marcou um período de transformações significativas no cenário da saúde pública brasileira. O decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, desempenhou um papel crucial ao dar origem à Reforma Sanitária, resultando na reestruturação dos serviços de saúde e na abolição da Diretoria-Geral de Saúde Pública. Concomitantemente, esse marco histórico inaugurou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP[15], representando um avanço

[15] O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi instituído pelo Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920, substituindo a Diretoria-Geral de Saúde Pública. Subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o DNSP ficou responsável por diversas funções, incluindo: higiene no Distrito Federal; serviços sanitários em portos marítimos e fluviais; inspeção médica de imigrantes; profilaxia rural; estudos sobre doenças transmissíveis; produção e fiscalização de soros, vacinas e medicamentos; organização de estatísticas sanitárias; análise de alimentos e elaboração do Código Sanitário, a ser submetido ao Congresso Nacional.

substancial na formulação e implementação de políticas de saúde em nível nacional. (BRASIL, 1920)

O DNSP, como o primeiro órgão nacional dedicado à política de saúde, desempenhou um papel central na organização e supervisão das ações sanitárias em todo o país. Sob a liderança do renomado sanitarista Carlos Chagas, o departamento se consolidou como uma entidade pioneira na promoção da saúde e prevenção de doenças. As ações empreendidas pelo DNSP foram fundamentais para a consolidação de um modelo mais abrangente e eficiente de atenção à saúde, abordando questões sanitárias emergentes e estabelecendo diretrizes que moldaram o curso da saúde pública brasileira (HOCHMAN, 2005).

Sob a direção do notável sanitarista Carlos Chagas, o referido departamento consolidou-se como uma instituição inovadora na fomentação da saúde e prevenção de enfermidades. As empreitadas realizadas pelo DNSP foram essenciais para a solidificação de um paradigma mais abrangente e eficaz no âmbito da prestação de cuidados à saúde, contemplando as problemáticas sanitárias emergentes e estabelecendo diretrizes que moldaram a trajetória da saúde pública no Brasil (HOCHMAN, 2005).

A introdução da vacina BCG no Brasil, em 1927, marcou um importante avanço na luta contra a tuberculose. Esse esforço foi liderado por Arlindo de Assis, da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, que trouxe para o país uma cepa derivada da BCG de Albert Calmette e Camille Guérin, a qual ficou conhecida como BCG Moreau – Rio de Janeiro. Desenvolvida a partir da cepa Moreau, essa vacina representou uma das primeiras iniciativas significativas de prevenção da doença no Brasil (HIJJAR, 2007).

A BCG desempenhou um papel crucial na saúde pública, ajudando a reduzir a incidência da tuberculose e promovendo melhorias no cuidado preventivo. Mesmo com algumas modificações genéticas ao longo do tempo, a capacidade protetora da vacina permaneceu eficaz, consolidando seu impacto na profilaxia da tuberculose no país (HIJJAR, 2007).

É importante lembrar a criação do Ministério de Negócios da Educação e Saúde Pública, instituído pelo Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930, no contexto

da Revolução de 1930, liderada por Getúlio Vargas. Suas atribuições foram detalhadas no Decreto nº 19.444, de 1º de dezembro do mesmo ano (CAMPOS, 2007). Entre 1934 e 1937, ocorreu a primeira reforma ministerial, que resultou na alteração de nome para Ministério da Educação e Saúde. Uma segunda reforma foi realizada em 1941, mas apenas em 1953 houve a transformação definitiva, com a criação do Ministério da Saúde como uma pasta independente (CAMPOS, 2007).

Em 1937, outro golpe liderado por Vargas deu início ao Estado Novo, marcado por ideias de nacionalismo, modernização conservadora e centralização do poder, promovendo a integridade econômica e a construção de um projeto de state and nation building. Nesse contexto, as políticas de bem-estar social (welfare state)[16] avançaram paralelamente à agenda internacional de saúde, que circulava entre os países da América Latina, refletindo influências e alinhamentos globais (MEDEIROS, 2001).

O desenvolvimento das políticas sanitárias foi historicamente percebido como um instrumento de fortalecimento do poder público. No Brasil, essas políticas assumiram um papel estratégico, sendo utilizadas para expandir a autoridade estatal e contribuir para a construção do Estado nacional, consolidando a presença do governo em diversas áreas e promovendo a integração social e territorial.

Com a ascensão de Eurico Gaspar Dutra à presidência, em 1945, o Brasil adotou um modelo de saúde hospitalocêntrico[17], inspirado no modelo norte-americano, focado em grandes hospitais e na especialização médica. Durante o retorno de Getúlio Vargas à presidência, foram criadas instituições como a Petrobras

[16] O welfare state ou Estado de bem-estar social é uma forma de organização política e econômica que posiciona o governo como agente central de assistência e proteção social. Segundo Johnson (1990), o welfare state é caracterizado por três principais ações: Introdução e ampliação de serviços sociais, como seguridade social, serviços nacionais de saúde, educação, habitação, emprego e assistência a idosos, pessoas com deficiência e crianças; Manutenção do pleno emprego, garantindo oportunidades de trabalho para a população; Implementação de programas de nacionalização, com o objetivo de promover maior controle estatal sobre setores estratégicos. Esses pilares estruturam um modelo de governança focado em reduzir desigualdades e assegurar direitos básicos aos cidadãos.

[17] O modelo de saúde hospitalocêntrico é um sistema de atenção à saúde que se concentra principalmente na internação e no atendimento em hospitais. Nesse modelo, os hospitais são o centro das políticas de saúde, e a maior parte dos recursos e esforços é direcionada para o tratamento de pacientes internados. Esse enfoque prioriza a assistência hospitalar em detrimento de outras formas de cuidado, como o atendimento ambulatorial e comunitário.

e o Ministério da Saúde (MS), que desempenhou papel fundamental no fortalecimento das ações de saúde pública e na promoção da medicina preventiva.

Esse modelo, caracterizado por uma abordagem vertical e segmentada conforme os tipos de doenças, resultou na construção de centros de referência, como leprosários, sanatórios para tuberculosos e hospícios para pessoas com transtornos mentais. Além disso, destacaram-se medidas de contenção e prevenção, como campanhas de vacinação (PAIM et al., 2011).

A Lei nº 5.026, de 1966, conhecida como Lei Orgânica das Campanhas Sanitárias, tinha como objetivo coordenar, em nível nacional, as atividades públicas e privadas de prevenção e combate a doenças de alcance coletivo. Essa legislação reforçava a ideia de campanhas conjunturais para enfrentar epidemias, promovendo a colaboração com instituições privadas, mas sem priorizar a permanência das atividades preventivas (Benchimol, 2001). Esse enfoque pode ser observado nas ações implementadas por Oswaldo Cruz, que baseavam o controle de doenças em estratégias de vacinação em massa e campanhas pontuais.

Como já mencionado, a criação do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em 1973, representou um marco importante na história da saúde pública no Brasil, consolidando o sucesso de campanhas como a de erradicação da varíola, iniciada em 1962. Ao analisar a década de 1970, é possível identificar uma série de iniciativas e projetos que influenciaram profundamente a configuração atual da saúde brasileira. Essas ações, pautadas pela defesa da universalização do cuidado em saúde e pela estruturação de um novo campo de saberes e práticas, foram fundamentais para o fortalecimento do Movimento Sanitário Brasileiro (AROUCA, 2023).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) emergiu como uma das principais forças durante o processo de redemocratização do país, canalizando a indignação popular diante das desigualdades sociais e da mercantilização da saúde. Mais do que um movimento político, o MRSB representou um projeto civilizatório voltado à construção de uma sociedade inclusiva e solidária, defendendo a saúde como um direito universal e inalienável de cidadania (AROUCA, 2023).

A atuação do MRSB foi decisiva para a consagração do direito à saúde na Constituição de 1988. Por meio de um processo constituinte amplo e plural, o movimento garantiu que a saúde fosse reconhecida como um direito social universal. Um marco nesse percurso foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Conhecida como uma verdadeira "Constituinte Popular da Saúde", a conferência reuniu diversos segmentos da sociedade civil para debater e aprovar as bases do projeto político da Reforma Sanitária Brasileira, que se tornou o alicerce para o capítulo da saúde na Constituição (AROUCA, 2023).

A construção de um sistema de saúde universal no Brasil teve um marco importante em 1977, durante o governo do General Ernesto Geisel, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), por meio da Lei nº 6.439. O SINPAS reorganizou o sistema previdenciário, desmembrando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em novas instituições com funções específicas. A assistência médica aos segurados ficou sob responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), enquanto a gestão financeira passou a ser atribuída ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS). Já as ações voltadas à organização e ao cuidado coletivo passaram a ser responsabilidade do Ministério da Saúde (MS).

Em 13 de agosto de 1966, o Decreto nº 59.152 instituiu a Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). No entanto, antes que a iniciativa pudesse avançar plenamente, foi necessário realizar ajustes técnicos essenciais em sua principal ferramenta: a vacina.

O sucesso da campanha no Brasil levou ao reconhecimento do país pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1973 e fortaleceu, dentro do Ministério da Saúde (MS), a defesa por maiores investimentos no controle de doenças infecciosas preveníveis por imunização. Entre 1973 e 1980, esse período foi marcado pela construção de bases técnicas, políticas e institucionais que, ao longo das décadas, se consolidaram como instrumentos fundamentais do Estado no controle efetivo de diversas doenças.

A CEV, que possuía uma estrutura executiva autônoma diretamente subordinada ao MS, promoveu esforços nacionais para desenvolver estratégias de vacinação em massa, fortalecer a produção e o controle de qualidade das vacinas antivariólicas, e introduzir conceitos como vigilância epidemiológica. Também estabeleceu parâmetros para avaliar os programas de imunização. Com a erradicação da varíola, seus profissionais se engajaram em atividades relacionadas ao controle de outras doenças evitáveis por vacinas.

Na década de 1970, o Ministério da Saúde, ainda sediado no Rio de Janeiro, passou por uma reorganização significativa sob a gestão do então ministro Rocha Lagoa[18]. Foi criado o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças, que incluía a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES). Essa divisão tinha atribuições divididas entre programas verticais do MS, como os de controle da varíola, tuberculose e febre amarela, e ações executadas pelas secretarias estaduais de saúde, voltadas a doenças como poliomielite, sarampo e o uso da vacina tríplice bacteriana.

Entre 1971 e 1973, a DNEES desenvolveu a tecnologia e a metodologia necessárias para implementar ações de vacinação em massa voltadas ao controle de doenças preveníveis. Segundo Risi Jr. (2001), "sua essência estava na construção de uma estratégia que pudesse superar a extrema defasagem histórica no combate a essas doenças, com intervenções baseadas em campanhas associadas a uma estrutura robusta de vigilância epidemiológica".

Em 1973, durante a gestão do Ministro Mário Machado de Lemos[19], foi criado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), vinculado ao DNEES. Seu lançamento

[18] Nascido em Ouro Preto (MG), em 16 de outubro de 1919, formou-se pela Faculdade Fluminense de Medicina, em Niterói (RJ), no ano de 1940. Ainda nesse período, ingressou no curso de aplicação do Instituto Oswaldo Cruz, concluindo-o em 1941. Após o movimento político-militar de 1964, que resultou na deposição do presidente João Goulart, foi nomeado diretor do Instituto Oswaldo Cruz. Em 30 de outubro de 1969, assumiu o cargo de ministro da Saúde, deixando a direção do instituto e aposentando-se para exercer a nova função. Ao longo de sua carreira, contribuiu significativamente para a pesquisa científica, publicando 65 trabalhos nas áreas de imunologia, virologia e saúde pública.

[19] Nascido em Penedo (AL), em 4 de março de 1922, formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia. Em 1951, ingressou no Ministério da Educação e Saúde por meio de concurso público, permanecendo na instituição mesmo após sua divisão, dois anos depois. Com uma trajetória marcada pela atuação na saúde pública, ocupou cargos de direção em âmbitos estadual, federal e internacional. Como

contou com a participação de figuras importantes como Vicente Amato Neto e Nelson de Moraes. Uma peça fundamental para a criação do PNI foi a Central de Medicamentos (CEME), que, na época, era responsável pela aquisição e suprimento de vacinas para o MS. A CEME também desempenhava um papel estratégico no planejamento nacional de imunobiológicos, englobando gerenciamento, planejamento, suprimento e controle de qualidade. Dessa forma, o PNI foi fruto de uma ação conjunta entre a DNEES e a CEME, consolidando-se como um marco na saúde pública brasileira.

Em 1975, foi promulgada a Lei nº 6.259, que regulamenta a organização das ações de vigilância epidemiológica, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e estabelece normas relacionadas à notificação compulsória de doenças, entre outras providências. Uma das características marcantes dessa lei é a obrigatoriedade da vacinação básica no primeiro ano de vida, com penalidades previstas para os pais que descumprissem essa norma, como a suspensão do pagamento do salário-família. (Benchimol, 2001, p. 321).

Um aspecto fundamental a ser ressaltado é a evolução do calendário de vacinação. No início, ele contemplava a proteção contra apenas sete doenças, mas, ao longo do tempo, foi ampliado, acompanhando os avanços na imunização e a redução dos casos de morbimortalidade das enfermidades que afetavam a população. Hoje, essa expansão se reflete na oferta de esquemas vacinais específicos para cada fase da vida, garantindo a proteção desde a infância até a terceira idade, por meio dos cartões de vacinação da criança, do adolescente, da gestante, do adulto e do idoso (BRASIL, 2009).

Durante os governos militares, agências oficiais de propaganda foram responsáveis por produzir mensagens favoráveis ao regime, veiculadas em diversos formatos, incluindo filmes exibidos obrigatoriamente nos cinemas e nas redes de televisão. Além das mensagens de caráter ufanista, que exaltavam o governo e o país,

funcionário da Organização Mundial da Saúde (OMS), chefiou a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em diversos países da América Latina. No Chile, supervisionou 32 projetos voltados para a saúde pública, a educação médica e a pesquisa científica. Além disso, representou a OPAS na III Conferência de Desenvolvimento da Comunidade, realizada em 1969. Em junho de 1972, assumiu o cargo de ministro da Saúde no governo Emílio Médici, permanecendo na função até março de 1974

também foram desenvolvidas campanhas de utilidade pública com o objetivo de transmitir, de forma pedagógica, conceitos que incentivassem comportamentos considerados mais civilizados (LACERDA, 2023).

No governo Médici, dois personagens se tornaram marcantes nessas campanhas: Sujismundo, criado para reforçar a importância da limpeza urbana, e Dr. Prevenildo[20], voltado para conscientização em saúde pública. Ambos conquistaram grande aceitação popular e foram utilizados para tratar de temas cotidianos de maneira acessível e educativa. Um exemplo disso é um filme produzido entre 1972 e 1973 sobre a importância da vacinação, no qual esses recursos comunicativos foram empregados para engajar a população de maneira clara e eficaz (LACERDA, 2023).

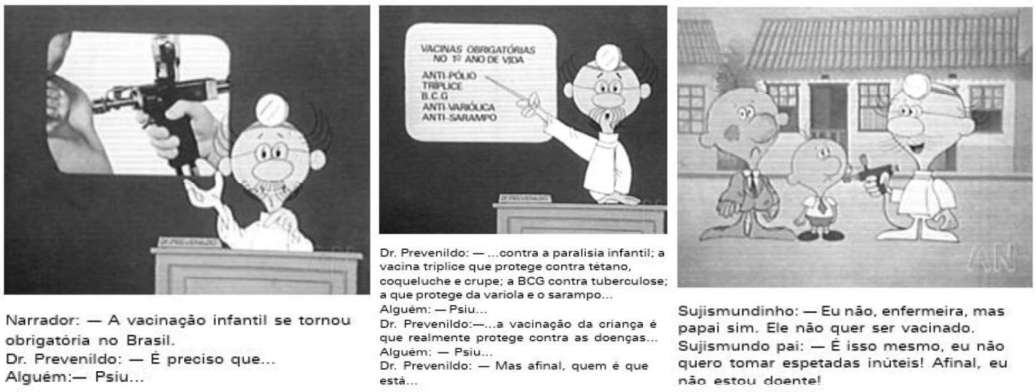

Imagem 6 : Filme Vacinação/ Arquivo Nacional

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) têm uma relação de colaboração significativa. A OPAS desempenhou um papel crucial no apoio técnico e na capacitação dos países da região, incluindo o Brasil, para organizar programas nacionais de imunização, aperfeiçoar a vigilância epidemiológica e melhorar os aspectos gerenciais e logísticos envolvidos (Benchimol,2001).

[20] Dr. Prevenildo foi um personagem criado em 1972 para dar continuidade às campanhas de educação sanitária no Brasil, após a suspensão da campanha "Povo desenvolvido é povo limpo" protagonizada por Sujismundo. Dr. Prevenildo, um médico sempre asseado e vestido de branco, orientava a população sobre saúde e higiene, enfatizando a importância de procurar serviços de saúde pública e a vacinação obrigatória. Ele também abordava temas como a prevenção do câncer e os cuidados com banhos de rio, utilizando uma abordagem lúdica e educativa através de desenhos animados. Apesar da importância e da grande divulgação, a campanha de Dr. Prevenildo não alcançou o mesmo sucesso que a de Sujismundo.

No contexto do PNI, a influência da OPAS foi decisiva, especialmente no processo de erradicação da varíola e na implementação do Programa Ampliado de Imunizações (PAI)[21], alinhado com os princípios da Conferência de Alma-Ata de 1978. A OPAS incentivou a adoção de estratégias de vacinação sistemática e a integração dessas práticas na rotina dos serviços de saúde. Embora o Brasil tenha apoiado mais do que recebido apoio da OPAS, o intercâmbio entre técnicos do PNI e da OPAS foi intenso. Esse relacionamento ajudou a fortalecer o PNI, que se tornou um dos programas de imunização mais bem-sucedidos do mundo, contribuindo significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde no país (Temporão, 2003).

A epidemia de meningite meningocócica no Brasil, com foco principal em São Paulo, marcou um período crítico na saúde pública do país. Desde 1972, casos de meningite foram registrados em São Paulo e Rio de Janeiro, culminando em centenas de mortes em 1974. A gravidade da situação levou o governo militar a adotar medidas drásticas para controlar a epidemia (Benchimol,2001). Diante da situação, o ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado,[22] tomou a decisão de vacinar toda a população, sem restrições de faixa etária, utilizando vacinas contra os tipos A e C do meningococo. Em dezembro de 1974, o presidente Ernesto Geisel aprovou o

[21] O Programa Ampliado de Imunizações (PAI) foi criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1974 com o objetivo de expandir o uso de vacinas, aprimorar a tecnologia e incentivar a produção de imunizantes globalmente. O programa visa aumentar a cobertura vacinal, reduzir a morbidade e mortalidade de doenças imunopreveníveis como sarampo, tuberculose, difteria, tétano, coqueluche e poliomielite, e garantir que todas as crianças tenham acesso a vacinas essenciais. A implementação do PAI envolve a distribuição de vacinas, treinamento de profissionais de saúde, campanhas de conscientização e monitoramento da cobertura vacinal. O PAI teve um impacto significativo na saúde pública, contribuindo para a erradicação da poliomielite nas Américas e estabelecendo metas para a erradicação do sarampo e do tétano neonatal.

[22] Paulo de Almeida Machado nasceu em Uberaba, Minas Gerais, em 18 de julho de 1916.
Formou-se em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1938 e fez diversos cursos de especialização no Brasil e no exterior. Trabalhou como microbiologista e ocupou várias posições de destaque, incluindo a chefia do Laboratório de Microbiologia do Instituto Adolfo Lutz e a direção do Departamento da Criança do Estado de São Paulo.
Em 1969, assumiu a direção do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), onde implementou significativas melhorias, como a construção do campus do INPA em Manaus e a criação do periódico científico Acta Amazonica. Ele também foi responsável pela independência orçamentária do INPA e pela criação do Programa Intensivo de Adestramento para o Trabalho na Amazônia (PIATÃ). Paulo de Almeida Machado deixou um legado duradouro no INPA e na pesquisa científica na Amazônia. Faleceu em 13 de novembro de 1991, deixando uma marca indelével na história da ciência brasileira.

