



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

SHIRLEY YOSHIE ARAKI

O MOVIMENTO DE HESITAÇÃO VACINAL: UMA REFLEXÃO NA INTERFACE
ENTRE A BIOÉTICA E A SAÚDE GLOBAL

CURITIBA
2018

SHIRLEY YOSHIE ARAKI

**O MOVIMENTO DE HESITAÇÃO VACINAL: UMA REFLEXÃO NA INTERFACE
ENTRE A BIOÉTICA E A SAÚDE GLOBAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética Área de concentração: Bioética, Ciência e Sociedade, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Rocha da Cunha

CURITIBA

2018

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9 /1636

A659m Araki, Shirley Yoshie
2018 O movimento de hesitação vacinal : uma reflexão a interface entre bioética e a saúde global / Shirley Yoshie Araki ; orientador, Thiago Rocha da Cunha. -- 2018
69 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2018.
Bibliografia: f. 53-64

1. Bioética. 2. Vacinação. 3. Promoção da saúde. 4. Direitos humanos. 5. Saúde pública. I. Cunha, Thiago Rocha da.
II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título

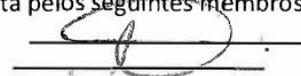
CDD 20. ed. – 174.9574

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº 27/2018
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética**

Em sessão pública às dez horas do dia onze de dezembro do ano de dois mil e dezoito, na sala 2 do Mestrado, 2º andar da Escola Ciências da Vida, realizou-se a sessão pública de Defesa da Dissertação **“O MOVIMENTO DE HESITAÇÃO VACINAL: UMA REFLEXÃO NA INTERFACE ENTRE A BIOÉTICA E A SAÚDE GLOBAL”** apresentada pela aluna **Shirley Yoshie Araki** sob orientação do **Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha
Presidente



Professora Doutora Daiane Priscila Simão-Silva
Membro interno (PUCPR)



Professora Doutora Patricia Maria Forte Rauli
Membro externo (FPP)



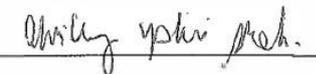
Professora Doutora Carla Corradi Perini
Suplente



Início: 20:00 Término 21:00.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado Aprovada (aprovado/reprovado).

O(a) aluno(a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionado (a): (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de _____ dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGb/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: **Shirley Yoshie Araki** 



Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

À minha família pelo apoio,
incentivo e por compreender minha
ausência devido à vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Thiago Rocha da Cunha pela paciência e disponibilidade ao partilhar seus conhecimentos e suas valiosas sugestões.

À minha família por caminhar junto comigo, sempre e em qualquer situação.

Aos professores, colegas e funcionários da Instituição pelo convívio e aprendizado único.

À amiga Marta de Souza Pinheiro sempre pronta para aventuras bioéticas.

As pessoas são solitárias porque
constroem muros ao invés de pontes.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Na presente dissertação discorre-se sobre o tema resistência vacinal que atualmente traz preocupações de diferentes complexidades em consequência da evolução dos meios de comunicação de massa e da globalização, resultando em conflitos éticos multifacetados. Foi realizada pesquisa sobre as questões éticas envolvidas no movimento de Hesitação Vacinal (HV), modelo de aceitação e resistência à vacinação definido pela Organização Mundial de Saúde, em 2012, que, frequentemente, englobam direitos e valores conflitantes advindos das relações complexas entre os cidadãos, a ciência e o Estado e suas implicações para a política e a prática da saúde pública, tanto em contextos nacionais quanto global. O objetivo do estudo realizado, utilizando-se a metodologia de revisão integrativa de literatura, é determinar os conflitos éticos existentes no fenômeno Hesitação Vacinal, e, tendo-se como referência a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), analisar os princípios de autonomia e responsabilidade social dentro desse contexto. Propõe-se a utilização do sentido relacional na determinação da autonomia e a compreensão dos princípios de vulnerabilidade, beneficência e solidariedade como ponto de partida para a responsabilidade social, levando em consideração a importância do envolvimento do cidadão na promoção de saúde e de cuidados sustentáveis de saúde nos dias atuais. Utiliza-se também a Ética do Discurso de Habermas, inserida nas esferas públicas, com o intuito de inspirar discussões para a construção de verdades e soluções intersubjetivas. Assim, a bioética pode contribuir para o diálogo e entendimento da importância de seus conceitos para o alcance da saúde global responsavelmente compartilhada.

Palavras-chave: Vacinação. Autonomia. Bioética. Direitos Humanos.

ABSTRACT

In the present dissertation it is discussed on the subject of vaccine resistance that currently brings concerns of different complexities as a consequence of the evolution of mass media and globalization resulting in multifaceted ethical conflicts. Research was conducted on the ethical issues involved in the Vaccine Hesitancy (HV), acceptance and resistance to vaccination model defined by the World Health Organization in 2012, which often encompass conflicting rights and values arising from complex relationships between citizens, science and the state and its implications for public health policy and practice, both in national and global contexts. The objective of the study using the integrative literature review methodology is to determine the ethical conflicts existing in the Vaccine Hesitancy phenomenon and, based on the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (DUBDH), to analyze the principles of autonomy and social responsibility within this context. It is proposed to use the relational sense in determining the autonomy and understanding of the principles of vulnerability, beneficence and solidarity as a starting point for social responsibility, taking into account the importance of citizen involvement in health promotion and sustainable health care. today. Habermas's Discourse Ethics is also inserted in the public spheres in order to inspire discussions for the construction of intersubjective truths and solutions. Thus, bioethics can contribute to the dialogue and understanding of the importance of its concepts for achieving responsibly shared global health.

Keywords: Vaccination. Autonomy. Bioethics. Human Rights.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Hesitação Vacinal: entre a aceitação e a recusa de todas as vacinas.....	19
Figura 2 - Processo de seleção das publicações incluídas no estudo	33
Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa	34
Tabela 1 - Coberturas Vacinais segundo região, ano de vacinação e porcentagem de doses de vacinas aplicadas (2012-2017)	16
Tabela 2 - País origem do primeiro autor	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

API	Avaliação do Programa de Imunização
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DUBDH	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos
ed.	Edição
HPV	Papiloma vírus humano
HV	Hesitação Vacinal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
SAGE	Grupo Consultivo Estratégico de Peritos sobre Imunizações
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	A VACINAÇÃO	12
1.2	A HESITAÇÃO VACINAL (HV)	17
1.2.1	Fatores Determinantes da HV – Influências Contextuais	20
1.2.2	Fatores Determinantes da HV – Influências Individuais e Grupais	22
1.2.3	Fatores Determinantes da HV – Influências Específicas de Vacinas	24
1.3	A BIOÉTICA.....	26
1.3.1	Princípio da Autonomia	27
1.3.2	Autonomia Relacional	27
1.3.3	Princípio da Beneficência	28
1.3.4	Conceito de Vulnerabilidade	28
1.3.5	Conceitos de Solidariedade e Saúde Global	29
1.3.6	Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)	29
1.3.7	Ética do Discurso de Jürgen Habermas	30
2	OBJETIVOS	31
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3	METODOLOGIA	32
4	RESULTADOS	34
4.1	CONFLITOS RELACIONADOS AOS FATORES INFLUENCIADORES DA HV.....	41
4.1.1	Crenças religiosas, crenças pessoais (ou razões filosóficas), influências culturais e influências raciais/étnicas	41
4.1.2	Percepções	42
4.1.3	Conhecimento e comunicação	44
4.1.4	Influências de acessibilidade/custo financeiro	45
4.2	PREOCUPAÇÃO DA COMUNIDADE CIENTÍFICA EM ABORDAR A HV ...	45
4.2.1	Artigos relacionados a estratégias de intervenção	45
4.2.2	Artigos relacionados à educação/informação/comunicação	45
4.2.3	Artigos relacionados à pesquisa	46
5	DISCUSSÃO	48

6	CONCLUSÃO.....	55
	REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

O reaparecimento de surtos de doenças infectocontagiosas imunopreveníveis na atualidade gera inquietações, tornando urgente a realização de pesquisas científicas relacionadas ao problema. São necessárias, por exemplo, pesquisas clínicas para determinar a segurança e a efetividade das vacinas; pesquisas epidemiológicas para determinação de suas prevalências e distribuição; pesquisas interdisciplinares para compreensão de conflitos éticos relacionados às políticas públicas e aos comportamentos individuais e coletivos diretamente relacionados à vacinação.

Este estudo dissertativo, realizado no campo da bioética, busca compreender o fenômeno da denominada Hesitação Vacinal (HV), que se refere à aceitação ou negação de certos indivíduos em aderirem à vacinação. Inicia-se este estudo com a descrição de dados científicos encontrados na pesquisa em relação à vacinação e à HV, definem-se os objetivos, apresenta-se a metodologia utilizada e os resultados encontrados nas análises, discute-se o tema em relação à bioética mediante a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), fazendo-se referência também à ética da comunicação de Habermas. E, por fim, apresenta-se o benefício social que os conceitos bioéticos podem oferecer quanto à tomada de decisão sobre a vacinação para a saúde global, no contexto da resistência vacinal.

1.1 A VACINAÇÃO

As vacinas são substâncias biológicas compostas por agentes semelhantes aos microrganismos que causam as doenças, por toxinas e componentes desses microrganismos ou pelo próprio agente agressor, em versões atenuadas (vírus ou bactérias enfraquecidas) ou inativas (vírus ou bactérias mortas). A vacina, ao ser introduzida no organismo, estimula o sistema imunológico na produção de anticorpos necessários para evitar o desenvolvimento da doença, caso aconteça contato com os agentes causadores. A sua aplicação pode causar reações leves como febre, dor local e dores musculares como efeitos colaterais temporários e raramente provocam enfermidade pós-vacinal grave (BRASIL, 2016).

O tema vacinação apresenta vários dilemas e conflitos, mas ainda é

considerada uma medida preventiva de saúde eficaz e bem aceita ao redor do globo. Os programas de imunizações estão integrados ao conjunto de ações da atenção primária em saúde e propiciam redução da mortalidade infantil; melhoria das condições de saúde e de bem-estar das comunidades; economia para a sociedade através da redução de custos com as doenças; e menor absenteísmo escolar e de trabalho com os consequentes benefícios sociais, econômicos e para a saúde pública (FEIJÓ; SÁFADI, 2006).

No Brasil, a vacinação infantil é realizada compulsoriamente devido ao Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, título II - do Programa Nacional de Imunizações e das Vacinações de Caráter Obrigatório – artigo 29 (BRASIL, 1976). O Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído pelo Ministério da Saúde, em 1973, tem como objetivo a coordenação das ações de imunização em todo o território nacional. O acesso universal e gratuito a todas as vacinas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que são eficazes, seguras e de qualidade, realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vem permitindo mudanças no padrão de morte e adoecimento da população brasileira, especialmente da população infantil (BRASIL, 2016). A maioria dos países desenvolvidos não exige requisitos obrigatórios de imunização e emite apenas recomendações.

As preocupações e controvérsias sobre o benefício relativo das vacinas contra o seu potencial dano existem desde o século XVIII, quando Edward Jenner comprovou sua tese acerca da imunização após 20 anos de estudos, representando a primeira tentativa científica de controlar uma doença infecciosa pelo uso deliberado da vacinação e mudando a maneira com que a medicina era praticada na época (RIEDEL, 2005). Desde então, apesar da inegável eficácia da maioria dos programas vacinais, ainda persistem preocupações e questões éticas, como o medo de contaminação, a falta de confiança nos profissionais e nos sistemas de saúde, a resistência à vacinação compulsória e a importância do contexto do local onde ocorre a HV. Na contemporaneidade, a essas inquietações soma-se a influência da internet, que altera a forma como esse ceticismo é articulado e propagado, tornando emergentes alguns conflitos bioéticos particulares deste período histórico. Assim, compreende-se que situar a HV historicamente e em seu contexto particular é extremamente importante para a compreensão e abordagem desse fenômeno (HAUSMAN et al., 2014).