Programa Nacional de Combate à Meningite, garantindo a imunização em larga escala para todos os grupos etários (Benchimol, 2001).

Para suprir a alta demanda por vacinas, o laboratório Merieux, na França, precisou ampliar sua capacidade produtiva, construindo uma nova unidade de fabricação. A operação de vacinação foi uma das maiores já realizadas no país, envolvendo a criação de 92 mil postos de imunização e a mobilização de aproximadamente 320 mil trabalhadores, a maioria voluntários (Benchimol, 2001).

A campanha de vacinação em massa teve início em janeiro de 1975, com a importação de vacinas do Instituto Mérieux, na França. Em São Paulo, a resposta foi rápida e eficaz: em apenas cinco dias, dez milhões de pessoas foram imunizadas. A iniciativa foi considerada um sucesso, resultando no controle da epidemia. No entanto, em 1978, um novo surto de meningite ocorreu no estado do Rio de Janeiro, resultando em 329 mortes até setembro. Nessa época, as vacinas já estavam sendo produzidas nacionalmente por Bio-Manguinhos, fortalecendo a capacidade do Brasil de enfrentar a doença (Benchimol, 2001).

Essa experiência foi fundamental para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica e estratégias de vacinação em massa no Brasil. A epidemia de meningite evidenciou a necessidade de uma abordagem mais agressiva no combate a doenças preveníveis por imunização, fortalecendo as campanhas de vacinação em larga escala (Temporão, 2003).

A resposta do governo à epidemia de meningite demonstrou a eficácia das campanhas de vacinação em massa, que se tornaram uma estratégia central do PNI. A partir de então, o PNI incorporou a realização de dias nacionais de vacinação, que se mostraram eficazes na ampliação da cobertura vacinal e no controle de outras doenças preveníveis, como a poliomielite. A epidemia de meningite, portanto, não só destacou a importância da vacinação em massa, como também consolidou o PNI como uma ferramenta essencial na saúde pública brasileira, contribuindo para a erradicação de doenças e a melhoria dos indicadores de saúde no país (Temporão, 2003).

Um fato marcante ocorreu em 1979, durante uma epidemia de poliomielite que atingiu a região de fronteira entre os estados do Paraná e Santa Catarina. Frente à gravidade da situação, o então ministro da Saúde convocou uma reunião para avaliar o cenário e propor soluções. Como resultado, foi aprovada a criação do Dia Nacional de Vacinação, uma iniciativa que representou um importante avanço nas estratégias de controle de doenças preveníveis no Brasil. Essa proposta culminou, em junho de 1980, na realização da 1ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Poliomielite, com a ambiciosa meta de vacinar todas as crianças menores de 5 anos em um único dia (Temporão, 2003).

Essas ocorrências demonstraram que as ações distintas durante as epidemias trouxeram avanços significativos para o controle de doenças imunopreveníveis. Por um lado, observaram-se estratégias inovadoras e o início de avaliações sobre o impacto das campanhas na sociedade. Já durante a campanha contra a meningite, o governo federal conseguiu uma ampla divulgação, praticamente sem custos para o Ministério da Saúde, o que foi fundamental para alcançar altas taxas de cobertura vacinal. Essas campanhas demonstraram a aceitação da população, contrastando com a baixa adesão às ações de vacinação rotineiras realizadas pela rede básica de serviços na época (Risi Jr., 2001).

Mesmo com a efetividade comprovada das campanhas de vacinação, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) enfrentou desafios significativos em sua estruturação, derivados de três forças em conflito. De um lado, os sanitaristas tradicionais defendiam um modelo vertical, centralizador e campanhista, baseado em estratégias pontuais e concentradas de combate às doenças. Por outro, os sanitaristas desenvolvimentistas buscavam uma visão mais integrada e modernizadora, alinhada a um sistema de saúde em construção, sendo essa perspectiva fortemente representada pela corrente de São Paulo. Por fim, os reformadores do movimento sanitário propunham uma ruptura com o modelo vigente, identificando nele uma síntese de práticas a serem combatidas e transformadas, em favor de um sistema de saúde mais amplo, descentralizado e universal (Temporão, 2023).

O conceito de *campanhista*, de acordo com Risi Jr. (2001), refere-se à mobilização de recursos externos com o objetivo de engajar a sociedade e promover

um impacto inicial sobre um problema específico de saúde pública. Essa abordagem requer ampla cobertura vacinal, que contribui significativamente para a redução da incidência das doenças-alvo. Quando bem executadas, campanhas de vacinação desempenham um papel crucial na aceitação de práticas preventivas, além de fortalecer a imagem dos serviços de saúde locais junto à população. Contudo, o termo *campanhista* não deve ser entendido como ações de caráter imediatista ou meramente reativas para atender a demandas pontuais, mas sim como uma estratégia estruturada que promove o uso correto de vacinas dentro do contexto de saúde pública.

Conforme Benchimol (2001), a Comissão Taylor, criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para avaliar o impacto do Programa Ampliado de Imunização (PAI) e das iniciativas de erradicação da poliomielite em diferentes países das Américas, concluiu que esses programas tiveram um papel determinante no fortalecimento dos sistemas de saúde. Entre os benefícios identificados, destacam-se a disseminação da cultura da prevenção, a melhoria da relação entre a comunidade e os serviços de saúde, bem como o aperfeiçoamento da gestão desses sistemas. Essas iniciativas ilustram como campanhas bem planejadas e conduzidas vão além do objetivo imediato de imunizar, promovendo mudanças estruturais positivas e duradouras nos serviços de saúde.

Em 1986, o icônico Zé Gotinha nasceu como parte de uma campanha do Ministério da Saúde para promover a vacinação contra a poliomielite. Criado pelo artista plástico e publicitário Darlan Rosa, em colaboração com o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), o personagem tinha como objetivo principal reduzir o medo das crianças em relação às vacinas, que eram frequentemente associadas a seringas. No caso da poliomielite, bastava uma simples gotinha para garantir a imunização, o que tornava a abordagem mais amigável e menos intimidadora (PEIRCE, 1975).

O sucesso do Zé Gotinha, no entanto, transcendeu seu público-alvo inicial. Não apenas as crianças com receio de agulhas se encantaram com o personagem, mas toda a população abraçou sua figura simpática e didática. Isso fez com que Zé Gotinha rapidamente se tornasse o mascote oficial do Programa Nacional de Imunizações

(PNI), consolidando sua presença em campanhas de vacinação por todo o Brasil. Sua criação simboliza a união entre criatividade, saúde pública e comunicação estratégica, sendo um marco na história das campanhas de imunização no país (PEIRCE, 1975).

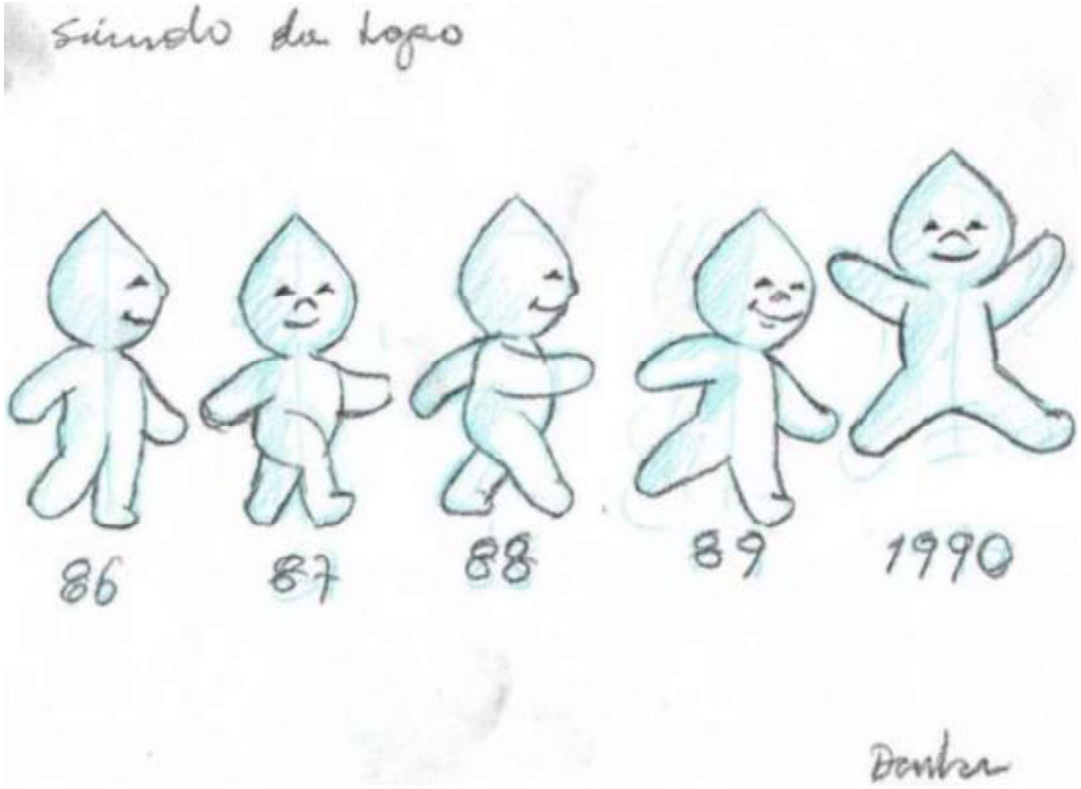

Imagem 7 - O artista então refinou a ideia do que se transformaria o símbolo da vacinação no Brasil

Com o intuito de incentivar a vacinação, o Ministério da Saúde investiu na produção de uma série de filmes para televisão. Em um dos episódios, um simpático personagem aparecia triste e encolhido, pois ainda não tinha um nome – era chamado informalmente de “Vax”. Para resolver essa questão, uma fada madrinha surgiu e convidou crianças de 3 a 12 anos a participarem do concurso “Nome do Bonequinho”. A iniciativa teve uma grande repercussão, e milhares de cartas foram enviadas pelo correio. Entre os nomes mais sugeridos, "Zé Gotinha" se destacou e foi eleito o grande vencedor, dando vida ao mascote que se tornaria um símbolo da imunização no Brasil (PEIRCE, 1975).

Imagem 8 - Zé Gotinha se tornou personagem principal das campanhas de vacinação brasileiras[23]

A ideia de levar o Zé Gotinha até os locais de vacinação partiu de uma vacinadora do Paraná. O personagem chegou de avião na véspera da campanha e fez um desfile emocionante em um carro de bombeiros. A cidade parou para vê-lo, e foi um momento de grande comoção. Uma das aparições mais marcantes de Zé Gotinha aconteceu em 14 de outubro de 1994, quando ele esteve presente na cerimônia que comemorava a erradicação do vírus da poliomielite no Brasil. Na ocasião, ele recebeu com grande orgulho a certificação da Organização Mundial da Saúde, ao lado do então presidente Itamar Franco.

Segundo Paim 2007, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi um processo que se desenvolveu a partir das mobilizações do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Este movimento surgiu na década de 1970, em um contexto de luta contra a ditadura militar e pela redemocratização do país. O MRSB expressou a indignação da sociedade frente às desigualdades e à mercantilização da saúde, propondo um projeto civilizatório de sociedade inclusiva e solidária, com a saúde como direito universal de cidadania.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante nesse processo. Com a participação de cerca de 5 mil pessoas, incluindo movimentos sociais, a conferência aprovou o projeto político da Reforma Sanitária

[23] https://butantan.gov.br/noticias/conheca-a-historia-do-ze-gotinha-de-icone-da-vacinacao-a-celebridade-nacional

Brasileira, que serviu de base para o capítulo da saúde na Constituição de 1988. A Constituição Cidadã de 1988 estabeleceu o direito universal à saúde e a criação do SUS, que foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) em 1990 (Arouca, 2003).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido como uma das maiores conquistas da saúde pública brasileira, alicerçado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Criado a partir da Constituição Federal de 1988, o SUS marcou uma ruptura com o modelo fragmentado e excludente que o precedeu, consolidando a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Esse sistema foi formalizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), em 19 de setembro de 1990, e surgiu como resultado direto das mobilizações sociais promovidas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que defendia um sistema público, universal e igualitário (Souto e Oliveira, 2015).

A estrutura do SUS abrange ações e serviços de saúde oferecidos por instituições públicas nas esferas federal, estadual e municipal, englobando tanto a administração direta quanto indireta, além das fundações mantidas pelo Poder Público. Seu objetivo primordial é garantir assistência integral à população, promovendo a integração entre ações assistenciais e atividades de caráter preventivo.

Além disso, o SUS incorpora os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização, bem como os mecanismos de participação popular e controle social, permitindo que a população tenha voz ativa na formulação e na fiscalização das políticas de saúde. Essa concepção torna o SUS um modelo único no cenário mundial, reconhecido por sua abrangência e por sua busca por equidade no acesso à saúde, apesar dos desafios enfrentados em sua implementação. Mais do que um sistema de atendimento, o SUS reflete o compromisso social com a garantia de um direito fundamental, promovendo saúde e cidadania para todos os brasileiros (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde organiza seus serviços em diferentes níveis de complexidade, sendo eles: Atenção Primária à Saúde (APS), anteriormente denominada Atenção Básica, e os níveis de média e alta complexidade. O Programa

Saúde da Família, posteriormente renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF), foi concebido em 1994 como uma proposta inovadora de reorganização das práticas assistenciais, substituindo o modelo tradicional de atenção à saúde. Essa estratégia adota uma abordagem ampliada e integral do cuidado ao paciente/usuário, considerando não apenas sua condição clínica individual, mas também o contexto familiar, social e os determinantes da promoção da saúde (BRASIL, 2012).

No âmbito da APS, os profissionais de saúde são orientados a atuar conforme as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece princípios voltados à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Entre as principais estratégias de intervenção nesse contexto, destaca-se a vacinação, cuja eficácia está associada à redução da morbimortalidade[24] por doenças imunopreveníveis. Esse impacto é fundamentado no conceito de imunidade coletiva, ou imunidade de rebanho, segundo o qual indivíduos vacinados conferem proteção indireta àqueles não vacinados, uma vez que a imunização em larga escala reduz ou elimina a circulação do agente infeccioso no ambiente (BRASIL, 2014; ROSE, 2010).

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio[25] (ODMs) foram estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, com metas a serem

[24] Morbimortalidade é um conceito utilizado na medicina para se referir ao índice de óbitos decorrentes de uma doença específica dentro de um determinado grupo populacional. Esse conceito resulta da relação entre morbidade e mortalidade. A morbidade corresponde ao número de indivíduos acometidos por uma determinada doença em relação ao total da população analisada, enquanto a mortalidade se refere à estatística de óbitos dentro de um grupo específico.

[25] Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram oito metas globais estabelecidas pela ONU em 2000, visando eliminar a extrema pobreza e fome, melhorar a saúde, educação, igualdade de gênero, sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria global para o desenvolvimento. No Brasil, esses objetivos foram adaptados à realidade nacional, resultando em metas mais ambiciosas e indicadores específicos.

Os ODM incluíam:

1. Erradicar a extrema pobreza e a fome.
2. Universalizar a educação primária.
3. Promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres.
4. Reduzir a mortalidade na infância.
5. Melhorar a saúde materna.
6. Combater o HIV/AIDS, malária e outras doenças.
7. Assegurar a sustentabilidade ambiental.
8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

Em 2015, os ODM foram sucedidos pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que abrangem 17 objetivos e 169 metas, com foco na erradicação da pobreza, proteção do planeta e

alcançadas até 2015. Entre essas metas, destacava-se a redução da mortalidade infantil, que no Brasil foi atingida com sucesso, reduzindo a taxa de mortalidade infantil de 53,7 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos entre 1990 e 2011. Esse avanço está diretamente relacionado ao aumento da cobertura vacinal, que é uma das intervenções de saúde pública mais eficazes para prevenir mortes e melhorar a qualidade de vida (Brasil, 2019).

O processo de planejamento é fundamental para alcançar altos índices de cobertura vacinal. Esse planejamento deve considerar aspectos individuais e sociais, o perfil epidemiológico das doenças regionais, e as condições de infraestrutura disponíveis. No Brasil, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) organiza campanhas de vacinação em massa, utilizando calendários de vacinação pré-estabelecidos, incorporando novas vacinas e ampliando a cobertura para outras faixas etárias. A adesão ao calendário vacinal e a aplicação das vacinas na idade recomendada são essenciais para maximizar a proteção da população e minimizar riscos (BRASIL, 2013).

A cobertura vacinal é definida como o percentual da população-alvo que recebeu determinada vacina, sendo um indicador fundamental da saúde coletiva, especialmente no que se refere à proteção infantil, além de refletir a qualidade da atenção prestada pelos sistemas e serviços de saúde. De acordo com Carneiro (2012), a cobertura vacinal infantil corresponde à proporção de crianças menores de um ano de idade que completaram o esquema vacinal em relação ao total de crianças dessa faixa etária na população. O esquema vacinal completo, conforme estabelecido pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), compreende a administração de todas as vacinas preconizadas, seguindo tanto a adequação epidemiológica – ou seja, a aplicação na idade correta – quanto à adequação imunológica, respeitando os intervalos recomendados entre as doses TAUIL et al., 2017).

garantia de prosperidade para todos até 2030. No Brasil, a Comissão Nacional para os ODS foi criada para adaptar e implementar essas metas, promovendo um esforço coordenado entre governo, iniciativa privada, ONGs e sociedade(ROMA).

No campo da saúde pública, a compreensão dos impactos, tanto em termos de natureza quanto de magnitude, é fundamental para a implementação de intervenções adequadas, de acordo com o tipo de evento e o grau de exposição da população. No Brasil, o panorama epidemiológico tem experimentado transformações substanciais, impulsionadas pela evolução dos calendários vacinais e pela manutenção de elevadas coberturas vacinais. Esse progresso tem reforçado a percepção sobre os benefícios das ações de vigilância e imunização ao longo das últimas décadas, conferindo maior credibilidade e reconhecimento às políticas de saúde pública no país. Os indicadores disponíveis atestam a eficácia dessas estratégias, evidenciando a redução da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida da população brasileira (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o monitoramento e a análise do perfil epidemiológico são essenciais para o uso eficaz das vacinas, o aprimoramento das políticas de saúde pública e a orientação de novas estratégias de imunização. Historicamente, conforme dados disponibilizados pelo portal do Ministério da Saúde, desde a implementação do primeiro calendário nacional de vacinação, em 1977, os impactos sobre diversas doenças têm sido notáveis. Destacam-se, por exemplo, a poliomielite, que reduziu de 612 casos registrados em 1986 para nenhum caso em 1990; a difteria, que passou de 640 casos em 1990 para apenas 1 caso em 2018; o tétano acidental, que caiu de 1.548 casos para 199; e o tétano neonatal, cuja incidência diminuiu de 291 para zero, tanto em 1990 quanto em 2018 (BRASIL, 2019).

Ademais, a rubéola, que passou a fazer parte do conjunto de doenças sob controle da vigilância epidemiológica no Brasil no final da década de 1990, apresentou uma queda significativa, de 32.825 casos para nenhum caso entre 1997 e 2009, representando uma das grandes conquistas da imunização no país (BRASIL, 2019). Esse contexto de controle ou até mesmo eliminação de doenças tem sido potencializado, sobretudo, pelo envolvimento do governo e da população na aceitação das campanhas de vacinação em massa realizadas ao longo dos anos, que utilizaram diferentes imunobiológicos direcionados a diversos grupos-alvo. Destacam-se, nesse processo, as duas etapas anuais da vacinação contra a poliomielite, realizadas de 1980 até 2011, bem como a etapa nacional até 2015, ações que contribuíram

decisivamente para a erradicação da circulação do vírus selvagem (DOMINGUES e TEIXEIRA, 2013).

Nas últimas décadas, o programa nacional de vacinação experimentou um aumento considerável em sua complexidade, com a introdução de diversas vacinas no calendário de rotina em um curto período de tempo. Dentre as principais inovações, destacam-se as vacinas contra o rotavírus (2006), o meningococo C (2010), a pneumocócica (2010), a vacina inativada contra a poliomielite (2012), a vacina contra o HPV (2014), além das vacinas contra a hepatite A e a varicela (2014), contra a COVID-19 (2021) e contra a dengue (2024). Esse rápido desenvolvimento do programa trouxe novos desafios, como a necessidade de atingir e manter altas coberturas vacinais, mesmo em regiões onde as doenças imunopreveníveis já estavam sob controle (BRASIL, 2012; OPAS, 2018; BRASIL, 2024).