As vacinas protegem diretamente o indivíduo vacinado, mas nem sempre oferecem eficácia suficiente, isto é, alguns indivíduos não desenvolvem defesa adequada pelo seu sistema imunológico contra a doença, sendo cientificamente denominada falha da vacina. Assim, uma maneira de ampliar os benefícios da vacinação, além da população diretamente vacinada, é por meio do denominado efeito rebanho ou imunidade de rebanho, que ocorre quando há alta prevalência da imunidade vacinal dentro da comunidade impedindo a circulação de agentes infecciosos em populações não vacinadas suscetíveis (crianças jovens demais para a vacinação, indivíduos imunodeprimidos ou imunossuprimidos, aqueles com risco de reações alérgicas aos componentes vacinais ou os que não desenvolveram imunidade suficiente com a vacina).

Há que se considerar, a respeito dessa última observação, que existe sempre um pequeno número de pessoas vulneráveis às doenças e que apresentam maior risco de complicações e de morte pós-infecção. Nesse sentido, a imunidade de rebanho pode ser considerada um bem público porque é não excludente, ou seja, não há como excluir indivíduos de seu benefício, e é não rival, significando que seu benefício para determinado indivíduo não o limita ou o restringe para outros. O efeito rebanho teve grande impacto na erradicação da varíola, reduziu a transmissão de coqueluche e protege contra a gripe e a doença pneumocócica (KIM; JOHNSTONE; LOEB, 2011), mas pode ser explorado quando indivíduos usufruem de seu benefício sem que eles próprios sejam vacinados, intitulados “free riders” (BUTTENHEIM; ASCH, 2013).

O sucesso dos programas de vacinação depende do alto nível de adesão pela população, mas é importante observar que não existe intervenção médica completamente segura e livre de riscos de eventos adversos, incluindo as vacinas (HARDT et al., 2013). Assim, considera-se que as vacinas não são 100% efetivas e nem isentas de perigos, por isso, para monitorar a segurança da vacinação, e que esteja dentro de um contexto cultural mais amplo, deve-se observar os programas e os sistemas de vacinação individualmente. A escolha racional sobre vacinação, envolve a avaliação da relação entre os custos e riscos das vacinas com o benefício de remover ou reduzir o risco de infecção, sem mencionar os devidos dilemas éticos.

Nesse sentido, a teoria dos jogos fornece uma ferramenta interessante para estudar conflitos simples de indivíduos que escolhem as ações avaliando os custos e

benefícios enquanto agem racionalmente para maximizar seu próprio ganho. Essa análise aplicada às decisões de vacinação revela que é impossível erradicar uma doença através da vacinação voluntária quando os indivíduos agem de acordo com seus próprios interesses (BAUCH; EARN, 2004). A vacinação voluntária contra a influenza também foi representada usando jogos de raciocínio indutivo, constatando-se que podem ocorrer epidemias severas da doença porque os indivíduos recusam a vacina para se beneficiarem da imunidade de seus pares (BREBAN, 2011), mas o altruísmo pode desempenhar um papel importante nas decisões de vacinação e desafia o pressuposto da teoria epidemiológica dos jogos de que o interesse próprio motiva as decisões humanas, assim promover a vacinação altruísta poderia ser uma estratégia eficaz para promover a vacinação ideal (SHIM et al., 2012).

Nos últimos anos, o reaparecimento de doenças imunopreveníveis em vários países, em uma arena intensamente globalizada, esteve associado a comunidades subvacinadas ou não imunizadas. Casos de importações de sarampo (viajantes doentes, incluindo casos resultantes de migrações forçadas) geraram surtos da doença, sendo que a maior parte dos afetados foram indivíduos não vacinados ou com estado de vacinação desconhecido (CLEMMONS et al., 2015). De janeiro de 2000 a novembro de 2005, por exemplo, houve 1.416 casos relatados de sarampo nos Estados Unidos da América, sendo que aproximadamente a metade dos indivíduos afetados não foi vacinada e a maioria deles era elegível à vacinação (PHADKE et al., 2016).

O Brasil enfrenta, hoje, dois surtos de sarampo relacionados à importação pela imigração venezuelana, em Roraima, e no estado do Amazonas comprovadamente pelo vírus genótipo D8, o mesmo que circula na Venezuela. Esses surtos resultaram em 1.735 casos confirmados da doença, sendo que 7.812 ainda permanecem em investigação (dados atualizados em 17 de setembro de 2018). No estado do Amazonas foram 1.358 casos, e em Roraima foram 310, sendo confirmados nove óbitos (BRASIL, 2018b). Atualmente, o país empreende esforços para interromper a transmissão e sustentação desses surtos devido aos graves problemas sanitários, éticos, políticos e econômicos resultantes.

Por esse motivo, realizou-se uma pesquisa sobre a cobertura vacinal em todas as regiões brasileiras, abrangendo o período de 2012 a 2017 (período do estudo), os dados provêm do Sistema de Avaliação do Programa de Imunizações (API), gerido

pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (CGPNI) do Ministério da Saúde, referentes à comprovação da diminuição da adesão à vacinação, entendendo-se que há necessidade de mais pesquisas sobre resistência vacinal nesse contexto (BRASIL, 2018a). A partir dos dados obtidos elaborou-se a Tabela 1 considerando-se: região geográfica brasileira, ano de vacinação e porcentagem de doses de vacinas aplicadas (é importante destacar que essa porcentagem não se refere ao número de indivíduos vacinados).

Tabela 1 - Coberturas Vacinais segundo região, ano de vacinação e porcentagem de doses de vacinas aplicadas (2012-2017)

Regiões	Anos					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Região Norte	78,21%	68,12%	76,25%	83,05%	48,22%	36,41%
Região Nordeste	76,04%	71,91%	85,66%	95,40%	47,96%	36,97%
Região Sudeste	77,94%	73,82%	87,97%	98,51%	49,04%	38,09%
Região Sul	76,98%	75,01%	87,04%	94,24%	53,60%	40,96%
Região Centro-Oeste	78,55%	80,09%	92,76%	94,42%	60,87%	43,96%
Total	77,32%	73,29%	86,31%	95,07%	50,44%	38,37%

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS), [2018?].

Mesmo com a eficácia das vacinas, como medida preventiva contra doenças, igualmente importante é o relato de alguns episódios históricos reais sobre falhas e conflitos de interesses em relação ao tema que aumentaram suas dúvidas e controvérsias. Entre essas, há o efeito colateral de narcolepsia que afetou mais de 200 crianças e adultos jovens suecos com a vacina Pandemrix durante a pandemia de gripe suína de 2009-2010 (LUNDGREN, 2015); a revisão da vacina Cochrane contra o papiloma vírus humano (HPV) que foi incompleta e ignorou evidências de viés: não utilizou todos os estudos elegíveis; não usou um comparador de placebo; utilizou desfechos substitutos compostos para o câncer de colo de útero; avaliou de forma incompleta os eventos adversos pós-vacinação; não avaliou os sinais de segurança relacionados à vacina contra papiloma vírus humano (HPV); o financiamento experimental foi realizado pelos fabricantes de vacinas, além de outros conflitos de interesses (JØRGENSEN; GÖTZSCHE; JEFFERSON, 2018). Todos esses fatos avaliados conjuntamente sinalizam a dificuldade para a tomada de decisão sobre a vacinação nos dias atuais.

Percebe-se, então, que a falta de confiança pública na imunização é uma questão emergente para a saúde global. O estudo das implicações éticas que visa entender as origens da baixa cobertura vacinal e as atitudes céticas dos indivíduos em relação ao tema pode auxiliar na abordagem da resistência vacinal, pois, esses dilemas sempre abordam a relação entre as liberdades individuais e o bem comum. É sob essa perspectiva complementar entre a consideração dos contextos locais dos sistemas de vacinação e suas implicações à saúde global que se aborda, nesta dissertação, os conflitos bioéticos relacionados à HV.

1.2 A HESITAÇÃO VACINAL (HV)

No contexto da saúde pública em nível global, a vacinação tem sido a única exigência obrigatória de um procedimento médico compulsório, à medida que tem mostrado, no último século, importante avanço em termos de qualidade de vida e segurança sanitária. Porém, em alguns contextos históricos e locais persiste a ideia de que as vacinas causam mais danos do que as doenças infectocontagiosas que deveriam combater, e isso, associado às políticas coercitivas destinadas ao seu cumprimento, caracterizam os movimentos de oposição que surgiram junto aos próprios programas de vacinação (SCHWARTZ, 2013).

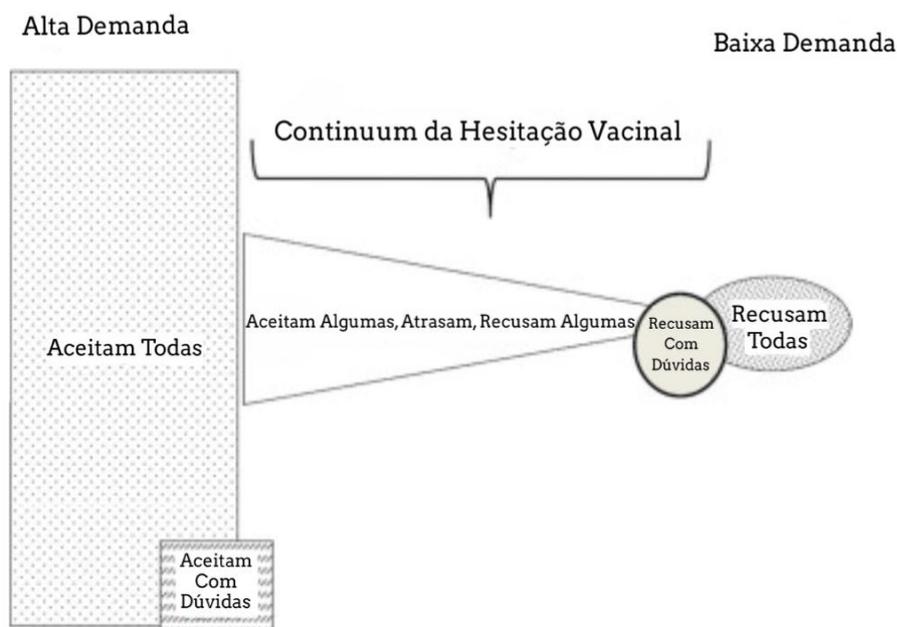
Atualmente, com a globalização e o avanço das ferramentas de comunicação de massa, outras preocupações surgiram, gerando dificuldades para o desenvolvimento de ferramentas eficazes para a abordagem da HV. Além disso, o crescente número de profissionais de saúde que recebem solicitação de pais para atraso ou recusa de certas vacinas pode gerar subimunização infantil com o consequente aumento do risco de adquirir e transmitir doenças evitáveis por vacinas (KEMPE et al., 2015).

Em 2012, O Grupo Consultivo Estratégicos de Peritos sobre Imunizações (SAGE) da Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu um modelo de aceitação e resistência à vacinação denominada Hesitação Vacinal (HV), que se refere ao atraso na aceitação ou recusa das vacinas, apesar da disponibilidade de serviços de vacinação. É um fenômeno complexo e específico dentro de seu contexto, variando ao longo do tempo, do local e das vacinas. Essa decisão comportamental é influenciada por fatores como complacência (a percepção de que os riscos de

doenças preveníveis por vacinação são baixos, sendo considerada uma medida preventiva desnecessária), conveniência (disponibilidade e acessibilidade geográfica e financeira das vacinas) e confiança (na segurança e eficácia das vacinas, no sistema de saúde e nos formuladores de políticas que as recomendam). Essa iniciativa investiga as causas da HV, com o objetivo de recuperar a confiança pública nas vacinas. A ação destaca que a comunicação é uma ferramenta e não um fator determinante para esse fenômeno, podendo influenciar negativamente a adesão à vacinação quando é pobre ou inadequada. O grupo acima referido também agrupou os fatores determinantes da HV, denominado Matriz Determinante da HV, que será citado mais adiante (MACDONALD, 2015).

A Figura 1 apresenta esquematicamente a HV situada no intervalo entre a aceitação de todas as vacinas até a sua recusa completa. São indivíduos que aceitam todas as vacinas, mas têm preocupações; aqueles que atrasam o cronograma de vacinação; os que recusam uma vacina, várias vacinas; e os que recusam todas elas. Assim, em ordem decrescente, verifica-se que a recusa de todas as vacinas acontece com menos frequência.

Figura 1 - Hesitação Vacinal: entre a aceitação e a recusa de todas as vacinas



Fonte: MacDonad, 2015.