Nesse contexto, para aprimorar continuamente e manter elevadas as coberturas vacinais, é fundamental que um programa de vacinação seja submetido a avaliações periódicas, nas quais indicadores específicos devem ser mensurados por meio de instrumentos e informações disponibilizadas nos serviços de saúde e nas comunidades (TAUIL et al., 2017). O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é informatizado por meio do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), uma rede de registro de dados, cujo funcionamento ocorre por meio do cadastro e processamento das informações, que são articuladas de forma simultânea, gerando, assim, os dados necessários. Essa informatização é realizada pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (GUARDA et al., 2018).

O SI-PNI, ao armazenar os dados de forma nominal desde sua implementação em 2012, permite a avaliação de todas as variáveis disponíveis no sistema atual, garantindo o registro detalhado de informações por indivíduo e sua procedência. Isso inclui dados sobre o aprazamento de vacinação, as estratégias utilizadas, os grupos populacionais específicos, a mobilidade dos indivíduos, a adesão e evasão ao programa, as oportunidades perdidas de vacinação, e a movimentação de imunobiológicos, além de alimentar o Sistema de Informações em Eventos Adversos Pós-Vacinação (SI-EAPV). A integração de novas tecnologias, como sistemas

informatizados para o registro de vacinação com dados nominais, é essencial para assegurar a manutenção da alta qualidade do programa (BRASIL, 2012; SATO, 2015).

3. ANÁLISE DAS QUEDAS NAS COBERTURAS VACINAIS E COMPARAÇÃO HISTÓRICA

Em 1977, a Portaria nº 452/77 instituiu o primeiro calendário nacional de vacinação, regulamentando a imunização da população infantil por meio da administração das seguintes vacinas: tríplice bacteriana (DTP), contra difteria, tétano e coqueluche; bacilo de Calmette-Guérin (BCG), contra tuberculose; vacina monovalente contra o sarampo; e vacina oral contra a poliomielite (VOP). Posteriormente, em 2004, a Portaria Ministerial MS/GM nº 597/2004 estabeleceu a regulamentação dos calendários de vacinação conforme os ciclos de vida, organizando-os em três categorias: calendário para crianças, adolescentes e adultos e idosos. Em 2013, foi incluído um calendário específico para a população indígena.

É relevante destacar que, embora a vacinação de adolescentes e adultos já estivesse presente nos serviços de saúde – inicialmente com o toxoide tetânico e, posteriormente, com a vacina dupla bacteriana (dT), além da vacina contra hepatite B destinada a grupos de risco e das campanhas anuais de imunização de idosos contra a influenza –, foi por meio dessa regulamentação que a organização do calendário vacinal se consolidou formalmente. Segue o calendário de vacinação em 2025.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO - 2025
Ao nascer
Vacina BCG (Dose única)
Vacina Hepatite B (recombinante HB)
2 meses
Vacina adsorvida Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - (Penta) (1ª dose)
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP) (1ª dose)
Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10) (1ª dose)
Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH) (1ª dose)
3 meses
Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C) (1ª dose)
4 meses
Vacina adsorvida Difteria, Tétano, pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - (Penta) (2ª dose)
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP) (2ª dose)
Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10) (2ª dose)
Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH) (2ª dose)
5 meses
Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C) (2ª dose)
6 meses
Vacina adsorvida Difteria, Tétano, pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - (Penta) (3ª dose)
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP) (3ª dose)
Vacina Covid-19 (1ª dose)
7 meses
Vacina Covid-19 (2ª dose)
9 meses
Vacina Febre Amarela (atenuada) - (FA) (1 dose)
12 meses
Vacina pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10) (Reforço)
Vacina meningocócica C (conjugada) - (Meningo C) (Reforço)

Vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola (Tríplice viral) (1ª dose)
15 meses
Vacina adsorvida Difteria, Tétano e pertussis (DTP) (1º reforço)
Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP) (Reforço)
Vacina adsorvida Hepatite A (HA - inativada) (1 dose)
Vacina Tetra viral (1 dose)
4 anos
Vacina adsorvida Difteria, Tétano e pertussis (DTP) (2º reforço)
Vacina Febre Amarela (atenuada) (Reforço)
Vacina varicela (monovalente) - (Varicela) (1 dose)
5 anos
Vacina Febre Amarela (atenuada) - (FA) (1 dose, caso a criança não tenha recebido as duas doses recomendadas antes de completar 5 anos)
Vacina pneumocócica 23-valente - (Pneumo 23) (2 doses, a 2ª dose deve ser feita 5 anos após a 1ª dose)
7 anos
Vacina Difteria e Tétano (dT) - (Iniciar ou completar três doses, de acordo com situação vacinal | Reforço a cada 10 anos, ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves e contatos de difteria)
9 e 10 anos
Vacina HPV Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 - recombinante) (Dose única)
11 a 14 anos
Vacina HPV Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 - recombinante) (Dose única | Para os adolescentes não vacinados, de 15 a 19 anos de idade, deve-se realizar estratégias de resgate para vacinação de dose única.)
Vacina meningocócica ACWY (MenACWY- Conjugada) (Uma dose)
Vacina dengue atenuada - estratégia 10 a 14 anos de idade em 2 doses.
A partir de 18 anos
Vacina Difteria, Tétano, Pertussis (dTpa - acelular) (Uma dose - Reforço a cada 10 ou 5 anos, em caso de ferimentos graves | Recomendadas para profissionais da saúde, parteiras tradicionais e estagiários da saúde, que atuam em maternidades e unidades de internação neonatal - UTI/UCI convencional e UCI Canguru, atendendo recém-nascidos)
20 a 29 anos
Vacina Tríplice viral (Duas doses)

30 a 59 anos
Vacina Tríplice viral (Uma dose - Verificar situação vacinal anterior)
A partir de 60 anos
Vacina Hepatite B (HB - recombinante) (três doses, de acordo com histórico vacinal)
Vacina Difteria e Tétano (dT) (três doses, de acordo com histórico vacinal | Reforço a cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves)
Vacina Febre Amarela (VFA - atenuada)
Vacina Difteria, Tétano, Pertussis (dTpa - acelular) (Uma dose - Reforço a cada 10 ou 5 anos, em caso de ferimentos graves | Recomendadas para profissionais da saúde, parteiras tradicionais e estagiários da saúde, que atuam em maternidades e unidades de internação neonatal - UTI/UCI convencional e UCI Canguru, atendendo recém-nascidos)
20ª semana de gravidez e puérperas até 45 dias
Vacina Difteria, Tétano, Pertussis (dTpa - acelular) (1 dose a partir da 20ª semana, a cada gestação)

Tabela 1 - calendário de vacinação 2025 - Fonte: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario

As ações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) são desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de uma rede descentralizada, articulada, hierarquizada e integrada. Essas atividades são fundamentadas em uma discussão permanente sobre normas, metas e resultados, o que favorece a modernização da infraestrutura e a efetividade da operacionalização do programa entre as três esferas de governo.

Além disso, o PNI tem desempenhado um papel fundamental na redução das desigualdades regionais e sociais, ao viabilizar a vacinação para toda a população brasileira, independentemente da localização – seja de fácil ou difícil acesso. Dessa forma, assegura-se a implementação das estratégias de imunização em conformidade com os princípios do SUS: universalidade, integralidade e participação da comunidade, conforme estabelecido no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

O êxito do programa tem sido essencial para a erradicação da poliomielite, a eliminação do sarampo e da rubéola, além do processo de eliminação do tétano neonatal. Também se destaca a redução e o controle da meningite causada pelo

Haemophilus influenzae e pelo meningococo C, entre outras doenças imunopreveníveis. Desde meados da década de 1990, as coberturas vacinais nacionais mantiveram-se elevadas para o conjunto de vacinas, apesar dos desafios ainda existentes. Entre esses desafios, destacam-se a necessidade de manter altas coberturas vacinais para imunizantes já incorporados, ampliar e consolidar a cobertura das vacinas recentemente introduzidas e garantir a homogeneidade da imunização em todas as esferas gestoras do programa.

O monitoramento das coberturas vacinais é uma prática essencial para garantir a eficácia das políticas de imunização e a saúde coletiva. O monitoramento contínuo das coberturas vacinais permite identificar tendências, prever demandas futuras e reestruturar ações de prevenção e proteção à saúde. No Brasil, o método administrativo é prevalente para estimar a cobertura vacinal, complementado por inquéritos domiciliares e monitoramento rápido de cobertura. A cobertura é determinada a partir do número total de doses aplicadas de cada vacina divididas pela população-alvo, multiplicado por 100. Esse método, embora eficiente, está sujeito a erros provenientes dos registros das doses aplicadas ou da estimação da população-alvo, o que pode superestimar ou subestimar a cobertura vacinal (OPAS,2018).

A meta de cobertura vacinal varia conforme o tipo de vacina, sendo essencial alcançar e manter altas coberturas para garantir a imunidade coletiva e minimizar riscos. A aplicação das vacinas na idade recomendada, considerando idades mínima e máxima e intervalos entre doses, é fundamental para maximizar a proteção tanto do indivíduo quanto da população. O monitoramento da cobertura vacinal envolve a aplicação das vacinas na idade recomendada, considerando idades mínima e máxima e intervalos entre doses. A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde estabelece metas para a cobertura vacinal adequada, que são fundamentais para o sucesso do PNI e a redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis (OPAS, 2018).

O monitoramento das coberturas vacinais é uma atividade de rotina no âmbito da gestão do PNI e em grande parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Embora ele seja feito de forma contínua e regular, os resultados desse monitoramento nem sempre refletem para o aperfeiçoamento dos serviços, seja pela inércia, seja pela

falta de oportunidade das análises decorrentes. A vigilância da cobertura vacinal é uma ação mais abrangente, além do monitoramento, investiga fatores de risco ou determinantes, fornecendo subsídios para intervenção oportuna em bases técnicas firmes (YOKOKURA et al., 2013).

Segundo Tauil et al. (2017) para assegurar adequadas coberturas vacinais, é necessária uma boa adesão das populações-alvo, utilizando mecanismos mais eficientes de comunicação social. Além de altas coberturas vacinais, outro aspecto importante para maximizar a proteção de indivíduos e populações é a aplicação das vacinas na idade recomendada. As recomendações de idade ideal para aplicações de vacinas, além de idades mínima e máxima, assim como os intervalos entre as doses em caso de vacinas com esquema multidose, são realizadas com o objetivo de maximizar a proteção tanto do indivíduo quanto da população, e de minimizar potenciais riscos ao indivíduo (GUARDA et al., 2018).

O monitoramento contínuo do alcance das metas de cobertura vacinal é de extrema relevância para o melhoramento de processos de gestão e otimização do PNI, colaborando na busca de reduzir o desperdício do produto e propagar a conscientização das técnicas corretas no cuidado com o imunobiológico. Dessa forma, o monitoramento das coberturas vacinais é uma prática indispensável para garantir a eficácia das políticas de imunização e a saúde coletiva, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade de vida da população (NOVAES et al. 2010).

A distorção de informações e a utilização de eventos para fins políticos não são fenômenos exclusivos do passado. Acontece, frequentemente, que determinadas narrativas sejam manipuladas para beneficiar certos grupos ou partidos políticos, utilizando-se da desinformação e da distorção da realidade. A Revolta da Vacina, assim como outros movimentos de resistência ao longo da história, foi muitas vezes politizada e utilizada por forças opositoras para enfraquecer o governo e ganhar apoio popular. Esse tipo de estratégia política, baseado na manipulação de fatos e distorção de informações, continua a ser uma realidade em diferentes contextos históricos e políticos, como podemos observar em muitos debates atuais, especialmente relacionados à saúde pública.

A nova era em que vivemos é marcada pela internet e pelas redes sociais, que potencializam a troca de informações de forma vertiginosa e exponencial. O crescimento das plataformas digitais, como Facebook, Google e Twitter, não está relacionado apenas à disseminação de mentiras ou à falsificação de informações, algo que sempre fez parte da história humana, mas sim à rapidez e à amplificação com que as informações circulam na atualidade.

A revolução digital deu início à chamada "era da informação", na qual as interações sociais e o compartilhamento de conteúdos se tornaram centrais. As redes sociais, com sua velocidade, praticidade e facilidade de uso, desempenham um papel fundamental nesse processo. Elas permitem que qualquer indivíduo, em qualquer lugar do mundo, tenha a capacidade de compartilhar, interagir, produzir e publicar notícias, opiniões e ideias. Essa dinâmica não apenas acelera a comunicação, mas também transforma a maneira como as informações são geradas e consumidas.

Diariamente, diversas informações são publicadas nas mídias sociais, e, em alguns casos, de forma intencional. Esse cenário favorece a sobreposição de notícias inverídicas, muitas vezes repletas de dados falsos, que acabam sendo disseminados e compartilhados por um grande número de usuários (LEITE & MATTOS, 2017).

Em resposta ao crescente número de denúncias relacionadas ao período eleitoral, foi tipificado o crime de denunciação caluniosa com finalidade eleitoral, por meio da Lei nº 13.834, de 4 de julho de 2019, também conhecida como Lei das Fake News. Embora a referida lei seja vista como uma medida importante para combater a desinformação, ela também tem gerado controvérsias, pois abre precedentes para possíveis perseguições a movimentos sociais e a indivíduos contrários ao governo.

A Lei nº 13.834/2019 surgiu como uma resposta à proliferação de notícias falsas, especialmente em períodos eleitorais, e tem como objetivo coibir práticas que possam distorcer o processo democrático. Ao modificar o Código Eleitoral (Lei nº 4.737, de 15 de julho de 1965), a legislação introduziu o artigo 326-A, que tipifica o crime de denunciação caluniosa com finalidade eleitoral, estabelecendo penalidades severas para aqueles que divulgarem ou espalharem informações falsas com a intenção de prejudicar adversários políticos ou manipular o resultado das eleições.

Essas mudanças refletem a crescente preocupação com os efeitos das notícias falsas, especialmente no contexto eleitoral, onde a manipulação de informações pode afetar diretamente o resultado das eleições e a legitimidade do processo democrático. A lei busca, portanto, coibir a divulgação de informações fraudulentas e garantir maior transparência e justiça no período eleitoral.

De acordo com Zuckerman (2017), a expressão *fake news* pode ter diversas interpretações. A primeira refere-se a informações reais que recebem mais atenção do que deveriam. A segunda diz respeito à propaganda de cunho político, com discursos enganosos destinados a enfraquecer o oponente. Por fim, *fake news* pode ser uma forma de disseminar o que o autor chama de *disinformatzya*, ou seja, notícias falsas intencionalmente criadas para degradar os meios de comunicação, levando as empresas jornalísticas a perderem credibilidade. Além de se limitar a notícias, *fake news* abrange todos os tipos de informações, que são potencializadas pela praticidade e pela rapidez com que os conteúdos são compartilhados nas redes sociais.

A era “pós-verdade” tem se mostrado um terreno fértil para a proliferação de fake news, especialmente no campo da saúde. O termo “pós-verdade” foi escolhido como a palavra do ano pelo Oxford Dictionary em 2016, refletindo um contexto onde os fatos objetivos têm menos influência na formação da opinião pública do que apelos emocionais e crenças pessoais. Esse fenômeno ganhou destaque durante eventos políticos significativos, como a campanha presidencial de Donald Trump nos Estados Unidos e o plebiscito do Brexit na Europa, onde uma onda de notícias falsas influenciou os resultados das votações (GUARESCHI et al.).

Na era “pós-verdade”, a disseminação de fake news é impulsionada pela capacidade das redes sociais de amplificar informações rapidamente e sem filtros. Qualquer usuário conectado pode produzir e compartilhar conteúdo, o que pluraliza as discussões, mas também aumenta a circulação de informações sem respaldo ou verificação. Esse cenário é particularmente preocupante no campo da saúde, onde informações distorcidas podem representar riscos reais para a população (AMON D., 2017).

O estudo de Liciane da Silva Costa Dresch e colaboradores analisa textos classificados como fake news sobre vacinação, disponibilizados pelo portal do Ministério da Saúde do Brasil, “Saúde sem Fake News”. Entre agosto de 2018 e setembro de 2019, foram selecionadas e analisadas onze notícias falsas sobre vacinação. Essas notícias abordam temas como supostos efeitos adversos das vacinas, a vacina contra HPV, e a prevenção de doenças como febre amarela, sarampo e câncer.

A era “pós-verdade” não apenas facilita a criação e disseminação de fake news, mas também altera a percepção de verdade na sociedade. A indiferença em relação aos fatos objetivos e a prevalência de crenças pessoais sobre dados verificáveis criam um ambiente onde informações falsas podem ser legitimadas e amplamente aceitas. Esse fenômeno é exacerbado pelo uso de bots e algoritmos que amplificam a disseminação de fake news, tornando-as ferramentas poderosas de manipulação da opinião pública.

A recorrência de fake news sobre vacinas não é aleatória. A vacinação, como instrumento de saúde pública, é alvo de críticas e desconfianças que são amplificadas na era “pós-verdade”. A disseminação de informações falsas sobre vacinas impacta negativamente a adesão às campanhas de vacinação e ao esquema vacinal básico infantil, colocando em risco o progresso alcançado no controle de doenças evitáveis.

Ao longo da história, a vacinação sempre gerou controvérsias e resistência por parte de diversos segmentos da sociedade. Takata e Girardi (25) destacam que, desde o surgimento da primeira vacina por Edward Jenner no final do século XVIII, com a introdução da vacina contra a varíola na Inglaterra, já era possível observar a oposição à prática, especialmente pela preocupação com a obrigatoriedade da imunização. Muitos cidadãos ingleses viam a imposição da vacinação como uma violação das suas liberdades individuais. Essa resistência não se limitou ao contexto britânico, mas também se espalhou para outros países, como os Estados Unidos, onde, no início do século XX, surgiram as primeiras ligas antivacinação em resposta à obrigatoriedade da imunização infantil.

No Brasil, um exemplo emblemático já mencionado de resistência à vacinação ocorreu durante a Revolta da Vacina, no início do século XX. A imposição da vacinação compulsória foi amplamente rejeitada pela população, o que gerou sérios conflitos sociais. De acordo com Vasconcellos-Silva e Castiel (26), em nações onde a autonomia individual é um valor central, como nos Estados Unidos e no Brasil, é mais comum que se registre oposição popular à vacinação compulsória. Esse fenômeno, no entanto, não se restringe apenas aos primeiros anos do século XX, mas também foi intensificado nas últimas décadas por eventos que afetaram a percepção pública sobre a segurança das vacinas.

Na década de 1980, um estudo publicado na respeitada revista *The Lancet*, realizado pelo médico britânico Andrew Wakefield, ampliou ainda mais a desconfiança em relação às vacinas. O estudo sugeria uma conexão entre a vacina tríplice viral e o autismo, o que gerou um grande pânico entre os pais e uma queda significativa nas taxas de imunização no Reino Unido. O impacto foi tão profundo que, apesar de o estudo ter sido classificado como uma fraude científica, as ideias falsas disseminadas por Wakefield ainda alimentam, até os dias de hoje, o movimento antivacinas. Além disso, o surgimento de notícias falsas sobre os efeitos da vacinação contribui para manter vivo o receio em torno da prática, como evidenciado pelo retorno de doenças como o sarampo em várias partes do mundo, mesmo em contextos onde a vacinação havia sido historicamente bem-sucedida.

3.1 O MOVIMENTO ANTI-VACINA

O movimento anti-vacinas tem ganhado força ao redor do mundo, trazendo consigo sérias consequências para a saúde pública. Este movimento, que se opõe à vacinação, é alimentado por crenças errôneas e informações distorcidas sobre a segurança e a eficácia das vacinas. No Brasil, a hesitação vacinal e a recusa das vacinas têm contribuído para uma queda significativa nas coberturas vacinais, o que resultou no retorno de surtos de doenças que antes estavam sob controle, como o sarampo.

Historicamente, a resistência à vacinação não é um fenômeno recente. Desde o início da vacinação contra a varíola no século XIX, houve oposição, muitas vezes

relacionada à percepção de invasão da liberdade individual. Nos Estados Unidos, por exemplo, ocorreram batalhas judiciais contra a vacinação obrigatória na década de 1920. Contudo, as décadas de 1950 e 1960 são frequentemente lembradas como a "era de ouro da aceitação vacinal", período no qual a vacinação universal contra doenças como poliomielite e sarampo-caxumba-rubéola (SCR) levou a uma drástica diminuição desses surtos.

A partir de 1980, no entanto, a controvérsia sobre a vacina contra a coqueluche de células inteiras e a publicação de artigos que equivocadamente associavam a vacina SCR ao autismo fortaleceram ainda mais o movimento anti-vacinas. Mesmo com a refutação científica de tais associações, o sentimento negativo em relação às vacinas persistiu e se espalhou rapidamente, especialmente com o auxílio das redes sociais e da internet, que amplificam a disseminação de informações incorretas.

As consequências dessa resistência têm sido alarmantes. Epidemias de doenças preveníveis por vacina, como o sarampo e a coqueluche, têm ocorrido em várias partes do mundo. Nos Estados Unidos, por exemplo, uma proporção significativa dos casos de sarampo ocorreu em indivíduos que optaram por não se vacinar. Na Europa, em 2018, mais de 41.000 casos de sarampo foram registrados nos primeiros oito meses do ano. Além disso, a reintrodução da poliomielite em áreas onde a doença havia sido erradicada representa uma ameaça constante à saúde pública global.

No Brasil, a diminuição das taxas de vacinação desde 2016 tem sido acompanhada por surtos de sarampo, especialmente nos estados de Roraima e Amazonas. Embora os movimentos anti-vacinas no país sejam antigos, como evidenciado pela Revolta da Vacina de 1904, que se opunha à vacinação obrigatória contra a varíola, essas correntes têm se fortalecido nos últimos anos, especialmente devido à disseminação de informações incorretas sobre as vacinas. No contexto atual, a hesitação vacinal no Brasil está profundamente ligada a fatores socioculturais, como a baixa percepção do risco das doenças, o medo de efeitos adversos após a vacinação, questionamentos sobre a formulação e eficácia das vacinas, e até suspeitas sobre o envolvimento financeiro da indústria farmacêutica.

Além disso, a mídia desempenha um papel crucial na construção das percepções da população. A cobertura, muitas vezes sensacionalista, de surtos de doenças, como o de febre amarela entre 2007 e 2008, contribui para reações exageradas, como a busca indiscriminada pela vacina, inclusive por pessoas que não eram indicadas para a imunização. Este tipo de cobertura pode gerar confusão e desconfiança, tornando ainda mais difícil combater a hesitação vacinal.

Diante desse cenário, é urgente fortalecer a comunicação sobre a importância das vacinas e reforçar o vínculo da população com as ações de imunização. Intervenções educativas, que esclareçam a segurança e a eficácia das vacinas, são essenciais para restaurar a confiança da sociedade nos programas de vacinação. Além disso, é fundamental monitorar constantemente as coberturas vacinais e melhorar a qualidade dos registros de vacinação, garantindo que as campanhas atinjam todas as pessoas de forma eficaz.

Desta forma, o movimento anti-vacinas representa uma ameaça significativa à saúde pública, comprometendo os avanços conquistados ao longo das últimas décadas nos programas de imunização. Para combater esse movimento, é necessário adotar uma abordagem integrada, que envolva uma comunicação clara e eficiente, educação contínua e monitoramento rigoroso das taxas de vacinação. Somente assim será possível proteger a saúde das populações e evitar o retorno de doenças que, com esforço e dedicação, conseguimos erradicar ou controlar.

3.2 HESITAÇÃO VACINAL E *FAKE NEWS*

No entanto, é inegável o crescimento do movimento antivacina, que tem contribuído para a queda das coberturas vacinais e favorecido a reintrodução de doenças imunopreveníveis que estavam em processo de eliminação. Embora ainda pouco expressivo no Brasil, esse movimento minimiza a importância da imunização e dissemina informações negativas, sobretudo por meio das redes sociais, levando

parte da população a hesitar[26] em vacinar suas crianças (Silva; Araújo; Santos et al., 2019).

Diante do atual cenário de ressurgimento de doenças imunopreveníveis, tanto a influência do movimento antivacina quanto o abandono dos esquemas vacinais multidoses contribuem para a adoção de comportamentos e atitudes que ampliam o risco de transmissão dessas enfermidades. Esse impacto se manifesta não apenas em nível individual, mas também nas redes sociais e nas comunidades em que esses indivíduos estão inseridos (Silva; Araújo; Santos et al., 2019).

No entanto, a partir de 2016, essas coberturas começaram a declinar cerca de 10 a 20 pontos percentuais, o que era inesperado e veio acompanhado do aumento da mortalidade infantil e materna. As epidemias de sarampo em Roraima e no Amazonas são consequências imediatas dessa diminuição. Diversos fatores contribuem para essa queda, incluindo o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), aspectos técnicos como a implantação do novo sistema de informação de imunização, e aspectos sociais e culturais que afetam a aceitação da vacinação.

Movimentos anti-vacinas têm crescido, fortalecidos pelo aumento de informações de saúde incorretas compartilhadas especialmente na internet. A hesitação vacinal, definida como o atraso em aceitar ou a recusa das vacinas recomendadas, apesar de sua disponibilidade nos serviços de saúde, é um fenômeno complexo influenciado por fatores culturais, sociais e econômicos.

A hesitação vacinal deve ser entendida como um *continuum* entre aqueles que aceitam e aqueles que recusam todas as vacinas. Indivíduos hesitantes constituem grupos heterogêneos, nos quais alguns aceitam apenas algumas vacinas e outros atrasam propositalmente, não aceitando o esquema vacinal recomendado. Esse comportamento é influenciado por muitos fatores inter-relacionados, como a confiança na eficácia e segurança das vacinas, a complacência devido à baixa percepção de

[26] A palavra *hesitação* tem origem no latim *hæsitātīō* e é definida como o estado de hesitar, ou seja, a indecisão no momento de tomar uma decisão. A hesitação vacinal, por sua vez, é caracterizada pelo atraso na aceitação ou pela recusa das vacinas recomendadas, mesmo estando estas disponíveis nos serviços de saúde. Esse fenômeno comportamental é complexo em relação aos seus determinantes, que envolvem aspectos culturais, sociais e econômicos, e varia ao longo do tempo, dos locais e dos tipos de vacinas.

risco de contrair a doença, e a conveniência relacionada à disponibilidade física e acessibilidade geográfica.

O modelo dos 3Cs, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma ferramenta teórica fundamental para compreender os fatores que contribuem para a hesitação vacinal. Esse fenômeno, complexo por natureza, pode prejudicar a aceitação das vacinas e comprometer a saúde pública. O modelo se divide em três componentes principais: confiança, complacência e conveniência. Cada um deles exerce um papel decisivo na decisão da população em relação à imunização, e juntos ajudam a explicar as razões pelas quais algumas pessoas resistem ou adiam a vacinação (FRUGOLI et.al., 2021).

O primeiro componente, confiança, refere-se à credibilidade depositada pela população na eficácia e segurança das vacinas, bem como no sistema de saúde que as administra. A confiança dos cidadãos nos profissionais de saúde e nos gestores responsáveis pela recomendação da vacinação é essencial para o sucesso de qualquer programa imunológico. Quando essa confiança é abalada — seja por informações incorretas, experiências negativas ou falta de transparência — a hesitação vacinal tende a crescer. A disseminação de notícias falsas, por exemplo, tem o poder de alimentar dúvidas e desinformação, enfraquecendo a confiança do público nas vacinas (FRUGOLI et.al., 2021).

O segundo fator, complacência, está relacionado à percepção que as pessoas têm sobre os riscos das doenças preveníveis por vacinas. Em sociedades onde a incidência de doenças já foi significativamente reduzida por meio da vacinação, as pessoas podem, erroneamente, acreditar que essas doenças não representam mais uma ameaça real. Esse fenômeno pode ser um reflexo do sucesso das campanhas de imunização, que geraram uma falsa sensação de segurança. Com isso, a população passa a considerar a vacinação desnecessária, o que aumenta a complacência e diminui a adesão aos programas de imunização (FRUGOLI et.al., 2021).

Já o terceiro componente, conveniência, aborda a acessibilidade física e geográfica das vacinas, bem como a compreensão da população sobre a importância

da imunização. Para que a vacinação seja eficaz, é fundamental que ela esteja ao alcance de todos, com serviços de saúde de fácil acesso, locais de vacinação bem distribuídos e informações claras sobre o processo. A falta de compreensão ou as barreiras logísticas — como longas distâncias até os postos de saúde ou a ausência de informações claras sobre como se vacinar — também podem ser obstáculos significativos, contribuindo para o aumento da hesitação vacinal (FRUGOLI et.al., 2021).

A análise das fake news, conforme discutido em vários estudos, revela que essas informações falsas têm o potencial de impactar diretamente os três componentes do modelo dos 3Cs. Notícias errôneas podem enfraquecer a confiança ao disseminar dados imprecisos sobre a segurança e eficácia das vacinas, aumentar a complacência ao minimizar os riscos das doenças preveníveis e reduzir a conveniência ao gerar confusão sobre os processos de vacinação. O impacto dessas informações nas decisões de saúde pública é profundo e exige ações imediatas para mitigar seus efeitos.

No Brasil, a queda das coberturas vacinais infantis e suas consequências já visíveis justificam os esforços para melhor compreender a hesitação vacinal. Estudos qualitativos mostram que a decisão de vacinar é influenciada por aspectos socioculturais, tanto singulares do contexto brasileiro, como da sociedade contemporânea. Pais vacinadores veem a vacinação como um ato de dever e responsabilidade, enquanto pais seletivos têm dúvidas sobre a decisão de vacinar ou postergar. Não vacinadores predominam uma visão mais natural, com menor intervenção médico-hospitalar e autonomia nas decisões parentais (COUTO & BARBIERI, 2015).

As principais vacinas afetadas pela queda na cobertura incluem a difteria-tétano-coqueluche (DTP), sarampo e poliomielite. A homogeneidade das coberturas vacinais entre os municípios brasileiros também é um desafio, com uma queda significativa a partir de 2014. A importância do monitoramento contínuo das coberturas vacinais e da qualidade dos registros de vacinação é fundamental para enfrentar esse problema.

As fake news, ou notícias falsas, representam um dos maiores desafios contemporâneos para a sociedade, especialmente no contexto da saúde pública. A disseminação de informações errôneas e enganosas tem o potencial de causar danos significativos, influenciando negativamente as decisões individuais e coletivas, como a hesitação vacinal.

A proliferação de fake news é facilitada pela internet e pelas redes sociais, que permitem que informações se espalhem rapidamente e alcancem um grande número de pessoas. Muitas vezes, essas notícias são criadas com o intuito de enganar, utilizando títulos sensacionalistas, linguagem alarmista e pedidos de compartilhamento. A falta de verificação e a credulidade dos usuários contribuem para que essas informações se tornem virais.

No campo da saúde, as fake news podem ter consequências graves. Informações falsas sobre vacinas, por exemplo, podem levar à recusa ou ao atraso na vacinação, comprometendo a imunidade de rebanho e aumentando o risco de surtos de doenças preveníveis. O artigo "Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde" destaca que as notícias falsas sobre imunobiológicos frequentemente associam vacinas a riscos de morte ou sequelas e questionam sua eficácia, criando desconfiança e medo na população.

Para combater as fake news, é essencial que os profissionais de saúde, se engajem na disseminação de informações corretas e baseadas em evidências. A educação em saúde deve ser uma prioridade, capacitando os profissionais para responder às dúvidas da população e promover a vacinação de forma eficaz. Além disso, é necessário que o Estado desenvolva políticas públicas que incluam a monitorização da hesitação vacinal e a implementação de estratégias de comunicação que alcancem toda a sociedade, considerando suas desigualdades.

Em suma, as fake news representam uma ameaça significativa à saúde pública, especialmente no contexto da vacinação. A luta contra a desinformação exige um esforço conjunto de profissionais de saúde, autoridades e sociedade civil, visando garantir que todos tenham acesso a informações verídicas e compreensíveis, essenciais para a tomada de decisões informadas e seguras.

3.3 FAKE NEWS X TRIPLICE VIRAL

O Plano Nacional de Eliminação do Sarampo, implementado no Brasil em 1992, representa um marco significativo na saúde pública do país. Este plano foi concebido com o objetivo de erradicar o sarampo através de uma estratégia robusta de vacinação e vigilância epidemiológica intensificada. A iniciativa foi bem-sucedida, culminando na interrupção de casos autóctones em 2000, o que levou o Brasil a ser reconhecido como livre da transmissão endêmica do sarampo, desde então, todos os casos confirmados no Brasil foram importados ou relacionados à importação (BRASIL, 2016).

A estratégia de eliminação do sarampo incluiu campanhas de vacinação em massa, com foco especial em crianças, que são as mais vulneráveis à doença. Além disso, a vigilância epidemiológica foi intensificada para identificar e responder rapidamente a qualquer caso suspeito de sarampo. Esta abordagem permitiu ao Brasil alcançar altas taxas de cobertura vacinal, essenciais para a interrupção da transmissão do vírus.

No entanto, entre 2013 e 2015, o Brasil enfrentou surtos de sarampo nos estados do Ceará e Pernambuco, com mais de mil casos autóctones. Esses surtos foram um alerta para a necessidade contínua de manter altas coberturas vacinais e vigilância ativa. Em 2016, a região das Américas foi declarada livre da transmissão endêmica do sarampo, um reconhecimento das conquistas alcançadas através de esforços coordenados de vacinação e vigilância levando o Brasil a receber o certificado de eliminação do sarampo, concebido pela OMS (BRASIL, 2016).

Infelizmente, em 2018, o Brasil e outros países das Américas reportaram um número expressivo de casos de sarampo. No Brasil, a reintrodução do vírus ocorreu principalmente na região Norte, devido ao intenso fluxo migratório na área de fronteira entre a Venezuela e Roraima e às baixas taxas de vacinação. Em 2019, o Brasil perdeu o certificado de eliminação do sarampo, com uma incidência de 20,3 casos por 100.000 habitantes-ano. A pandemia de Covid-19 em 2020 também impactou negativamente as campanhas de vacinação, embora tenha havido um declínio expressivo nos casos de sarampo posteriormente.

Em resposta a esses desafios, o Ministério da Saúde do Brasil apresentou, em setembro de 2022, à Comissão Regional de Monitoramento e Reverificação da Eliminação do Sarampo, Rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita, um novo Plano de Ação para Interrupção da Circulação do Vírus do Sarampo. Este plano estabelece ações para a interrupção da circulação endêmica do vírus em 12 semanas, a partir da data de exantema do último caso confirmado em 2022, e a manutenção da eliminação no país. O plano visa documentar as evidências necessárias para a reverificação e certificação do Brasil como País Livre do Sarampo.

Em 2024, o Brasil registrou quatro casos confirmados de sarampo importado. O primeiro caso ocorreu em janeiro, no estado do Rio Grande do Sul, proveniente do Paquistão, com genótipo B3.1 identificado. O segundo caso foi registrado em agosto, no estado de Minas Gerais, com origem na Inglaterra, sendo identificado o genótipo D8 e a linhagem MVs/Victória.AUS/39.22. Já em outubro, dois casos foram confirmados no estado de São Paulo, ambos provenientes da Itália. Os casos apresentaram o genótipo D8 e a linhagem MVs/SãoPaulo.BRA/4124, com 99,6% de identidade genômica com a linhagem Bern (FIOCRUZ, 2024).

As fake news sobre a vacina contra o sarampo têm se tornado um desafio significativo para a saúde pública, prejudicando os esforços de vacinação e contribuindo para a hesitação vacinal. Essas notícias falsas disseminam informações incorretas e alarmistas, que podem levar parte da população a evitar a vacinação, colocando em risco a saúde coletiva (SATO, 2018).

Uma das fake news mais recorrentes é a alegação de que a vacina contra o sarampo causa autismo. Essa afirmação teve origem em um estudo fraudulento publicado em 1998 na revista *The Lancet*, que gerou um grande pânico na população. Posteriormente, o estudo foi desmentido e retirado pela comunidade científica devido à sua falta de credibilidade. Ao longo dos anos, uma série de estudos rigorosos confirmou que não há qualquer ligação entre a vacina contra o sarampo e o autismo. Apesar disso, essa desinformação continua a se espalhar, alimentando o medo e a desconfiança em relação à vacinação, com a correção oficial ocorrendo apenas em 2010 (ARIF et al., 2018).

O Ministério da Saúde realiza publicações recorrentes no Instagram e em outras redes sociais para desmentir *fake news* que são criadas ou disseminadas, contribuindo para a desconfiança da população. A imagem a seguir traz um exemplo desse trabalho, apresentando um vídeo com a médica infectologista do SUS, Luciana Medeiros, esclarecendo informações falsas.

Imagem 9 - Tire suas dúvidas - Tríplice viral causa autismo - Retirada do instagram oficial do ministério da saúde. fonte: https://www.instagram.com/minsaude/p/DG9MKNxS--P/?img_index=1

Outra fake news frequente é a ideia de que a vacina contra o sarampo contém ingredientes perigosos, como metais pesados ou substâncias tóxicas. Na realidade, as vacinas passam por rigorosos processos de controle de qualidade e segurança antes de serem aprovadas para uso. Os ingredientes utilizados nas vacinas são seguros e necessários para garantir sua eficácia e estabilidade.

Há também a falsa alegação de que a vacina contra o sarampo não é necessária porque a doença já foi erradicada. Embora o sarampo tenha sido eliminado em várias regiões, surtos ainda podem ocorrer, especialmente em áreas onde a cobertura vacinal é baixa. A vacinação continua sendo essencial para prevenir a reintrodução e a propagação do vírus.

Além disso, algumas fake news afirmam que a imunidade natural, adquirida através da infecção pelo sarampo, é melhor do que a imunidade conferida pela vacina. Embora a infecção natural possa conferir imunidade, ela também pode causar

complicações graves, como pneumonia, encefalite e até a morte. A vacina contra o sarampo é uma maneira segura e eficaz de obter imunidade sem os riscos associados à doença.

Imagem 10 - Publicação em um dos grupos antivacina no Facebook fala em conspiração do governo e "confusão de gênero".https://jornal.ufg.br/n/118701-vacinacao-entre-a-ciencia-e-as-fake-news

Essas fake news têm um impacto negativo significativo na saúde pública, levando à diminuição das taxas de vacinação e ao aumento do risco de surtos de sarampo. É crucial que as autoridades de saúde, profissionais e a sociedade em geral trabalhem juntos para combater a desinformação, promovendo informações corretas e baseadas em evidências sobre a segurança e a importância da vacinação.

A disseminação de informações corretas e a educação da população sobre os benefícios da vacinação são fundamentais para garantir a proteção contra o sarampo e outras doenças imunopreveníveis. A confiança nas vacinas deve ser restaurada e mantida para assegurar a saúde coletiva e prevenir surtos de doenças que podem ser evitadas através da imunização.

3.3 FAKE NEWS X HPV

A vacinação contra o Papilomavírus Humano (HPV) é uma medida profilática essencial para a prevenção de diversas formas de câncer, especialmente o câncer de colo de útero. No entanto, a adesão à vacina contra o HPV tem enfrentado desafios significativos, resultando em uma cobertura vacinal aquém do necessário para garantir a proteção eficaz da população. Diversos fatores contribuem para essa baixa adesão, incluindo falta de informação, preconceitos, e a influência de movimentos antivacina (RODRIGUES et al., 2023).

Um dos principais fatores que implicam na baixa adesão à vacina contra o HPV é a falta de informação adequada sobre a importância da vacinação e as consequências de não se vacinar. Muitos pais e responsáveis desconhecem os benefícios da vacina e os riscos associados à infecção pelo HPV. Estudos indicam que a orientação por profissionais de saúde é fundamental para aumentar a aceitação da vacina (LAZALDE et al., 2018). No entanto, a comunicação entre provedores de saúde e a população muitas vezes é insuficiente, resultando em níveis baixos de aceitabilidade (LAZALDE et al., 2018).