Observa-se que a tomada de decisão sobre a vacinação não pode ser considerada simples dicotomia entre aceitação ou rejeição, mas existe uma variedade de atitudes e crenças em relação a vacinas específicas, preferências de cronograma, intenções e comportamentos influenciadores. Por esse motivo, os indivíduos hesitantes podem ser compreendidos dentro do espectro entre os que aceitam todas as vacinas até os que as rejeitam totalmente (GOWDA; DEMPSEY, 2013). Desse modo, considerando-se que as vacinas são geralmente administradas em indivíduos saudáveis, e, muitas vezes, em crianças pequenas, há menor tolerância para o risco de eventos adversos se comparado a outros medicamentos.

Também comumente visualizada pelo discurso público e pela mídia como problema de lacuna de conhecimento ou exemplo de pensamento irracional ou mal

informado, atualmente reconhece-se que a HV envolve fatores emocionais, culturais, sociais, espirituais e políticos. Os fatores que influenciam a aceitação das vacinas são dinâmicos e evoluem com o tempo, sendo que alta taxa de aceitação vacinal não implica necessariamente em alta confiança nas vacinas, porque a maioria dos pais hesitantes atrasam ou recusam apenas certas vacinas e não todas elas (GUST et al., 2008).

O Grupo SAGE (OMS), já mencionado, também agrupou os fatores determinantes da HV (Matriz Determinante da HV) em três categorias: contextuais; individuais e grupais e influências específicas de vacinas, que, devido sua importância, e para compreensão do problema deste estudo, será detalhado a seguir.

1.2.1 Fatores Determinantes da HV – Influências Contextuais

As influências contextuais são decorrentes de fatores históricos, socioculturais, ambientais, de sistema de saúde/institucionais, econômicos ou políticos. Um bom exemplo é o que ocorre na Índia, onde os obstáculos para a alta cobertura de imunização pode ser o resultado de um conjunto de fatores associados à demanda e suprimento de vacinas e também à discriminação de gênero que desfavorece o sexo feminino pelo patriarcalismo (PRUSTY; KUMAR, 2014). Assim, a importância da autonomia da mulher e da promoção da igualdade de gênero pode melhorar a saúde infantil através da imunização nesses contextos (SINGH; HANEY; OLORUNSAIYE, 2013).

Já, os meios de comunicação têm desempenhado papel fundamental em muitas questões de saúde, mas um único incidente pode despertar grande preocupação na população. A Internet (utilizada como instrumento de pesquisa) e as mídias sociais (com narrativas e teorias) mudaram a forma com que os indivíduos se relacionam, compartilham informações e tomam decisões cotidianas, inclusive sobre saúde e bem-estar. As críticas de celebridades também podem influenciar as percepções da população sobre a imunização (WARD; PERETTI-WATEL; VERGER et al., 2016), conseqüentemente, a atual globalização e surtos de doenças infectocontagiosas ao redor do globo, a mídia e as redes interpessoais podem exacerbar a importância de um problema e influenciar a compreensão do indivíduo sobre a gravidade de uma doença infecciosa.

A Internet tem sido alvo de estudos contemporâneos quanto ao desenvolvimento da HV decorrente da produção de percepções errôneas (LARSON, 2016). Em pesquisa para determinar o papel da Internet na comunicação sobre vacinas, os pais que não consideraram os profissionais de saúde como fonte confiável de informações foram os mais propensos a obtê-las na Internet e apresentaram características importantes: eram mais propensos a considerar profissionais de saúde alternativos (homeopatia, quiropraxia ou naturopatia); mantinham crenças importantes sobre vacinas que não foram apoiadas por pesquisas científicas (acreditando, assim, que as crianças recebiam mais imunizações do que eram necessárias; que crianças saudáveis não necessitavam de imunizações; que as vacinas eram mais prejudiciais do que benéficas; que o sistema imunológico da criança poderia se enfraquecer pelas imunizações); tinham maior probabilidade de se opor aos requisitos de imunização porque eram contra a sua liberdade de escolha e porque sabiam o que era melhor para os seus filhos; eram menos propensos a reconhecer os benefícios das vacinas para seus filhos e para a comunidade, e tinham menor percepção da suscetibilidade à doença, da proteção pela vacina e da segurança da vacina (JONES et al., 2012). A característica mais comum encontrada nos sites críticos à vacinação foram alegações a respeito de reações adversas específicas, como doenças crônicas idiopáticas, por exemplo, esclerose múltipla, autismo e diabetes (ZIMMERMAN et al., 2005).

Entre todas as vacinas infantis recomendadas, a vacina tríplice viral é a mais frequentemente questionada quanto a sua segurança e necessidade, muito em consequência de sua suposta associação com o autismo. Em 1998, no Reino Unido, o pesquisador Andrew Wakefield e colaboradores publicaram que a vacina tríplice poderia predispor à regressão comportamental e ao transtorno do desenvolvimento generalizado em crianças (autismo). Quase imediatamente, estudos epidemiológicos refutaram essa associação, mas a ideia desse vínculo persiste até hoje, porque existe uma associação temporal a este respeito (a vacina tríplice é indicada aos 12 a 15 meses de idade, e os sinais clínicos de autismo geralmente aparecem aos 18 a 19 meses de idade). A simulação de uma pesquisa sobre a potencial associação entre a vacina tríplice viral e o autismo, utilizando o mecanismo de busca Google, determinou que somente 51% dos sites forneceram a informação correta sobre o fato de que não há associação cientificamente demonstrada a esse respeito (SCULLARD; PEACOCK; DAVIES, 2010). Também há informação de que o acesso a sites críticos sobre vacinas

por cinco a dez minutos influenciou negativamente a decisão de pais sobre a imunização (BETSCH et al., 2010) e sobre a capacidade da mídia de alterar julgamentos de gravidade e de riscos sobre doenças quando indivíduos consideram que as doenças noticiadas com mais frequência são mais sérias e mais graves do que aquelas que raramente são divulgadas (YOUNG; NORMAN; HUMPHREYS, 2008).

O sistema de saúde pública pode influenciar a aceitação das vacinas, através do desenvolvimento e implementação da imunização, das políticas de vacinas e do monitoramento da sua segurança e geralmente há uma extensa infraestrutura especialmente para este fim (KESTENBAUM; FEEMSTER, 2015). Aliás, a comunicação contraditória sobre a vigilância da segurança das vacinas por parte de repartições governamentais pode resultar em visão negativa da imunização através de ampla divulgação global pela mídia e redes sociais, como a que ocorreu no Japão, com a suspensão da vacinação contra o HPV baseada em supostos eventos adversos naquele caso (LARSON et al., 2014).

Em diversos países, religião e religiosidade podem atuar como diretrizes para muitas práticas de vida, inclusive as de saúde. No Paquistão, baixas taxas de alfabetização, dogmas religiosos, geografia de difícil acesso para a população e a falta de confiança nas vacinas resultam em desafios para o sucesso da cobertura vacinal (BASHARAT; SHAIKH, 2017). Já na Holanda, os protestantes ortodoxos acreditam que Deus deu a cada ser humano o seu destino e que o homem não deve interferir na providência divina. A cobertura de vacinas nessas comunidades é muito baixa, sendo que o número de indivíduos que se abstêm da vacinação na Holanda é suficiente para sustentar a transmissão endêmica do sarampo no país (WOUDENBERG et al., 2017).

1.2.2 Fatores Determinantes da HV – Influências Individuais e Grupais

As influências individuais e grupais são decorrentes da percepção pessoal da vacina ou influências do ambiente social. As vacinas modernas apresentam um excelente perfil de tolerabilidade e segurança, mas reações adversas após a vacinação podem ocorrer e estar relacionadas à composição da vacina, aos indivíduos vacinados, à técnica utilizada em sua administração ou a coincidência com outros fatores. A dor e o medo de agulhas são causas comuns de HV (KENNEDY; BASKET; SHEEDY, 2011). Por esse motivo, foram direcionadas pesquisas sobre estratégias

baseadas em evidências para atenuar a dor no momento da vacinação (TADDIO et al., 2015). É importante respeitar as reservas dos pais quanto ao sofrimento da criança diante da dor da injeção das vacinas, pois foi descrito que quanto mais injeções aplicadas no mesmo dia em crianças de 4-6 anos de idade, maior a probabilidade do desenvolvimento de medo de agulhas cinco anos depois e, nesse caso, o medo de agulhas em pré-adolescentes foi um preditor mais forte do que a ansiedade parental na captação subsequente da vacina contra o HPV (BAXTER et al., 2017).

Devido à natureza subjetiva de percepção de risco (emocional e instintiva), o medo de vacinas é relativamente imune a informações sobre as evidências de segurança das vacinas. A pesquisa de percepção de risco identificou várias características emocionais que se baseiam diretamente no medo de vacinas, que são: os riscos para as crianças; avaliação intuitiva dos riscos das vacinas (reais ou pressupostos) contra seus benefícios; que os riscos impostos trazem mais preocupações do que os assumidos voluntariamente; que os riscos realizados pelo homem preocupam mais do que os naturais; o desejo de controle sobre risco específico ou sobre a vida em geral, e a confiança inerentemente baixa em organizações com fins lucrativos (indústria farmacêutica), no governo ou no profissional de saúde (ROPEIK, 2013).

Pais que expressam reservas sobre a segurança da vacinação, enfatizando seus riscos potenciais sobre os da doença, refletem a propensão para o “viés de omissão”, isto é, preferem as consequências de não se fazer algo ao invés de fazê-la, então, não vacinam seus filhos porque esta ação pode causar danos (BOND; NOLAN, 2011). Quanto ao questionamento se o corpo humano pode lidar com inúmeros antígenos quando a criança recebe várias vacinas ao mesmo tempo ou se o seu sistema imunológico pode ficar sobrecarregado, já foi descrito que as crianças pequenas têm uma grande capacidade de responder a múltiplas vacinas simultaneamente (OFFIT et al., 2002).

A confiança da imunização envolve a confiança na vacina (o produto), no vacinador (o prestador) e nas autoridades políticas (governo). Uma maior confiança nos programas de imunização correlaciona-se com menos HV (a aceitação pública das vacinas baseia-se na integridade e competência da saúde pública, na recomendação adequada pelas autoridades governamentais, na fabricação de produtos efetivos e seguros pela indústria farmacêutica e sua administração correta

pelos prestadores de serviços de saúde). Assim, pode-se concluir que a confiança na vacina é um fenômeno social e político (LARSON et al., 2015a), e apesar do fato de que a confiança em vacinas e programas de imunização ser a norma, as questões de confiança são os motivos mais prevalentes para a hesitação e recusa de vacinas na atualidade (LARSON et al., 2015b).

Em 2003, houve uma crise de confiança pública nos programas de imunização em massa para poliomielite na Nigéria devido a fatores contextuais do país, como os religiosos, étnicos, políticos e sociais (JEGEDE, 2007). Após esse evento, reconheceu-se que a prevenção mais eficaz para os rumores contra a imunização residia na construção da confiança pública nas vacinas, e que a consciência da convergência de eventos, indivíduos e sinais que levaram ao boicote nigeriano poderia antecipar e mitigar futuras crises de saúde pública no país (GHINAI et al., 2013).

Ao mesmo tempo, as normas sociais consideradas como regras usadas para valores, crenças, atitudes e comportamentos adequados e inadequados por um grupo, também podem influenciar as decisões sobre a vacinação. A percepção dos valores de uma comunidade, atuando como pressão social no comportamento individual apareceu quando a vacinação foi considerada uma prática de rotina dentro de uma comunidade onde todos vacinam seus filhos (STURM; MAYS; ZIMET, 2005). A recusa ou HV tende a se agrupar em comunidades caracterizadas por sistemas de crenças alternativo ou religioso, conseqüentemente caracteriza-se por ser um fenômeno comunitário (LEASK; WILLABY; KAUFMAN, 2014). Conseqüentemente, as normas sociais podem apoiar ou dificultar as metas de imunização (ORABY; THAMPI; BAUCH, 2014).