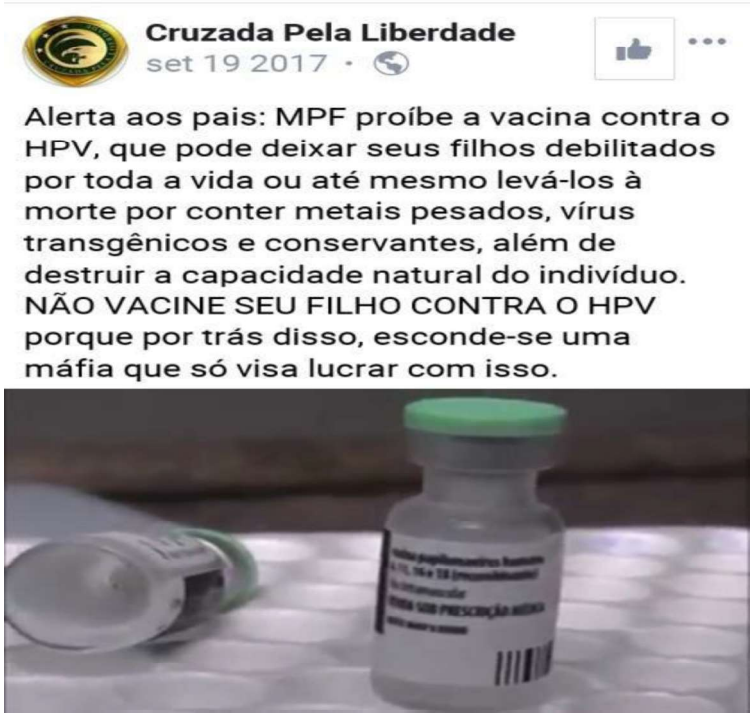

Imagem 11 - fake news sobre hpv - fonte: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Publicacao-falsa-sobre-proibicao-de-vacina_fig1_360960060

Além da falta de informação, preconceitos e tabus relacionados à sexualidade também desempenham um papel crucial na resistência à vacinação. A recomendação de vacinar meninas e meninos antes do início da vida sexual é frequentemente mal compreendida pelos pais, que podem acreditar que seus filhos não estão em risco de contrair o HPV (FONSÊCA et al., 2017). Esse atraso na vacinação pode comprometer a eficácia da imunização, uma vez que a resposta imunológica é mais robusta em adolescentes que ainda não foram expostos ao vírus.

A influência de movimentos antivacina, exacerbada pela popularização das mídias digitais, também contribui significativamente para a baixa adesão à vacina contra o HPV. Informações falsas e teorias conspiratórias sobre os efeitos colaterais das vacinas são disseminadas amplamente nas redes sociais, criando um ambiente de desconfiança e medo (VASCONCELLOS-SILVA et al., 2015; MIZUTA et al., 2018). A falta de transparência e a disseminação de fake news sobre a segurança e eficácia das vacinas dificultam ainda mais a aceitação por parte da população.

Captura 1

CIDADES || CORREIO POPULAR || A11

MENINAS || CAMPANHA

Vacina contra HPV encontra obstáculos

Medo do início precoce da vida sexual e motivos religiosos inibem procura; adesão ainda é baixa

SAIBA MAIS

A CAMPANHA

Captua 2

PREVENÇÃO ||| RISCO

Vacinação contra o HPV atinge 43% em Campinas

Campanha imunizou 8,5 mil meninas de 11 a 13 anos

|| Da Agência Anhanguera

Janaina Ribeiro/15mar2014/Especial para a AAN

Após o sucesso do Dia D da campanha de vacinação contra o HPV, a cidade de Campinas conseguiu ampliar o número de doses aplicadas. A vacina está disponível nos 63 postos de saúde da cidade desde o último dia 11, mas nos

de que a meta seja alcançada. Por ser uma campanha considerada longa, de um mês, a tendência é que muitas famílias procurem os postos de saúde de apenas nos últimos dias da vacinação.

Etapas

A vacina contra o HPV é injetá-

Imagem 12 - montagem com captura de tela das matérias sobre a baixa adesão à vacina contra o HPV no jornal local de Campinas. **Fonte:** Captura 1: Sarah Brito, 14/03/2014, p. A11; Captura 2: Agência Anhanguera, 18/03/2014, p.A07, ambas do jornal Correio Popular, Campinas, SP.

Para enfrentar esses desafios, é essencial que campanhas de vacinação sejam acompanhadas de programas educativos que esclareçam dúvidas e desmistifiquem preconceitos. A educação sexual nas escolas e a disseminação de informações corretas sobre o HPV e suas consequências podem aumentar a conscientização e a adesão à vacinação (KWAN TT et al., 2008). Além disso, é necessário que os profissionais de saúde estejam bem preparados para fornecer informações claras e confiáveis, reforçando a importância da vacinação.

3.3 FAKE NEWS X COVID-19

A pandemia da Covid-19, que teve início em dezembro de 2019 em Wuhan, China, rapidamente se espalhou pelo mundo, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a situação como pandêmica em março de 2020. A pandemia desencadeou um cenário mundial de emergência sanitária, caracterizado por alta transmissibilidade e letalidade, elevando preocupações devido ao aumento exponencial de casos e óbitos, afetando não apenas o setor de saúde, mas também estruturas econômicas e sociais (NICOLA et al., 2020). Com o rápido avanço da pandemia nos primeiros meses de 2020, iniciou-se uma corrida para o desenvolvimento de vacinas eficazes e em tempo recorde, visando o controle da doença e seus impactos socioeconômicos (NEUMANN-BÖHME et al., 2020).

No Brasil, o primeiro caso de covid-19 foi registrado em 26 de fevereiro de 2020, e o primeiro óbito ocorreu em 17 de março do mesmo ano. Em 20 de março de 2020, foi declarada a transmissão comunitária da covid-19 em todo o território nacional, levando à adoção de medidas como distanciamento social, uso de máscaras, isolamento de casos suspeitos e confirmados, e quarentena dos contatos dos casos de covid-19, conforme orientação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021a).

Rapidamente, o Brasil tornou-se um dos epicentros da pandemia em termos de gravidade. A vacina emergiu como a possibilidade mais promissora para o controle da pandemia, e diversas plataformas tecnológicas foram testadas para o

desenvolvimento de vacinas em vários países. Até dezembro de 2020, início da vacinação emergencial em alguns países, 162 vacinas contra a covid-19 estavam em fase pré-clínica de pesquisa e 52 vacinas candidatas estavam em fase de pesquisa clínica, das quais 13 se encontravam na fase III de ensaios clínicos para avaliação de eficácia e segurança, mas nenhuma ainda havia sido registrada no Brasil pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa (BRASIL, 2020; LIMA; ALMEIDA; KFOURI, 2021).

A campanha nacional de vacinação contra a covid-19 no Brasil teve início em 17 de janeiro de 2021, com a autorização para uso emergencial pela Anvisa das vacinas Sinovac/Butantan e AstraZeneca/Fiocruz (BRASIL, 2021c). Atualmente, no Brasil, existem quatro possibilidades de uma vacina contra covid-19 ser disponibilizada para uso no país: registro, uso emergencial, importação excepcional ou pelo consórcio Covax Facility. As vacinas aprovadas e em uso são: Comirnaty (Pfizer/Wyeth), Comirnaty bivalente (Pfizer), Coronavac (Butantan), Janssen Vaccine (Janssen-Cilag) e Oxford/Covishield (Fiocruz e Astrazeneca) (BRASIL, 2023).

Em um momento inicial de baixa disponibilidade da vacina no mercado mundial, as ações e estratégias para a operacionalização da vacinação contra a covid-19 no Brasil foram orientadas pelo Plano Nacional de Operacionalização (PNO), que estabeleceu a vacinação de forma escalonada, priorizando a preservação do funcionamento dos serviços de saúde e dos grupos de maior risco de agravamento e óbitos (BRASIL, 2020).

Apesar dos avanços na vacinação no país, o ritmo lento, a baixa cobertura vacinal, a propagação de fake news, o negacionismo e a falta de apoio do governo federal daquele período refletiram no aumento de óbitos e agravamento da pandemia, com o maior registro de notificações de óbitos em um único dia, em 8 de abril de 2021, quando foram notificados 4.249 óbitos. Pouco tempo depois, o total de óbitos desde o início das infecções alcançou a marca de 500 mil em 19 de julho desse mesmo ano (BRASIL, 2021b).

Assim, a pandemia de covid-19 evidenciou as discrepâncias territoriais e socioeconômicas do mundo, além de mostrar como a comunicação e as informações,

sejam elas verdadeiras ou falsas, se constroem, disseminam e impactam, de forma contundente e variada, a vida de cada pessoa e de cada comunidade.

O acesso instantâneo à informação ocasionou um evento denominado infodemia, caracterizado pelo alto fluxo de informações propagadas pelo mundo virtual sobre um tema específico, que se espalham rapidamente em um curto período devido a um determinado acontecimento. Esse fenômeno expôs o panorama de confronto entre políticos populistas de extrema-direita contra evidências científicas no tratamento e controle da covid-19 por meio das redes sociais digitais. Os discursos públicos, pautados em uma lógica populista e neoliberal, eram permeados por crenças e posicionamentos político-ideológicos, visando construir e validar uma narrativa para fortalecer o movimento negacionista e antivacina (MONARI et al., 2021; ROBERTO et al., 2022).

Dessa forma, uma das estratégias para conter a disseminação do vírus foi o isolamento social, potencializando as redes sociais como um espaço de sociabilidade e troca de informações frente ao cenário pandêmico. Segundo levantamento realizado pela Comstore, o Brasil já ocupa a terceira posição mundial em consumo de redes sociais, sendo o Instagram uma das mais acessadas, com 81,4% dos usuários ativos (PACETE, 2023).

Neste universo, a covid-19 afetou diversas sociedades e pessoas, implicando em muitos enfrentamentos. O clamor social pela vacina mobilizou os governos para seu desenvolvimento e disponibilização em ampla escala, fundamental para o controle da pandemia e suas repercussões socioeconômicas. A pandemia da COVID-19 trouxe à tona um fenômeno preocupante: a disseminação de fake news sobre vacinas e o vírus SARS-CoV-2, que teve impactos negativos significativos na crise sanitária enfrentada pelo Brasil.

A pesquisa realizada por Galhardi et al. (2020) destaca que a circulação de notícias falsas aumentou consideravelmente quatro meses após o primeiro caso de COVID-19 no país, influenciada pela polarização política. Esse aumento na desinformação contribuiu para desestimular a adesão de parte da população às campanhas de isolamento social e vacinação.

A desinformação encontrou terreno fértil em uma população hiperconectada, que muitas vezes não consegue distinguir entre notícias falsas e verdadeiras (KASPERSKY, 2020). Esse fenômeno é especialmente perigoso durante uma crise sanitária, pois informações que contrariam o conhecimento científico são amplamente difundidas, afetando a resposta à pandemia (SMITH, 2017).

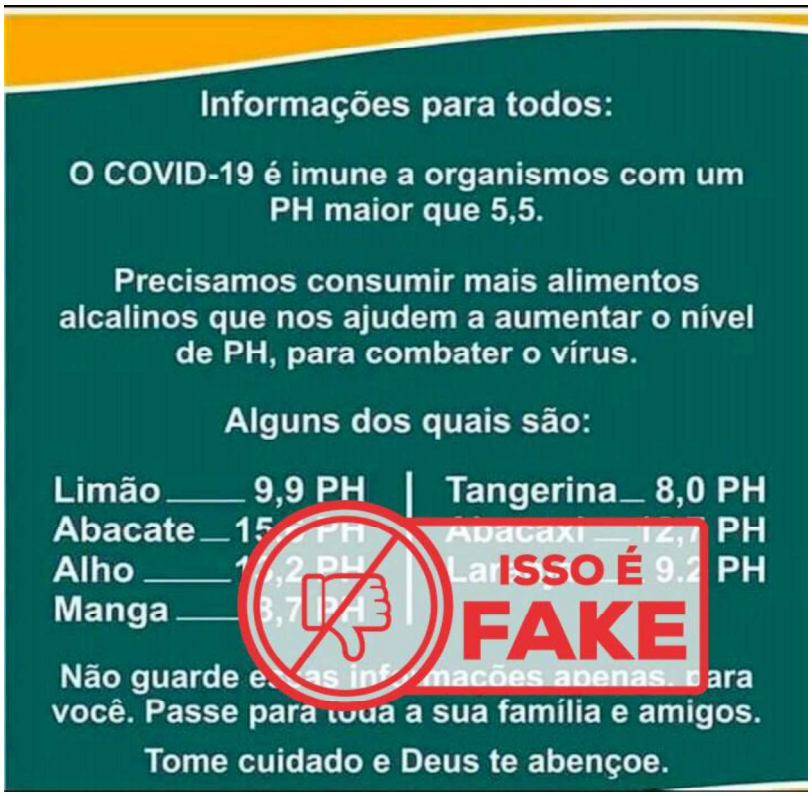

Imagem 13 - Fake news alegando que o novo coronavírus é imune a organismo com um pH maior que 5,5. fonte: https://www.ceara.gov.br/2020/05/05/fake-news-sistema-imunologico-em-pleno-funcionamento-e-importante-mas-nao-evita-covid-19-c/

O estudo realizado por Claudia Pereira Galhardi e colaboradores, publicado na revista Ciência & Saúde Coletiva, analisa a propagação de fake news sobre o novo coronavírus no Brasil, utilizando dados do aplicativo Eu Fiscalizo. Os resultados mostram que o WhatsApp é o principal canal de disseminação de notícias falsas, seguido pelo Instagram e Facebook. As fake news mais comuns incluem métodos caseiros para prevenir ou curar a Covid-19, golpes bancários, arrecadações fraudulentas para instituições de pesquisa e teorias conspiratórias que alegam que a pandemia é uma estratégia política.

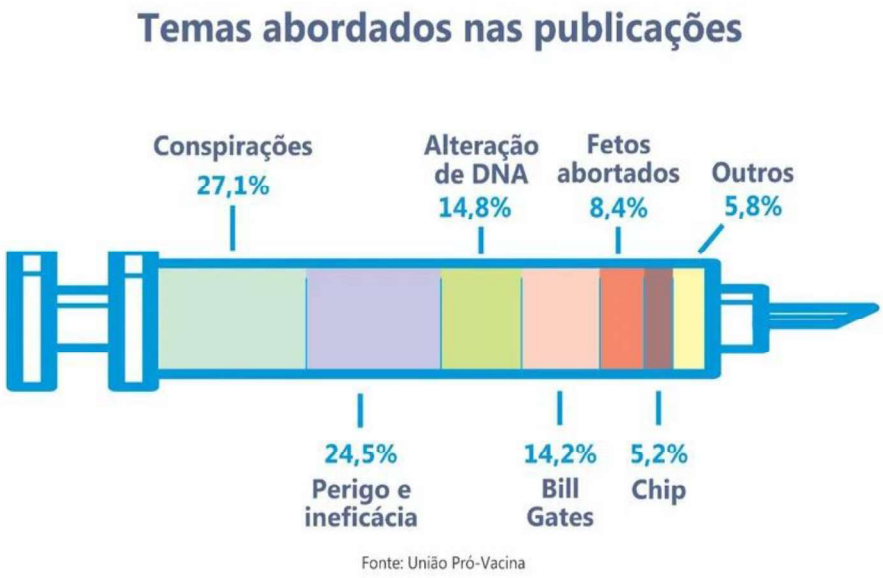

Imagem 14 - Dados mostram assuntos abordados por grupos anti-vacina da Covid-19 em rede social — Foto: União Pró-Vacina da USP/Reprodução

A disseminação de informações falsas tem sérias consequências para a saúde pública, pois contribui para o descrédito da ciência e das instituições de saúde, além de influenciar negativamente o comportamento da população. Por exemplo, a crença em métodos caseiros sem comprovação científica pode levar as pessoas a negligenciarem medidas preventivas eficazes, como o uso de máscaras e a higienização das mãos. Além disso, golpes financeiros e arrecadações fraudulentas exploram o medo e a vulnerabilidade das pessoas durante a crise sanitária.

Durante a pandemia de Covid-19, o Brasil enfrentou não apenas os desafios sanitários, mas também um fenômeno complexo e preocupante: o negacionismo religioso. Este movimento, liderado por figuras proeminentes do meio evangélico, como os pastores Silas Malafaia, Edir Macedo, R.R. Soares, Valdemiro Santiago e Marco Feliciano, teve um impacto significativo na forma como a crise foi gerida no país (Almeida e Guerreiro, 2020).

O negacionismo religioso se manifestou de diversas maneiras, desde a negação da gravidade do vírus até a promoção de tratamentos sem comprovação científica, como a hidroxicloroquina e o "feijão ungido" (Assé, 2020; Universal, 2020). Esses líderes religiosos, que também possuem interesses políticos e empresariais,

utilizaram suas plataformas para disseminar informações equivocadas e minimizar os riscos da pandemia, muitas vezes alinhando-se ao discurso do presidente Jair Bolsonaro (Almeida, 2021).

A retórica desses pastores frequentemente incluía a ideia de que a fé e a oração seriam suficientes para proteger os fiéis do vírus, desconsiderando as recomendações de isolamento social e uso de máscaras (Malafaia, 2020a). Em alguns casos, chegaram a afirmar que os crentes não seriam contaminados ou que as igrejas não seriam focos de surtos, apesar das evidências contrárias (Mello, 2020).

Além disso, houve uma insistência em manter os templos abertos, argumentando que as atividades religiosas eram essenciais para o bem-estar psicológico e espiritual das pessoas (Malafaia, 2020a). Essa postura gerou controvérsias e debates sobre a liberdade religiosa versus a saúde pública, especialmente quando o governo federal decretou que as atividades religiosas eram serviços essenciais (Brasil, 2020).

O negacionismo religioso também se entrelaçou com a política, criando uma sincronia entre as declarações de Bolsonaro e os discursos dos pastores. Essa aliança reforçou uma linguagem de poder que desconsiderava a ciência e promovia uma visão distorcida da realidade, contribuindo para a disseminação do vírus e o aumento do número de mortes (Caponi, 2020; Cook, 2017).

Em meio a esse cenário, é importante destacar que nem todos os evangélicos adotaram essa postura. Muitas igrejas seguiram as recomendações sanitárias, fecharam seus templos e buscaram alternativas digitais para manter a comunhão e o apoio aos fiéis (DataFolha, 2020). A diversidade dentro do meio evangélico mostra que há vozes dissonantes que se opõem ao negacionismo e defendem uma abordagem mais responsável e humanizada diante da pandemia (Sakamoto, 2020).

O negacionismo religioso na pandemia de Covid-19 no Brasil é um fenômeno que revela as complexas interações entre religião, política e saúde pública. Ele nos desafia a refletir sobre o papel das lideranças religiosas na sociedade e a importância

de uma comunicação baseada em evidências científicas para proteger a vida e o bem-estar de todos (Mbembe, 2020b).

O Programa Nacional de Imunização (PNI) do Brasil, historicamente bem-sucedido, enfrenta uma crise de hesitação vacinal exacerbada pela disseminação de fake news. Durante a pandemia, declarações públicas do presidente Jair Bolsonaro legitimaram a hesitação vacinal, aumentando a visibilidade de argumentos contrários à vacinação (PRANDO, 2021). A hesitação vacinal é articulada principalmente por meio das redes sociais e pode ser motivada por diversas crenças, como a presença de elementos tóxicos nas vacinas, conspirações comerciais, e a ideia de que a imunidade natural é melhor (DUBÉ et al., 2015).

No caso da COVID-19, a rapidez no desenvolvimento das vacinas gerou desconfiança. Estudos revelaram que, apesar da desinformação, a maioria dos brasileiros pretende tomar a vacina contra a COVID-19 (SANAR MEDICINA, 2021). No entanto, a hesitação vacinal e a desinformação contribuíram para que mais de 1,5 milhão de pessoas não retornassem para a segunda dose da vacina (CNN Brasil, 2021).

A desinformação sobre vacinas, alimentada por disputas políticas e fake news, prejudicou a adesão às campanhas de vacinação e isolamento social, agravando a crise sanitária no Brasil. A confiança nas vacinas, historicamente alta no país, vem caindo nos últimos anos, especialmente durante a pandemia (FIGUEIREDO et al., 2020). Esse processo de deterioração da confiança é exacerbado pelo infodêmico de notícias falsas que atinge a sociedade de maneira acachapante por meio de dispositivos eletrônicos (VOSOUGHI et al., 2018).