1.2.3 Fatores Determinantes da HV – Influências Específicas de Vacinas

As influências específicas de vacinas envolvem a relação risco/benefício com evidência epidemiológica e científica; introdução de uma nova vacina ou nova formulação ou nova recomendação para a vacina existente; modo de administração; modo do programa de vacinação (programa de rotina ou campanha de vacinação em massa); confiabilidade e/ou fonte de fornecimento de vacinas e/ou equipamento de vacinação; cronograma de vacinação; custos e força da recomendação e/ou base de conhecimento e/ou atitudes dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde têm papel importante na manutenção da confiança da vacinação infantil através da interação direta e respeitosa com os pais que têm dúvidas (LEASK et al., 2012), e geralmente são a fonte de informação mais confiável para os pais. Para exercer a função de comunicar a importância das vacinas e transmitir informações precisas quanto a sua segurança e eficácia, é necessário estarem bem informados e atualizados a esse respeito (MAURICE; EDWARDS, 2016). Os pais esperam por um processo compartilhado de tomada de decisão a respeito da saúde de seus filhos, sendo assim, comunicar a importância das vacinas e transmitir informações precisas relacionadas à sua segurança, inclusive em relação aos riscos, deve ser uma prioridade nos cuidados de saúde infantil.

Geralmente, os profissionais de saúde são defensores da vacinação, mas alguns podem ser classificados como hesitantes vacinais, ocorrendo, então, uma forte associação entre as recomendações médicas para seus pacientes e seu próprio comportamento em vacinação (VERGER et al., 2015). Uma possível associação entre a vacina contra hepatite b e a esclerose múltipla, na década de 1990, na França, resultou na suspensão de todo o programa de vacinação naquele país, apesar de evidências científicas contrárias em muitos estudos. Essa crença parece ainda estar influenciando os profissionais de saúde franceses até hoje (MACDONALD; DUBÉ, 2015). Em relação à vacina tríplice viral, e diferentemente do Reino Unido e Europa, um estudo específico sobre essa vacina observou que pais norte-americanos expressaram outras preocupações e crenças que estão relacionadas à vacinação em geral e não especificamente à vacina tríplice (GOWDA et al., 2013).

Após a apresentação da Matriz Determinante da HV, é importante ressaltar a interligação entre esses fatores, apesar de terem sido descritos isoladamente. Além disso, cada país deve analisar adequadamente os determinantes que geram a HV em sua configuração. A avaliação de fatores globais de HV, em 2014, pela OMS indica que os motivos mais citados estavam associados à relação risco/benefício das vacinas; questões de conhecimento e conscientização e fatores religiosos, culturais, de gênero ou socioeconômicos. As principais questões foram: medo de efeitos colaterais, falta de confiança nas vacinas e de informações sobre a imunização (MARTI et al., 2017), Outras pesquisas realizadas corroboraram esses achados (BJÖRKMAN; SANNER, 2013; BARBIERI et al., 2017; LORENC et al., 2017).

Assim, como os surtos de doenças infectocontagiosas preveníveis por vacinação em países ao redor do globo têm sido associados à baixa taxa de cobertura vacinal na população (GAHR et al., 2014), a existência de grupos de indivíduos subimunizados ou não imunizados representa risco individual e coletivo e, desse modo, a vacinação poderia ser visualizada como uma ação de beneficência individual e de solidariedade social entre os membros da mesma comunidade. Felizmente, o risco de morbidade e mortalidade em consequência das referidas doenças é muito menor atualmente, mas é necessário melhor compreensão dos fatores que desencadeiam a HV para a formulação de mensagem unificada entre os profissionais de saúde, figuras públicas e populares, visando à orientação da população e dos pais, pois estes só estão tentando fazer o que julgam melhor para seus filhos (CALLENDER, 2016).

Nesse contexto complexo, a bioética surge como uma disciplina de diálogo utilizada para deliberação e tentativa de solucionar os conflitos morais da atualidade podendo auxiliar na resolução pacífica e mais correta para os indivíduos e a coletividade nas tomadas de decisão envolvendo a vacinação.

1.3 A BIOÉTICA

O termo bioética está relacionado ao cancerologista estadunidense Van Rensselaer Potter que, devido às suas inquietações relativas à humanidade, às gerações futuras e ao equilíbrio do meio ambiente, demonstrou esperança na superação de conflitos éticos relacionados à evolução da tecnociência em sua obra *Bioética Ponte para o futuro*, publicada em 1971. Mas, pode-se considerar que as reflexões bioéticas no âmbito clínico tiveram início com a promulgação do Relatório Belmont em 1978, que visava à compreensão dos conceitos éticos referentes às pesquisas em seres humanos e pela obra *Princípios da ética biomédica* de Beauchamp e Childress, publicada em 1979, que objetivou a ética da prática clínica assistencial.

Desde então, a bioética propõe-se a discutir conflitos morais de inúmeras situações particulares, a fim de realizando a análise racional, sistemática e objetiva dos problemas alcance uma decisão que se constitua num ato bom e correto e vem impulsionando mudanças de paradigmas e adequando-se às necessidades

contextuais locais, sendo considerada, por Sanches, a ciência do comportamento moral dos seres humanos diante de toda intervenção da biotecnociência e das ciências em saúde sobre a vida, em toda a sua complexidade (SANCHES, 2004).

1.3.1 Princípio da Autonomia

Autonomia é um termo de origem grega cujo significado está relacionado à independência, liberdade ou autossuficiência. A ética biomédica inseriu esse conceito na área de saúde, e, segundo o principialismo de Beauchamp e Childress, a autonomia seria a capacidade de autogoverno, compreensão, raciocínio, deliberação, escolha independente e ação voluntária de um indivíduo diante de uma intervenção de saúde e na ausência de influências controladoras, priorizando o racional sobre o emocional (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p.137).

Para que o princípio de autonomia aconteça são essenciais a liberdade de escolha (ausência de influências controladoras e de forças coercitivas) e a qualidade de agente (capacidade de agir intencionalmente com o entendimento da situação, informações e opções existentes na situação), sendo que o paradigma básico da autonomia é o consentimento.