A vacina CoronaVac, desenvolvida pelo laboratório chinês Sinovac em parceria com o Instituto Butantan, foi alvo de críticas e desconfianças por parte de figuras como o pastor Silas Malafaia e o presidente Jair Bolsonaro. Malafaia, em um de seus vídeos, afirmou que o povo brasileiro não deveria "ser cobaia de ninguém, muito menos de chinês" e criticou a obrigatoriedade da vacina (Malafaia, 2020b). Esse discurso ecoou as declarações de Bolsonaro, que também expressou desconfiança em relação à vacina chinesa, afirmando que "o povo brasileiro não será cobaia de ninguém" e que

não acreditava que a vacina transmitisse segurança suficiente devido à sua origem (Bolsonaro, 2020).

A politização das vacinas foi evidente nas disputas públicas entre Bolsonaro e o governador de São Paulo, João Doria. Enquanto Doria defendia a inclusão da CoronaVac no calendário nacional de vacinação e a obrigatoriedade da vacina, Bolsonaro insistia na não obrigatoriedade e chegou a suspender a compra da CoronaVac, embora o Ministério da Saúde tenha assinado um protocolo de intenção de compra posteriormente (Coletta, 2020).

Além da CoronaVac, houve apoio à vacina desenvolvida pela Universidade de Oxford em parceria com o laboratório AstraZeneca e o Instituto Fiocruz. Marco Feliciano celebrou os progressos dos testes dessa vacina, destacando sua confiabilidade devido à origem britânica (Feliciano, 2020). No entanto, seguidores de Feliciano expressaram preocupações sobre um suposto complô para implantar o comunismo no mundo, sugerindo que apenas um imunizante de origem norte-americana seria confiável.

A pesquisa destaca que a desinformação não é um fenômeno novo, mas a velocidade e o alcance da disseminação de fake news foram amplificados pela era digital e pelas redes sociais. A combinação de fake news e pós-verdade – onde apelos emocionais e crenças pessoais têm mais influência do que fatos objetivos – cria um ambiente propício para a propagação de desinformação. A solução para esse problema envolve aumentar o nível de informações confiáveis acessíveis à população e promover a conscientização sobre os impactos negativos das fake news.

Em 2020, o *Jornal da USP* publicou uma matéria sobre a proliferação de vídeos antivacinas, alertando que a desinformação não apenas gera lucro, mas também coloca a saúde pública em risco. O artigo destaca como influenciadores e outros atores se beneficiam financeiramente ao divulgar conteúdo falso, inserido em um cenário de guerra política e informacional que ameaça a saúde da população. O mais alarmante é que há quem lucra com essa desinformação.

Uma análise realizada pela União Pró-Vacina (UPVacina), uma iniciativa que reúne instituições da USP em Ribeirão Preto e outros setores da sociedade, revelou que as recentes mudanças nas diretrizes de remoção de conteúdo falso no YouTube não foram eficazes para conter a disseminação de informações errôneas sobre as vacinas contra a COVID-19. O estudo, baseado em links e canais compartilhados nos principais grupos antivacina do Brasil, evidenciou a falha da plataforma em cumprir sua nova política de combate à desinformação (JORNAL DA USP, 2020).

De acordo com o estudo realizado, foram encontrados e mapeados 65 vídeos que, juntos, somam cerca de 3,8 milhões de visualizações. Esses vídeos foram publicados entre 2 de março e 21 de outubro, por 37 canais diferentes, que, no total, acumulam aproximadamente 3,1 milhões de inscritos. As imagens a seguir ilustram as características das publicações sobre o coronavírus e os vídeos no YouTube com conteúdo falso sobre as vacinas contra a COVID-19, amplamente disseminados em grupos anti-vacinas.

Imagem 15 - Análise do grupo União Pró-Vacina em 213 postagens entre 15 e 21 de março nos dois maiores grupos públicos brasileiros de conteúdo antivacina no facebook - fonte: União Pró-vacina.

Imagem 16 - vídeos no youtube com conteúdo falso sobre as vacinas para covid-19 - Fonte: USP Imagens e Moisés Dorado/Jornal da USP

4. AÇÕES E IMPACTOS SOCIAIS E RECOMENDAÇÕES PARA O FUTURO

A vacinação é uma estratégia de prevenção tanto individual quanto coletiva, podendo ser considerada um investimento em saúde devido ao seu excelente custo-benefício e ao impacto positivo na prevenção de doenças. O Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, tem como principal objetivo reduzir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis no Brasil.

Uma pesquisa sobre os planos de governo durante os dois mandatos do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2002-2010) não revelou propostas ou medidas específicas voltadas para o fortalecimento direto do PNI nesse período. A queda na cobertura vacinal no Brasil começou a se acentuar em 2012, durante o primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff, e se agravou a partir de 2016, durante o segundo mandato de Dilma e o início do governo de Michel Temer. Esse declínio persistiu ao longo dos anos e foi ainda mais acentuado pela pandemia de COVID-19.

Entre os governos de 2002 e as campanhas eleitorais de 2018, não houve menções diretas à vacinação como parte das propostas de governo voltadas para a manutenção das coberturas vacinais. No entanto, nas campanhas eleitorais de 2018, algumas mudanças puderam ser observadas. O plano de governo da coligação "O Povo Feliz de Novo" (PT, PCdoB, PROS) destacou a importância da vacinação como elemento fundamental da saúde pública. O documento menciona a diminuição da cobertura vacinal como um dos problemas resultantes das medidas antipopulares do governo, que, segundo o plano, teria sido instalado por um "golpe".

O governo proposto por Fernando Haddad, na ocasião, comprometeu-se a fortalecer o Programa Nacional de Imunizações, garantindo a vacinação universal e gratuita para toda a população, como parte da defesa e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A vacinação foi tratada como essencial para a prevenção de doenças evitáveis, protegendo tanto a saúde de crianças quanto de adultos, e contribuindo para a redução da mortalidade infantil e a promoção da saúde pública.

Por outro lado, seu concorrente, o então vencedor Jair Bolsonaro, em seu plano de governo intitulado "BRASIL ACIMA DE TUDO, DEUS ACIMA DE TODOS", não

abordou diretamente questões relacionadas à vacinação. Porém, o plano enfatiza a importância da saúde pública e da eficiência na gestão dos recursos destinados ao setor, que são mencionados como prioridades.

A coligação de Bolsonaro propôs um governo que valoriza a liberdade, a eficiência e a fraternidade, com um forte compromisso com a Constituição e a legalidade. O plano destaca a necessidade de um governo transparente, que combate a corrupção e o crime, e que busca a prosperidade por meio de políticas liberais democráticas.

No setor de saúde, o documento enfatiza a necessidade de melhorar o atendimento com os recursos já disponíveis, sugerindo que é possível fazer mais com o que se tem. A proposta inclui a informatização dos postos de saúde, ambulatórios e hospitais, além de um cadastro nacional de pacientes, com o objetivo de reduzir custos e melhorar o atendimento. A criação da carreira de Médico de Estado e o treinamento de agentes comunitários de saúde são outras medidas para atender áreas remotas e carentes. Embora não haja menção específica à vacinação, a abordagem geral do plano de governo sugere que a saúde preventiva é uma prioridade. A inclusão de profissionais de educação física no Programa de Saúde da Família, com o objetivo de combater o sedentarismo e a obesidade, é um exemplo de como a prevenção é valorizada.

Apesar de o plano de governo não mencione diretamente a vacinação ou ações específicas para reverter o declínio das coberturas vacinais no Brasil, o Ministério da Saúde lançou o Movimento Vacina Brasil em 9 de abril de 2019, durante a XXVII Marcha a Brasília em Defesa dos Municípios, como parte da agenda dos primeiros 100 dias de governo.

O declínio das coberturas vacinais no Brasil é um desafio que exige uma resposta coordenada e eficaz. A percepção de risco das doenças imunopreveníveis diminuiu à medida que as pessoas não convivem mais com as mortes e incapacidades causadas por essas doenças. Além disso, o medo de eventos adversos e a circulação de notícias falsas sobre vacinas têm contribuído significativamente para a hesitação vacinal. Nesse contexto, o Movimento Vacina Brasil surge como uma iniciativa para

mobilizar a sociedade e os gestores de saúde a reverter essa tendência preocupante (DOMINGUES et al,. 2019).

Uma das principais estratégias do movimento é a comunicação social. A divulgação de informações baseadas em evidências sobre os benefícios da vacinação é essencial para combater a desinformação e os movimentos antivacina. Utilizando mídias tradicionais e digitais, o movimento busca alcançar um público amplo e diversificado, reforçando a importância da vacinação como principal medida de controle das doenças imunopreveníveis (DOMINGUES et al,. 2019).

Além da comunicação, a busca ativa de indivíduos não vacinados nas populações-alvo é uma estratégia crucial. Parcerias com escolas e universidades podem facilitar a identificação de pessoas ainda não vacinadas, permitindo uma abordagem mais direta e eficaz. A ampliação dos horários de funcionamento dos postos de vacinação também é fundamental para aumentar o acesso aos imunobiológicos, especialmente para aqueles que enfrentam dificuldades para comparecer durante o horário comercial (DOMINGUES et al,. 2019)..

A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde são componentes essenciais para o sucesso das estratégias de vacinação. A implementação de programas de capacitação em imunizações, incluindo cursos auto instrucionais e presenciais, visa qualificar milhares de profissionais diretamente envolvidos com os serviços de vacinação. A produção de materiais educativos, como vídeos e cartilhas, além da especialização em imunizações, são iniciativas que potencializam os efeitos desse esforço (DOMINGUES et al,. 2019).

A colaboração das sociedades científicas e a mobilização da sociedade civil são igualmente importantes. O engajamento das instituições de ensino públicas e privadas, assim como o apoio dos movimentos sociais, pode fortalecer a rede de vacinação e garantir o alcance das metas de cobertura vacinal. A articulação com a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde e com o Ministério da Educação é necessária para inserir temas relacionados às doenças imunopreveníveis na formação dos profissionais da área da saúde (DOMINGUES et al,. 2019).

A crise da covid-19 trouxe à tona diversas fragilidades dos sistemas de saúde ao redor do mundo, e no Brasil, evidenciou ainda mais os problemas estruturais do Sistema Único de Saúde (SUS). A pandemia, que até 30 de março de 2021 já havia causado 312.206 mortes no país (WHO, 2021), expôs a falta de comprometimento do governo Bolsonaro com a saúde pública, intensificando o processo de desfinanciamento do SUS e a implementação de políticas ultraneoliberais e neofascistas (BOFFO et al,. 2019)

O SUS, historicamente subfinanciado, sofreu ainda mais com a Emenda Constitucional nº 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, limitando a capacidade de resposta do sistema de saúde em momentos críticos como o da pandemia. A falta de recursos e a lentidão na execução orçamentária para o enfrentamento da covid-19 demonstram a resistência do governo em lidar com a crise sanitária, priorizando interesses econômicos sobre a vida dos cidadãos (CNS, 2021).

Além disso, o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pelo programa Previne Brasil, introduziu mudanças que acirram a focalização dos recursos em detrimento da universalidade do SUS. A capitação ponderada, que direciona o financiamento às pessoas cadastradas nas unidades de saúde, priorizando as mais vulneráveis, descaracteriza a lógica da APS e reforça os elementos de mercado, abrindo espaço para a privatização dos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

A crise sanitária, econômica e ecológica do capitalismo contemporâneo, associada à forma política estatal no capitalismo dependente brasileiro, cria um terreno fértil para o crescimento do neofascismo. O governo Bolsonaro, com suas políticas ultraneoliberais, intensifica a superexploração da força de trabalho e a transferência de recursos públicos para a acumulação privada, desmantelando os direitos sociais e trabalhistas (MATTOS, 2020).

A pandemia de COVID-19 não apenas expôs a face cruel do capitalismo dependente no Brasil, mas também evidenciou as profundas desigualdades sociais, raciais e de gênero presentes na sociedade. A população negra, em especial as

mulheres negras, foi a mais afetada pela crise sanitária, destacando a urgência de políticas públicas que promovam a equidade e a justiça social (SANTOS et al., 2020).

O governo federal, ao minimizar a gravidade da pandemia, adotou uma postura ultraliberal e protofascista, priorizando interesses econômicos em detrimento da vida humana. A falta de uma intervenção nacional consolidada e a fragmentação das decisões entre estados e municípios dificultaram a implementação de medidas eficazes no combate ao vírus.

A pandemia da covid-19 trouxe mudanças significativas na forma como os jornais brasileiros abordaram o tema das vacinas. Antes da pandemia, em 2019, a cobertura dos jornais O Estado de S. Paulo e Folha de S.Paulo era predominantemente voltada para a prestação de serviço, com foco nas campanhas de vacinação e no público-alvo. As matérias eram informativas, orientando a população sobre os períodos de imunização e os grupos que deveriam ser vacinados. O sarampo, por exemplo, foi amplamente abordado devido ao aumento de casos e às ações governamentais para conter os surtos. A cobertura refletia uma rotina de vacinação incorporada ao cotidiano das pessoas, destacando a importância das campanhas anuais para doenças como a tríplice viral, gripe, febre amarela e poliomielite (NEVES & MASSARANI. 2022).

Com a chegada da pandemia em 2020, houve uma transformação drástica na abordagem dos jornais. A cobertura sobre vacinas passou a ser dominada pela covid-19, com um aumento expressivo na produção de conteúdo. A média mensal de publicações sobre vacinas aumentou quase dez vezes, refletindo a urgência e a gravidade da crise sanitária. A abordagem jornalística evoluiu de uma prestação de serviço para um jornalismo científico mais aprofundado. Os jornais passaram a explicar detalhes técnicos e científicos sobre o desenvolvimento das vacinas, como as fases de testes, eficácia e segurança, mecanismos de ação e processos de aprovação e registro. A cobertura também incluiu aspectos econômicos, como capacidade de produção, custos e acordos para aquisição de doses (NEVES & MASSARANI. 2022).

Além disso, a pandemia trouxe à tona uma diversidade de atores, organizações e países envolvidos na corrida pela vacina. Laboratórios, empresas farmacêuticas e instituições de pesquisa ganharam destaque, superando a presença dos órgãos governamentais. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e entidades dos poderes Legislativo e Judiciário passaram a ser mencionadas com mais frequência, refletindo a complexidade política e jurídica da crise. A cobertura também se tornou mais personalizada e politizada, com destaque para figuras como Jair Bolsonaro e João Doria, cujas disputas públicas influenciaram diretamente o andamento da vacinação no Brasil.

A pandemia evidenciou a importância da comunicação na mobilização social e na adoção de medidas de proteção. A cobertura jornalística desempenhou um papel crucial na disseminação de informações confiáveis, combatendo a desinformação e o negacionismo. No entanto, também revelou os desafios enfrentados pelos profissionais de comunicação, que tiveram que lidar com a intensificação do trabalho em condições adversas.

Dessa forma, a comparação entre a cobertura dos jornais antes e durante a pandemia da covid-19 mostra uma evolução significativa na abordagem do tema das vacinas. A crise sanitária global exigiu uma resposta mais científica e detalhada, ampliando a compreensão pública sobre o desenvolvimento e a importância das vacinas. Essa mudança reflete a capacidade dos meios de comunicação de se adaptar às demandas da sociedade em momentos críticos, reafirmando seu papel fundamental na promoção da saúde pública.

Na corrida eleitoral para o cargo de maior destaque no Executivo em 2022, dois projetos ideológicos se enfrentaram. Os planos de governo, especialmente em relação à saúde pública, demonstraram uma clara diferença de abordagem. A vacinação, um dos pilares fundamentais para a promoção da saúde pública e a prevenção de doenças, foi destaque nos programas apresentados.

Conforme o plano de governo da Coligação Brasil da Esperança, vencedora das eleições, composta por partidos como PT, PSB, PCdoB, PV, PSOL, REDE, Solidariedade, Avante e Agir, destaca-se a ênfase na retomada do Programa Nacional

de Imunizações (PNI). Durante os governos de Lula e Dilma, a saúde foi tratada como uma política pública central, com o Sistema Único de Saúde (SUS) desempenhando um papel crucial na garantia do direito à saúde para todos os brasileiros. No entanto, o governo atual negligenciou esses princípios, resultando em uma drástica falta de investimentos em ações preventivas, na formação e ampliação do quadro de profissionais de saúde, além da escassez de consultas, exames e medicamentos essenciais (COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA, 2022).

A Coligação Brasil da Esperança propõe um compromisso firme com o fortalecimento do SUS, incluindo a retomada do Programa Nacional de Vacinação. Este programa é essencial não apenas para recuperar as demandas represadas durante a pandemia de COVID-19, mas também para cuidar daqueles que sofrem com as sequelas do vírus. A vacinação, além de proteger a população contra doenças infecciosas, é um investimento estratégico para garantir um Brasil soberano e saudável (COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA, 2022).

A vacinação foi um dos pilares do Plano de Governo da coligação "Pelo Bem do Brasil", liderada por Jair Messias Bolsonaro, especialmente diante dos desafios impostos pela pandemia de Covid-19. Segundo o documento, o governo federal adotou medidas decisivas para garantir a imunização da população, conduzindo uma campanha de vacinação marcada pela abrangência e eficiência. Como parte desse esforço, foram distribuídas aproximadamente 519 milhões de doses de vacinas aos estados e ao Distrito Federal, resultando na aplicação de 457 milhões de doses. Esse avanço foi viabilizado pela encomenda tecnológica iniciada em junho de 2020, que permitiu a produção nacional de imunizantes pela Fundação Oswaldo Cruz. Além disso, o governo diversificou as fontes de aquisição, garantindo quatro tipos diferentes de vacinas e ampliando a cobertura vacinal no país (COLIGAÇÃO PELO BEM DO BRASIL, 2022). Entretanto o que realmente aconteceu foi os pronunciamentos do presidente Jair Bolsonaro sobre a vacinação contra a covid-19 desempenharam um papel significativo na formação da opinião pública e na hesitação vacinal.

Os pronunciamentos de Bolsonaro frequentemente apresentaram informações enganosas e manipuladas, com motivações predominantemente políticas. Em diversas ocasiões, o presidente questionou a eficácia da CoronaVac, associando-a a

efeitos colaterais graves e desqualificando sua origem chinesa. (G1, 2020b). Essas falas contribuíram para sentimentos de desconfiança e hesitação vacinal entre a população brasileira.

A análise das falas revela que, além de desinformação, houve uso de má informação e informação incorreta. Por exemplo, na fala de 21 de outubro de 2020, Bolsonaro afirmou que a vacina CoronaVac não tinha comprovação científica, o que era uma informação manipulada, pois os estudos clínicos estavam em andamento e a vacina foi posteriormente aprovada pela Anvisa (G1, 2020b). Em outra ocasião, o presidente utilizou metáforas fantasiosas, como a transformação em jacaré, para questionar a segurança das vacinas, o que caracteriza conteúdo fabricado e desinformação (EBC, 2020c).

A hesitação vacinal, fomentada pelos pronunciamentos desinformativos de Bolsonaro, teve impactos significativos na saúde pública. Estudos indicam que a rejeição à vacina aumentou entre a população, especialmente em relação à CoronaVac (BARBOSA, 2020). A desinformação propagada pelo presidente contribuiu para a descredibilização da ciência e do Programa Nacional de Imunizações (PNI), considerado um dos mais completos do mundo (SOUTO; KABAD, 2020).

Com a vitória do presidente Lula para seu terceiro mandato pela Coligação Brasil da Esperança, uma das primeiras ações do novo governo foi a reestruturação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Com essa mudança, as atividades anteriormente desempenhadas pelo extinto Centro Nacional de Epidemiologia, da Fundação Nacional de Saúde, foram incorporadas à nova estrutura.

Em janeiro de 2023, por meio do Decreto nº 11.358/2023, a Secretaria de Vigilância em Saúde passou a ser denominada Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA), ampliando seu escopo de atuação para incluir questões ambientais relacionadas à saúde pública.

O Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023, promoveu a reestruturação regimental, trazendo mudanças significativas na organização da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Com essa reformulação, a secretaria passou a ser

dividida em sete departamentos, cada um com atribuições específicas. Entre eles, destacam-se:

- Departamento do Programa Nacional de Imunizações, responsável por coordenar as políticas de vacinação no país;
- Departamento de Doenças Transmissíveis, que atua no monitoramento e controle de enfermidades infecciosas;
- Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, voltado para o estudo e prevenção dessas condições;
- Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente, que articula medidas para o enfrentamento de desafios sanitários;
- Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis, dedicado ao controle dessas doenças;
- Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, focado na proteção da saúde frente a fatores ambientais e ocupacionais;
- Departamento de Emergências em Saúde Pública, que responde a crises sanitárias e surtos epidêmicos.

O recém-criado Departamento do Programa Nacional de Imunizações assumiu a responsabilidade de fortalecer as ações de vacinação no país, com o objetivo de elevar as coberturas vacinais. Essa iniciativa está alinhada com as diretrizes do plano de governo, que ressaltam a imunização como uma estratégia essencial para a proteção da saúde pública e a prevenção de doenças.

O Brasil tem motivos para celebrar um avanço significativo na área da saúde: o país saiu da lista dos 20 países com mais crianças não vacinadas, conforme o novo relatório da OMS/UNICEF divulgado em 15 de julho de 2024. Esse progresso é resultado de um esforço conjunto entre governo, profissionais de saúde e a população, que se mobilizaram para recuperar a confiança nas vacinas e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 2023, o Movimento Nacional pela Vacinação, lançado pelo governo brasileiro, foi fundamental para reverter a queda nas coberturas vacinais que o país vinha enfrentando desde 2016. A campanha, que contou com a participação do icônico

Zé Gotinha, percorreu o Brasil levando a mensagem de que vacinas salvam vidas. Como resultado, houve uma redução expressiva no número de crianças que não receberam nenhuma dose da vacina DTP (que protege contra difteria, tétano e coqueluche), passando de 418 mil em 2022 para 103 mil em 2023.

Além disso, o número de crianças sem a terceira dose da DTP (DTP3) caiu drasticamente, de 846 mil em 2021 para 257 mil em 2023. Esse avanço só foi possível graças ao empenho dos profissionais de saúde e dos gestores estaduais e municipais, que atuaram de forma intensa para atualizar as cadernetas de vacinação e garantir a imunização das crianças.

O investimento em imunização também foi ampliado, com mais de R$ 6,5 bilhões destinados à compra de vacinas em 2023 e uma previsão de R$ 10,9 bilhões para 2024. Para otimizar os resultados, o governo adotou a estratégia de microplanejamento, recomendada pela OMS, que alinha as ações de vacinação às necessidades específicas de cada localidade.

A transparência no registro das vacinas foi aprimorada com a migração dos dados para a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), permitindo que cada cidadão consulte sua situação vacinal online. Além disso, o lançamento do programa Saúde com Ciência tem sido uma ferramenta essencial no combate à desinformação, fortalecendo a confiança da população nas vacinas.

Esses esforços conjuntos resultaram no aumento da cobertura vacinal de 13 das 16 principais vacinas do calendário infantil, com destaque para o reforço da tríplice bacteriana, que cresceu 9,23 pontos percentuais. O Brasil, que em 2021 ocupava a 7ª posição no ranking dos países com mais crianças não imunizadas, agora está fora dessa lista, demonstrando que, com dedicação e trabalho coletivo, grandes conquistas podem ser alcançadas na saúde pública.

4.1 MICROPLANEJAMENTO

O microplanejamento é uma estratégia essencial para garantir a eficácia das atividades de vacinação de alta qualidade. Baseia-se no reconhecimento da realidade

local, permitindo a caracterização da população-alvo e a identificação das ações de vacinação intra e extramuros mais eficazes.

Os objetivos específicos do microplanejamento incluem:

- Identificar a população-alvo local, determinando objetivos, metas, estratégias e ações de vacinação.
- Identificar os recursos humanos, logísticos e financeiros necessários.
- Realizar o plano de ação local de acordo com o levantamento realizado.
- Realizar ações de mobilização e comunicação social.
- Acompanhar o processo de fornecimento de vacinas, insumos e materiais, garantindo a segurança e a qualidade do serviço.
- Monitorar o avanço da cobertura vacinal, identificando áreas com populações suscetíveis e com acesso limitado à vacinação.

Para a operacionalização do microplanejamento, é necessário considerar os aspectos, objetivos e metas de cada território, definindo as ações estratégicas de vacinação a serem desenvolvidas em cada cenário. O processo é implementado em quatro etapas: análise da situação de saúde, planejamento e programação, seguimento e supervisão, e avaliação e monitoramento.

O microplanejamento é uma ferramenta adaptada à realidade brasileira, apresentada ao Ministério da Saúde pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Sua aplicação visa reverter a tendência de queda das coberturas vacinais, promovendo a intensificação da vacinação de forma regionalizada, respeitando calendários e particularidades locais. Além disso, o microplanejamento será incorporado aos planos municipais de saúde e aplicado permanentemente, permitindo que os municípios melhorem sua vacinação de rotina.

Para apoiar estados e municípios, o Ministério da Saúde destinou mais de R$ 151 milhões para incentivar a intensificação da vacinação de crianças e adolescentes em todo o país. A recuperação das coberturas vacinais depende de um grande pacto social, unindo todos os brasileiros nessa causa.

4.2 MULTIVACINAÇÃO

A multivacinação é uma estratégia fundamental para elevar as coberturas vacinais e reduzir o risco de reintrodução e disseminação de doenças imunopreveníveis no Brasil. Implementada pelo Ministério da Saúde, essa ação visa atualizar a caderneta de vacinação de crianças e adolescentes menores de 15 anos, garantindo que todos estejam protegidos contra diversas doenças.

Os objetivos da multivacinação incluem:

- Avaliar a vulnerabilidade dos territórios para as doenças imunopreveníveis correlacionadas às coberturas vacinais.
- Ampliar o acesso da população à vacinação, conforme o Calendário Nacional de Vacinação.
- Desenvolver ações articuladas e coordenadas com diversas entidades de saúde para a recuperação das coberturas vacinais.
- Fortalecer a priorização da vacinação com os gestores municipais.
- Apoiar as coordenações estaduais e municipais de imunização no estabelecimento de ações estratégicas de multivacinação com base no microplanejamento.
- Garantir que a população-alvo seja identificada e vacinada na primeira oportunidade pelos serviços de vacinação.
- Intensificar a vigilância da qualidade e da segurança das vacinas e da vacinação.
- Enfrentar a hesitação vacinal e seus efeitos deletérios para a saúde da população.

A multivacinação é realizada de forma seletiva, onde a caderneta de vacinação do indivíduo é avaliada para atualização da situação vacinal conforme o Calendário Nacional de Vacinação. As campanhas são promovidas nas unidades básicas de saúde, em estratégias de vacinação extramuros (escolas, comunidades rurais, ribeirinhas e indígenas), e em estratégias complementares, conforme o microplanejamento local.

A ação de multivacinação é parte do Movimento Nacional pela Vacinação, que envolve mobilização social e ações de comunicação voltadas à população e seus responsáveis. A informação é disseminada por diversos meios, como televisão, rádio, mídias sociais, cartazes, ligações, SMS e e-mail, para aumentar a confiança nas vacinas e diminuir a hesitação vacinal.

A multivacinação é essencial para proteger a população contra doenças que podem causar sequelas graves e até mesmo a morte. A campanha envolve movimentos sociais, organizações não governamentais, lideranças locais e formadores de opinião, reforçando a importância de manter a carteira de vacinação em dia e completar os esquemas vacinais iniciados.

4.3 ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

A estratégia de vacinação contra a COVID-19 em 2024, delineada pelo Ministério da Saúde, visa a continuidade da imunização da população brasileira, com foco especial em grupos prioritários e crianças. A vacinação tem sido fundamental para reduzir a morbimortalidade da doença, especialmente após a introdução das vacinas em 2021. No entanto, com a observação de uma diminuição na proteção imunológica ao longo do tempo, especialmente entre os idosos e com o surgimento de novas variantes como a Ômicron, a administração de doses de reforço tornou-se necessária (BRASIL,2024).

Para garantir uma vacinação eficaz e abrangente, o Ministério da Saúde adotou a metodologia de microplanejamento. Este método envolve o reconhecimento da realidade local, considerando características sociodemográficas, econômicas e sociais dos municípios e suas menores divisões, como áreas de abrangência de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). O microplanejamento permite a definição de ações estratégicas de vacinação que assegurem a cobertura das pessoas que precisam ser vacinadas, fortalecendo a descentralização e a territorialização (BRASIL, 2024).

As ações de microplanejamento são desenvolvidas por profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção e incluem estratégias como vacinação casa a casa,

busca ativa de faltosos, ampliação de pontos de vacinação, e articulação com a assistência social. Além disso, são realizadas ações específicas para grupos prioritários, como indígenas, ribeirinhos, quilombolas, gestantes, puérperas, trabalhadores da saúde, pessoas com deficiência permanente, pessoas com comorbidades, pessoas privadas de liberdade, adolescentes e jovens cumprindo medidas socioeducativas, e pessoas em situação de rua.

O microplanejamento também envolve a utilização de equipes itinerantes nas áreas de difícil acesso, a disponibilização de estruturas como Consultórios na Rua para atendimento de populações vulneráveis, e a realização de campanhas de vacinação em escolas e outros locais estratégicos. A metodologia busca garantir que todos os grupos prioritários sejam alcançados, respeitando as particularidades de cada território e promovendo uma vacinação de alta qualidade.

4.4 ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO NA ESCOLA

A Estratégia de Vacinação na Escola, promovida pelo Ministério da Saúde em 2024, representa uma iniciativa crucial para melhorar a cobertura vacinal entre crianças e adolescentes no Brasil. Esta ação, que ocorrerá entre 18 de março e 19 de abril, visa fortalecer os vínculos entre os setores de saúde e educação, utilizando o ambiente escolar como um espaço estratégico para a promoção da saúde e a prevenção de doenças imunopreveníveis.

A vacinação é uma das medidas mais eficazes e de baixo custo para prevenir doenças e reduzir a mortalidade. No entanto, nos últimos anos, o Brasil tem enfrentado uma queda na cobertura vacinal, o que aumenta o risco de retorno de doenças já controladas, como o sarampo. A escola, como um espaço de diálogo e mobilização, torna-se fundamental para resgatar a cobertura vacinal, educando os alunos sobre a importância da imunização e incentivando a adesão às vacinas.

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, desempenha um papel importante na formação integral dos estudantes, promovendo ações de prevenção e atenção à saúde. A integração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação é essencial para enfrentar vulnerabilidades que possam comprometer a

vida e o desenvolvimento dos jovens. A vacinação nas escolas não só protege os alunos, mas também contribui para a saúde da comunidade escolar e familiar.

A operacionalização da estratégia envolve a checagem da caderneta de vacinação e a administração de vacinas prioritárias, como a tríplice viral, penta, poliomielite, HPV, meningocócica ACWY e febre amarela. A ação requer um planejamento conjunto entre as Secretarias de Saúde e Educação, além de uma intensa mobilização da comunidade escolar e dos meios de comunicação.

A vacinação segura é um componente prioritário do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que garante a qualidade das vacinas e monitora eventos adversos. O registro das doses aplicadas deve ser feito no sistema e-SUS APS, garantindo a integração dos dados na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

O financiamento da estratégia é apoiado por recursos federais, com um repasse de R$ 150 milhões para estados e municípios, além de recursos adicionais para promover a vacinação em ambiente escolar. A Estratégia de Vacinação na Escola é uma iniciativa fundamental para melhorar a cobertura vacinal, proteger a saúde dos jovens e fortalecer a integração entre saúde e educação. A participação ativa de professores, pais e responsáveis é crucial para o sucesso da campanha, garantindo um ambiente escolar saudável e seguro para todos.

4.6 RECOMENDAÇÕES PARA FUTURO

A comunicação social tem sido a principal estratégia do movimento, utilizando mídias tradicionais e eletrônicas para ampliar o acesso a informações baseadas em evidências sobre os benefícios da vacinação (Ministério da Saúde, 2019). O uso eficaz desses meios, com uma abordagem direta à sociedade, contribui para uma maior aceitação da população.

Além da comunicação, outras estratégias incluem a busca ativa de não vacinados, parcerias com escolas e universidades, ampliação dos horários de funcionamento dos postos de vacinação, mobilização da sociedade civil e colaboração das sociedades científicas. A produção de conhecimento, por meio de inquéritos de

coberturas vacinais e estudos sobre os fatores associados à não vacinação, também é essencial para definir estratégias complementares (Domingues et al., 2013).

A formação e desenvolvimento de profissionais é outro eixo fundamental. Para o pessoal de nível médio, são propostas a produção de materiais de apoio, desenvolvimento de cursos autoinstrucionais na modalidade EAD, apoio a cursos presenciais e oferta de formação especializada técnica em vacinação. Para o pessoal de nível superior, as estratégias incluem a produção de materiais de apoio, disseminação de evidências científicas, atualização de publicações técnicas, desenvolvimento de cursos autoinstrucionais, fortalecimento dos temas relacionados às doenças imunopreveníveis na formação dos profissionais da área da saúde, especialização em imunizações e estágios avançados em instituições nacionais e internacionais de excelência (Ministério da Saúde, 2016).

A capacitação de gestores, incluindo Secretários Municipais de Saúde e prefeitos, é igualmente importante. Quando os gestores têm acesso à informação de qualidade, podem reconhecer o valor das ações de vigilância e dar-lhes prioridade, o que repercute positivamente na organização das ações e nas práticas dos profissionais (Recktenwaldt & Junges, 2017).

A implementação dessas ações, aliada ao empenho das três esferas de gestão do SUS, ao engajamento das instituições de ensino e ao apoio dos movimentos sociais e da população em geral, é essencial para potencializar os efeitos esperados e assegurar a saúde da população brasileira.

As ações implementadas pelo atual governo levaram à conquista, após cinco anos, da recuperação do certificado de eliminação do sarampo, restabelecendo o status do Brasil como um país livre da doença. De acordo com os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, o último registro de sarampo no país ocorreu em junho de 2022, no estado do Amapá. O então diretor da OPAS, Jarbas Barbosa, avaliou que, quando se consegue reunir capacidade técnica e liderança política comprometida com a causa, os resultados são alcançados (FIOCRUZ, 2024).

4.7 AVANÇOS NA RECUPERAÇÃO DAS COBERTURAS VACINAIS

O Brasil tem registrado avanços significativos na recuperação das coberturas vacinais, especialmente após um período de retrocessos entre 2016 e 2022, marcado pela hesitação vacinal e pela queda nas taxas de imunização. A partir de 2023, iniciativas como o Movimento Nacional pela Vacinação e o microplanejamento impulsionaram uma retomada expressiva, com resultados concretos observados em 2024. Vacinas como a BCG e a tríplice viral superaram metas de cobertura, atingindo índices superiores a 90%, enquanto outras registraram um aumento médio de 13% em relação a 2022 (FERNANDES et al., 2025).

Entre as estratégias implementadas, destacam-se a vacinação em escolas, que aproximou a imunização de crianças e adolescentes, e o Monitoramento da Estratégia de Vacinação (MEV), que permitiu identificar áreas com fragilidades e resgatar crianças não vacinadas. Além disso, o Brasil se tornou pioneiro ao incorporar a vacina tetravalente contra a dengue em 2024, ampliando a campanha para mais de 1.900 municípios e distribuindo milhões de doses (FERNANDES et al., 2025).

Investimentos no Complexo Econômico-Industrial da Saúde também têm fortalecido a capacidade de produção nacional de imunobiológicos, com programas estruturantes que visam garantir o abastecimento do SUS e reduzir vulnerabilidades. Parcerias nacionais e internacionais têm viabilizado a transferência de tecnologia e o desenvolvimento de novas vacinas, consolidando o Brasil como referência global em imunização (FERNANDES et al., 2025).

Apesar dos avanços, desafios persistem, como a baixa adesão à vacina contra a COVID-19, especialmente entre crianças, e o impacto da desinformação sobre a segurança e eficácia das vacinas. Para 2025, o Ministério da Saúde planeja introduzir novas vacinas, ampliar a integração dos sistemas de registro vacinal, fortalecer o microplanejamento e intensificar o combate à desinformação por meio de campanhas educativas (FERNANDES et al., 2025).

Essas ações visam consolidar os progressos alcançados, garantir a saúde da população e construir um futuro mais justo e saudável para todos. A vacinação,

reafirmada como um direito e uma responsabilidade compartilhada, continua sendo um pilar essencial para a saúde pública no Brasil.

5 CONCLUSÃO

Em síntese, esta pesquisa deixa claro que a adesão da população às vacinas nunca foi — e continua não sendo — um desafio puramente técnico. Trata-se de um fenômeno profundamente enraizado em aspectos sociais, culturais, históricos e, sobretudo, comunicacionais. A comparação entre a Revolta da Vacina de 1904 e os desafios atuais escancara uma lição que a história insiste em nos ensinar: saúde pública se faz com diálogo, empatia, informação de qualidade e respeito às pessoas.

Assim como no passado a ausência de comunicação eficiente, associada à imposição autoritária, gerou medo e resistência, hoje enfrentamos um cenário igualmente preocupante, onde a desinformação — muitas vezes impulsionada pelas redes sociais — compromete décadas de avanços na imunização. É evidente que combater fake news e movimentos antivacina exige mais do que campanhas pontuais: requer uma estratégia permanente de educação em saúde, comunicação clara e, principalmente, uma gestão eficiente das informações.

Nesse contexto, torna-se urgente aprimorar e modernizar os sistemas de informação em saúde. A integração e atualização constante de dados na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), assim como em outros sistemas de vigilância e controle, são fundamentais para garantir não só a transparência, mas também a capacidade de monitorar em tempo real a situação vacinal no país. Sem dados atualizados, completos e acessíveis, qualquer estratégia de vacinação perde força, pois não se consegue planejar, agir com precisão e, muito menos, responder rapidamente às demandas dos territórios.

Portanto, mais do que nunca, é necessário fortalecer a confiança da população nas vacinas, investindo na formação de profissionais, na comunicação baseada em ciência e empatia, e na modernização dos sistemas de informação em saúde. Somente assim será possível não apenas superar o atual cenário de hesitação vacinal, mas também construir um futuro onde a imunização volte a ser sinônimo de proteção, cuidado coletivo e avanço social.

6 REFERÊNCIA

1. ALMEIDA, Ronaldo de. A religião de Bolsonaro: populismo e neoconservadorismo. In: AVRITZER, L.; KERCHE, F.; MARONA, M. (org.). Governo Bolsonaro: retrocesso democrático e degradação política. São Paulo: Autêntica, 2021.
2. ALMEIDA, Ronaldo de; GUERREIRO, Clayton. Templos em tempos de pandemia. In: GROSSI, M.; TONIOL, R. (org.). Cientistas sociais e o coronavírus. Florianópolis: Tribo da Ilha, ANPOCS, 2020.
3. Amon D. O contexto socioantropológico da pós-verdade. In: Guareschi PA, Amon D, Guerra A,organizadores. Psicologia, comunicação e pós-verdade. Porto Alegre: Evangraf; 2017. p. 25-52.
4. ARENDT, Hannah. Verdade e política. In: ARENDT, Hannah. Entre o passado e o futuro. 4. ed. São Paulo: Contexto, 1997. p. 1-30.
5. ASSÉ, Ralph. Justiça ordena que governo informe se sementes de feijão do pastor Valdemiro Santiago curam Covid-19. Estado de Minas, 2020. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2020/10/28/interna_nacional,1199159/justica-sementes-de-feijao-pastor-valdemiro-santiago-curam-covid-19.shtml. Acesso em: 28 nov. 2020.
6. BAHIA LOPES, Myriam. Corpos Inscritos: vacina e biopoder, Londres e Rio de Janeiro, 1840 e 1904.
7. BARBOSA, Plácido e Resende, Cássio 1909 Os serviços de saúde pública no Brasil, especialmente na cidade do Rio de Janeiro: 1808-1907 Rio de Janeiro, Imprensa Nacional.
8. Barbosa, Plácido out. 1908 Pela vacina. Revista Médica de São Paulo, 11(20), pp. 420-5.
9. BARBOSA, Rafael. Taxa dos que tomariam vacina contra covid-19 cai de 85% para 63% em 4 meses. Poder 360, [s. l.], 29 out. 2020. Disponível em: https://www.poder360.com.br/pesquisas/apoio-a-tomar-vacina-contra-covid-cai-de-85-para-63-em-4-meses/. Acesso em: 2 nov. 2024.

10. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2009.
11. BATISTA, A. et al. Nota Técnica 11 – 27/05/2020: análise socioeconômica da taxa de letalidade da covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde, 2020. Disponível em: . Acesso em: 6 jan. 2023.
12. Benchimol J. Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: Ferreira J, Delgado LAN,organizadores.Brasil Republicano:o tempo do liberalismo excludente: da Proclamação da República à Revolução de 1930. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p. 231-85.
13. BENCHIMOL, Jaime Larry. Pereira Passos: um Haussmann Tropical. A renovação urbana na cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1992.
14. BOFFO, M.; SAAD-FILHO, A.; FINE, B. Neoliberal capitalism: the authoritarian turn. Socialist Register, London, v. 55, p. 247-270, 2019.
15. BOLSONARO desautoriza Pazuello e suspende compra da vacina CoronaVac. G1, [s. l.], 21 out. 2020a. Disponível em: https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/10/21/bolsonaro-desautoriza-pazuello-e-suspende-compra-da-vacina-coronovac.ghtml. Acesso em: 25 out. 2024.
16. BOLSONARO ironiza eficácia de 50,38% da CoronaVac: “É uma boa?”. São Paulo: UOL, 13 jan. 2021. 1 vídeo (1 min). Publicado pelo canal UOL. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=Ne9a0u0G2bA. Acesso em: 30 set. 2024.
17. BOLSONARO volta a defender cloroquina em novo pronunciamento em rede nacional. BBC News Brasil, [s. l.], 8 abr. 2020. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52224256. Acesso em: 2 jan. 2024.
18. BOLSONARO, Jair Messias. A vacina chinesa de João Dória. Facebook, 2020. Disponível em: https://www.facebook.com/jairmessias.bolsonaro/posts/2146049442210697. Acesso em: 24 jul. 2024.
19. Brasil, CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação História Contemporânea do. «MALHO, O | CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História

Contemporânea do Brasil». CPDOC - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil. Consultado em 26 de novembro de 2024.

20. BRASIL, Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços de saúde pública. Rio de Janeiro, 1920. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1920-1929/lei-3987-2-janeiro-1920-570495-publicacaooriginal-93627-pl.html>
21. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012. Dispõe sobre a pesquisa que envolve seres humanos. Brasília (DF), 2012. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf. Acesso em 04 fev. 2025.
22. BRASIL. Decreto nº 10.292, de 20 de março de 2020. Regulamenta a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Brasília, 2020.
23. BRASIL. Decreto nº 464, de 17 de agosto de 1846. 1 Manda executar o Regulamento do Instituto Vacínico do Império. 2 Coleção de Leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, 17 ago. 3 1846. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-464-17-agosto-1846-560509-publicacaooriginal-83551-pe.html]. Acesso em: [24 de fevereiro de 2025]
24. BRASIL. Ministério da Justiça. Relatório 1904 – 1905. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, 1905.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vacinas - Covid-19. Brasília, DF: Anvisa, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas. Acesso em: 24 jul. 2023.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil possui quatro estudos clínicos de vacinas contra o coronavírus: saiba quais testes foram aprovados pela Anvisa e como está sendo a participação dos voluntários. [Brasília]: Ministério da Saúde, 20 ago. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/08/brasil-possui-quatro-estudos-clinicos-de-vacinas-contra-o-coronavirus. Acesso em: 8 nov. 2024.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Painel coronavírus (covid-19). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em: 2 nov. 2024.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Estratégia de Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança e do Adolescente [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: 5 set. 2024. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_multivacinacao_atualizacao_caderneta_criancaeadolescente.pdf. Acesso em: 5 set. 2024.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial, Brasília, DF, n. 72: semana epidemiológica 28 (11 a 17/07/2021), 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim epidemiologico covid 72 final23jul21-c-1.pdf/view. Acesso em: 24 jul. 2023.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial, Brasília, DF, n. 83: semana epidemiológica 39 (26/09 a 02/10/2021), 2021b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim epidemiologico covid 83.pdf. Acesso em:
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
33. BRASIL. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. 100 anos de saúde pública: a visão da funasa. Brasília, 2004. Disponível em: <www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf>

34. BRASIL. Portaria Ministerial nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: . Acesso em: 02 de janeiro de 2024.
35. BRASIL. Saúde Brasil 2019. Uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização, 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
36. Campos, R. P. de .. (2007). Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública. Cadernos De Saúde Pública, 23(5), 1237–1238. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500026
37. CAPONI, Sandra. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. Estudos Avançados, v. 34, n. 99, p. 209-223, 2020.
38. CARVALHO, José Murilo de. Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
39. CAVALCANTI, Alexandre B. et al. Hydroxychloroquine with or without azithromycin in mild-to-moderate covid-19. The New England Journal of Medicine, Boston, v. 383, n. 21, p. 2041-2052, 19 nov. 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa2019014. Disponível em: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2019014. Acesso em: 2 nov. 2024.
40. CHALHOUB, Sidney. Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial.São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
41. CHALHOUB, Sidney. Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial. 2ª ed.- São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
42. CNN Brasil. Covid-19: Por que as pessoas não voltam para tomar a segunda dose da vacina [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br/saude/covid-19-por-que-as-pessoas-nao-voltam-para-tomar-a-segunda-dose-da-vacina/
43. CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Boletim Cofin 2020/12/31 (dados até 31/12/2020). Brasília, DF, 2021. Disponível em: . Acesso em: 5 jan. 2023.
44. COLETTA, Ricardo Della. 'Não acredito que vacina chinesa transmita segurança pela sua origem', diz Bolsonaro. Folha de S.Paulo, 2020.

Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/10/nao-acredito-que-vacina-chinesa-transmita-seguranca-pela-sua-origem-diz-bolsonaro.shtml. Acesso em: 24 jul. 2024.

45. COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA. Diretrizes para o Programa de Reconstrução e Transformação do Brasil. Agosto de 2022.
46. COLIGAÇÃO PELO BEM DO BRASIL. Plano de Governo 2023-2026 de Jair Messias Bolsonaro. 2023.
47. COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL (CGI.BR). Internet, desinformação e democracia. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2020. Relatório. Disponível em: https://cgi.br/media/docs/publicacoes/4/20200327181716/relatorio_internet_desinformacao_e_democracia.pdf. Acesso em: 2 nov. 2024.
48. COOK, John. Understanding and countering climate science denial. Journal & Proceedings of the Royal Society of New South Wales, v. 150, part 2, p. 207–219, 2017.
49. CORREIO DO POVO. Doria determina entrega da CoronaVac ao Ministério da Saúde após aprovação pela Anvisa: governador de SP destacou que todos os estados devem receber imunizante. Correio do Povo, Porto Alegre, 17 jan. 2021. Política. Disponível em: https://www.correiodopovo.com.br/noticias/politica/ doria-determina-entrega-da-CoronaVac-ao-ministerio-da-saude-apos-aprovacaoo-pela-anvisa-1.555969. Acesso em: 22 jan. 2024.
50. COUTO, M. T., & BARBIERI, C. L. A.. (2015). Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 20(1), 105–114. https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21952013
51. Crescêncio, C. L. (2010). Revolta da vacina: higiene e saúde como instrumentos políticos. BIBLOS - Revista Do Instituto De Ciências Humanas E Da Informação , 22(2), 57–73. Recuperado de https://periodicos.furg.br/biblos/article/view/962
52. DATAFOLHA. Comportamento da população – Coronavírus. Opinião Pública, São Paulo, 2020. Disponível em:

http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2020/03/23/22cedeee019d1bf3e5e82c889e058b9bhb.pdf. Acesso em: 20 fev. 2024.

53. Discurso de posse de Rodrigues Alves realizado em 15 de novembro de 1902. In: Anais da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.
54. Discurso do senador Rui Barbosa realizado em 15 de novembro de 1904. In: Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 15/11/1904.
55. 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 jan-mar;22(1):9-27. Disponível em: 5 agosto 2024. http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n1/v22n1a02.pdf
56. DOMINGUES, Carla Magda Allan Santos; FANTINATO, Francielli Fontana Sutile Tardetti; DUARTE, Elisete; GARCIA, Leila Posenato. Vacina Brasil e estratégias de formação e desenvolvimento em imunizações. Revista de Saúde Pública, Brasília, DF, v. 22, n. 2, p. 1-8, 2019. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/agosto/01/Informe-Sarampo-n45.pdf. Acesso em: 8 ago. 2024. DOI: 10.5123/S1679-49742019000200024.
57. DUBÉ E, VIVION M, MACDONALD NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. Expert Rev Vaccines 2015; 14(1):99-117.
58. FARHAT, C. K. (Org.). Fundamentos e práticas das imunizações em clinica medica e pediatria. São Paulo: Livraria Atheneu, 1985.
59. FELICIANO, Marco. Grande notícia! Universidade de Oxford, uma das mais conceituadas do mundo [...]. [S. l.], 15/05/2020. 11:42. Twitter: @marcofeliciano. Disponível em: https://twitter.com/marcofeliciano/status/1261306076634525698. Acesso em: 23 jul. 2024.
60. FERNANDES, T. (1999). Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). História, Ciências, Saúde-manguinhos, 6(1), 29–51. https://doi.org/10.1590/S0104-59701999000200002

61. FERNANDES, Eder Gatti; PÉRCIO, Jadher; ARAÚJO, Ana Catarina de Melo; CARMO, Greice Madeleine Ikeda do; VICTER, Thayssa Neiva da Fonseca; HOTT, Carlos Edson; MACIEL, Ethel Leonor Noia; LIMA, Nísia Verônica Trindade. *Avanços na Recuperação das Coberturas Vacinais no Brasil: Estratégias e Desafios para 2025*. SciELO Preprints, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Scielopreprints.11001. Acesso em: 3 mai. 2025.

62. FERREIRA, K. V. et al. Histórico da febre amarela no Brasil e a importância da vacinação antiamarílica. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, Santo André, SP, v. 36, n. 1 p. 40-47, jan./abr. 2011.
63. FIGUEIREDO A, SIMAS C, KARAFILLAKIS E, PATERSON P, LARSON HJ. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. Lancet 2020; 396(10225):898-908.
64. FIOCRUZ, 2024, apos cinco anos brasil recupera certificado de eliminação do sarampo. https://portal.fiocruz.br/noticia/2024/11/apos-cinco-anos-brasil-recupera-certificado-de-eliminacao-do-sarampo#:~:text=Ap%C3%B3s%20cinco%20anos%2C%20Brasil%20recupera%20certificado%20de%20elimina%C3%A7%C3%A3o%20do%20sarampo,-13%2F11%2F2024&text=Cinco%20anos%20ap%C3%B3s%20perder%20o,de%20pa%C3%ADs%20livre%20da%20doen%C3%A7a.
65. FONSÊCA, E. DE A. B. DA et al. Adesão de meninas à campanha de vacinação contra HPV no estado da Paraíba em 2014. Rev. Ciênc.Saúde Nova Esperança, v. 15, n. 1, p. 109–117, 2017.
66. Frugoli, A. G., Prado, R. S., Silva, T. M. R., Matozinhos, F. P., Trapé, C. A., & Lachtim, S. A. F. (2021). Fake news sobre vacinas: uma análise sob o modelo dos 3Cs da Organização Mundial da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55, e03736. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020028303736
67. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Epidemia de fake news [Internet]. 2020 [acessado 2020 Jul 20]. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/epidemia-de-fake-news/.

68. GALHARDI CP, FREIRE NP, MINAYO MCS, FAGUNDES MCM. Fato ou fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da COVID-19 no Brasil. Cien Sau-de Colet 2020; 25(2):4201-4210.
69. GALHARDI, C. P., FREIRE, N. P., MINAYO, M. C. S., & Fagundes, M. C. M. (2020). Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 25(10), 4201-4210. DOI: 10.1590/1413-812320202510.2.28922020.
70. Guareschi PA, Amon D, Guerra A. Introdução. In: Guareschi PA, Amon D, Guerra A,organizadores. Psicologia, comunicação e pós-verdade. Porto Alegre: Evangraf; 2017. p. 5-23.
71. HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 41, p. 50-57, 2007.
72. HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). Revista. 2005. Disponível em: [https://doi.org/10.1590/0104-4060.370]. Acesso em: [27 de fevereiro de 2025].
73. HOMMA, A. et al. Desenvolvimento tecnológico: elo deficiente na inovação tecnológica de vacinas no Brasil. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, Rio de Janeiro, v 10, p. 671-696, 2003.
74. https://memoria.bn.gov.br/docreader/DocReader.aspx?bib=116300&pagfis=1986
75. KASPERSKY. 62% dos brasileiros não sabem reconhecer uma notícia falsa [Internet]. 2020. Disponível em: https://www.kaspersky.com.br/about/press-releases/2020_62-dos-brasileiros-nao-sabem-reconhecer-uma-noticia-falsa
76. KWAN TT et al. Barriers and facilitators to human papillomavirus vaccination among Chinese adolescent girls in Hong Kong: a qualitative-quantitative study. Sex Transm Infect., v. 84, n. 227–232, 2008.
77. LACERDA, Aline Lopes de. 5 Em busca de um tempo perdido: fontes visuais para a história da vacina contra a febre amarela. 6 Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, 2023.
78. LAROCCA, Liliana Muller; CARRARO, Telma Elisa. O mundo das vacinas – caminhos (des)conhecidos. Cogitare Enferm., Curitiba, v.5, n.2, p.43-50, jul./dez. 2000.

79. LAZALDE, G. E. et al. Parents Who Decline HPV Vaccination: Who Later Accepts and Why? Academy Pediatrics, v. 18, n. 2, p. 37–43, 2018.
80. LEITE, Leonardo Ripoll Tavares; MATOS, José Claudio - Zumbificação da informação: a desinformação e o caos informacional. Anais do Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação, p. 1-6, 2017.
81. MALAFAIA, Silas. O povo brasileiro vai virar cobaia? O absurdo de obrigar o povo a tomar vacina contra Covid. YouTube, 2020b. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=PYf35XRRqOs. Acesso em: 23 jul. 2021.
82. MALAFAIA, Silas. URGENTE! Uma resposta a acusações inescrupulosas no meio do povo evangélico. YouTube, 2020a. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=F-bupZRIzow. Acesso em: 24 jul. 2024.
83. MATTOS, M. B. Governo Bolsonaro: neofascismo e autocracia burguesa no Brasil. São Paulo: Usina, 2020.
84. MBEMBE, Achille. O direito universal à respiração. Instituto Humanitas Unisinos, 2020b. Disponível em: http://www.ihu.unisinos.br/78-noticias/598111-o-direito-universal-a-respiracao-artigo-de-achille-mbembe. Acesso em: 08 jun. 2024.
85. MEDEIROS, Marcelo. 1 A trajetória do Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos anos 1990. 2 Brasília: IPEA, 2001.
86. MELLO, Bernardo. Coronavírus: 'qualquer culto produz aglomeração', diz Silas Malafaia após decreto de Bolsonaro. O Globo, 2020. Disponível em: https://oglobo.globo.com/brasil/coronavirus-qualquer-culto-produz-aglomeracao-diz-silas-malafaia-apos-decreto-de-bolsonaro-24331717. Acesso em: 01 ago. 2024.
87. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf

88. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações. Relatório técnico nº 01/2016/CGPNI/DEVIT/SVS/MS: critérios para orientar o processo de decisão para introdução da vacina contra a dengue no Programa Nacional de Imunizações (PNI). Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/05/relatorio-01-criterios-orientar-decisao-vacina-dengue.pdf
89. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação do sarampo no Brasil – 2019. Informe Epidemiol. 2019 jan;36:1-8. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf
90. MIZUTA, A. H.; SUCCIA, G. M.; MONTALLIA, V. A. M.; SUCCIA, R. C. M. Perceptions on the importance of vaccination and vaccine refusal in a medical school. Ver Paul Pedriatr, v. 37, n. 1, 2018.
91. NOVAES, M. L. O. et al. Previsão de Demanda da Vacina contra Difteria e Tétano pelo Método de Box-Jenkins. In: XXII Congresso Brasileiro de Engenharia Biomédica, 4p., Rio de Janeiro, nov. 2010.
92. PENNA, Lincoln de Abreu Penna. Uma história da República. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1989.
93. PRANDO RA. Diário do Comércio. A politização da vacina [Internet]. 2021. Disponível em: https://diariodocomercio.com.br/opiniao/a-politizacao-da-vacina/
94. RECKTENWALDT M, JUNGES JR. A organização e a prática da vigilância em saúde em municípios de pequeno porte. Saúde Soc. 2017 jun;26(2):367-81. Disponível em: 5 set. 2024. http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00367.pdf
95. RODRIGUES, Alice Ludugério; BARROS, Marina Fulgêncio; MEIRELLES, Samara Francine Dos Reis; MANTOVANI, Dhyemila De Paula. Cobertura vacinal do HPV: uma análise sobre fatores que implicam na baixa adesão à vacina. 2023.

96. ROMA, Júlio César. "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: origem e governança no Brasil." Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Brasília, 2018.

97. ROSADO, Roberta Coely Lira Santos et al. ORIGENS HISTÓRICAS DA VACINAÇÃO NO BRASIL. Científic@-Multidisciplinary Journal, v. 8, n. 2, p. 1-9, 2021.

98. SAKAMOTO, Leonardo. Pastor abre templos a doentes por coronavírus e critica quem mantém cultos. Uol, 2020. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/colunas/leonardo-sakamoto/2020/03/20/pastor-abre-templo-a-doentes-com-coronavirus-e-critica-quem-mantem-cultos.htm. Acesso em: 23 jul. 2024.

99. SANAR Medicina. Fake news sobre as vacinas para Covid-19 podem atrapalhar imunização [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.sanarmed.com/fake-news-sobre-as-vacinas-para-covid-19-podem-atrapalhar-imunizacao

100. SANTOS, M. P. A. et al. População negra e covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. Estudos Avançados, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 225-243, 2020. DOI: 10.1590/s0103-4014.2020.3499.014

101. SEVCENKO, Nicolau (org). História da vida privada no Brasil República: da Belle Époque à Era do Rádio. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

102. SEVCENKO, Nicolau1984 A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes São Paulo, Brasiliense. Coleção Tudo é História.

103. SMITH TC. Vaccine rejection and hesitancy: a review and call to action. OFID 2017; 4(3):ofx146.

104. TAUIL, M. c. et al. Coberturas vacinais por doses recebidas e oportunas com base em um registro informatizado de imunização, Araraquara-SP, Brasil, 2012- 2014, Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 4, 2017.

105. TEIXEIRA, A. M. S.; DOMINGUES, C. M. A. S. Monitoramento rápido de coberturas vacinais pós-campanhas de vacinação no Brasil: 2008, 2011 e 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 22, n. 4, 2013.

106. TEMPORÃO, J, G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desevolvimento. História, Ciência, Saúde: Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, p. 601-617, 2003.

107. TENÓRIO, Guilherme Mendes. Zé Povo cidadão: humor e política nas páginas de O Malho. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

108. UNIVERSAL. Bispo Edir Macedo vence a Covid-19 e recebe alta médica em São Paulo. Universal

109. VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; CASTIEL, L. D.; GRIEP, R. H. A sociedade de risco midiatizada, o movimento antivacinação e o risco do autismo. Cienc Saúde Colet, v. 20, n. 2, p. 607-616, 2015.

110. VICTORA, C. G. et. al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. The Lancet. London, p.32-46, 2011. Disponível em: http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf

111. VOSOUGHI S, ROY D, ARAL S. The spread of true and false news online. Science 2018; 359(6380):1146-1151.

112. WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard – Data last updated: 2021/3/30. Geneva, 2021. Disponível em: . Acesso em: 30 mar. 2021.

113. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report – 82 [Internet]. 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331780/nCoVsitrep11Apr2020-eng.pdf

114. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. 2020 [acessado 2020 Jun 12]. Disponível em: https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020.

115. YOKOKURA, A. V. C. P. et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, 2013.