Esse conceito tem suas bases filosóficas em Kant, do ponto de vista deontológico, e em Stuart Mill, sob o aspecto utilitarista. Em ambos, a autonomia identifica-se com as ideias de dignidade, liberdade e responsabilidade individuais, podendo também assumir diferentes perspectivas, desde as mais individualistas até as que inserem o indivíduo em seu grupo social. Assim, a autonomia foi se fortalecendo com as reflexões éticas necessárias dentro do mundo atual e global, mas ainda depende de condições externas - as leis, economia, políticas públicas, valores e cultura - nas quais o indivíduo se encontra.

1.3.2 Autonomia Relacional

A autonomia relacional se desenvolveu a partir do conjunto de ideias de filósofos feministas na ética do cuidado que consideraram dinâmicos as identidades, interesses, fins e crenças dos indivíduos, continuamente construídos e reconstruídos em processos dialógicos com os outros. Desse modo, interesses individuais são

desenvolvidos conjuntamente com os outros a partir do diálogo, sendo, assim, a autonomia é considerada emocional, corporificada e racional (WALTER; ROSS, 2014).

Essa orientação para o cuidado pode superar a hiperindividualização da percepção da autonomia aceita inicialmente pelo principialismo, trazendo a questão da inclusão do outro sob a perspectiva de componente social, elemento fundamental principalmente na cobertura de vacinação infantil, pois é a única medida preventiva existente contra certas doenças infectocontagiosas.

1.3.3 Princípio da Beneficência

O princípio da beneficência visa ao preceito de fazer o bem e evitar o mal, isto é, maximizar os benefícios e minimizar os riscos potenciais. É um dos quatro princípios da bioética principialista e apesar de serem considerados princípios distintos, os de beneficência e de não maleficência estão intimamente relacionados à prática clínica porque o da não maleficência desenvolve-se a partir do da beneficência, assim, nenhum mal deve ser causado intencionalmente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 281).

1.3.4 Conceito de Vulnerabilidade

É um conceito importante a ser lembrado sob a lógica do conceito ampliado de saúde e de seus determinantes sociais, que são o acesso ao sistema de saúde, aspectos econômicos, culturais, étnicos, comportamentais e psicológicos.

Destaca-se, assim, a bioética de proteção construída na América Latina que visualiza uma bioética sanitária preocupada com políticas de saúde pública moralmente legítimas, socialmente justas e que respeitem os direitos humanos, sendo aplicada aos indivíduos morais denominados vulnerados, isto é, os incapazes de autoproteção ou os que não possuem amparo familiar, do grupo, do Estado ou da própria sociedade. Concomitantemente, a proteção da saúde pública pode gerar restrição no exercício da autonomia individual baseada na prioridade léxica dos direitos sociais sobre os individuais (SCHRAMM, 2017).

1.3.5 Conceitos de Solidariedade e Saúde Global

A ética da saúde global é um projeto normativo que se caracteriza pelo desafio de desenvolver valores morais comuns e normas universais para responder às ameaças globais de saúde, assumindo uma abordagem predominantemente geográfica. Considerando-se que a saúde tem uma moral especial, abrange os conceitos de equidade, justiça social e solidariedade (STAPLETON et al., 2014).

A defesa da saúde global como um bem universal público analisa os valores de justiça e equidade enfocando a alocação e distribuição de recursos, com tendência a priorizar os mais desfavorecidos. O conceito de solidariedade busca compreender a responsabilidade moral de ser solidário, o que justificaria a cooperação internacional de saúde, mas, ao mesmo tempo, a globalização desenvolveu outras preocupações. Assim, a ideia de solidariedade expressa na concepção de direitos humanos capacita pessoas, grupos ou setores para o exercício de apoio mútuo, desinteressado e sem preocupação com retorno material ou de qualquer outra natureza (GARRAFA; SOARES, 2013).

1.3.6 Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH)

A Declaração sobre Bioética e Direitos Humanos foi adotada em outubro de 2005 durante a 33ª Conferência Geral das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, em Paris, com a participação de 191 países signatários (UNESCO, 2005). Essa Declaração objetiva prover estrutura universal de princípios e procedimentos para orientar Estados na formulação de sua legislação, políticas ou outros instrumentos no campo da bioética e é considerada juridicamente norma não vinculante, sem força de lei. Tem como eixos estruturais a justiça, o reconhecimento da dignidade humana, o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais.

Neste estudo, faz-se referência aos artigos 5 e 14 cuja íntegra compõe:

Artigo 5 – Autonomia e Responsabilidade Individual

Deve ser respeitada a autonomia dos indivíduos para tomar decisões, quando puderem ser responsáveis por essas decisões e respeitem a autonomia dos demais. Devem ser tomadas medidas especiais para proteger direitos e interesses dos indivíduos não capazes de exercer autonomia [...].

Artigo 14 – Responsabilidade Social e Saúde

a) A promoção da saúde e do desenvolvimento social para a sua população é objetivo central dos governos, partilhado por todos os setores da sociedade.

b) Considerando que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social, o progresso da ciência e da tecnologia deve ampliar: (I) o acesso a cuidados de saúde de qualidade e a medicamentos essenciais, incluindo especialmente aqueles para a saúde de mulheres e crianças, uma vez que a saúde é essencial à vida em si e deve ser considerada como um bem social e humano; (II) o acesso a nutrição adequada e água de boa qualidade; (III) a melhoria das condições de vida e do meio ambiente; (IV) a eliminação da marginalização e a exclusão de indivíduos por qualquer que seja o motivo; (V) a redução da pobreza e do analfabetismo (UNESCO, 2005, p. 6-9).

1.3.7 Ética do Discurso de Jürgen Habermas

Habermas elaborou uma nova perspectiva para a teoria crítica e defende duas formas de racionalidade: a razão instrumental, técnica, calculadora e que visa apenas identificar os meios mais eficazes para obter determinados fins; e a razão comunicativa, que é de caráter emancipadora. Considera que a razão instrumental não é propriamente ruim, se mantida em sua esfera específica através da razão comunicativa. Essa racionalidade comunicativa não se preocupa com a eficiência, mas sua característica é ser fundamentalmente ética e essencialmente dialógica, partilhada. Dessa forma, os princípios corretos de ação serão aqueles obtidos em conjunto, em consenso, valendo-se de interpretações culturalmente transmitidas e referindo-se a algo simultaneamente em um mundo objetivo, em seu mundo social comum e em seu próprio mundo subjetivo, sendo necessário que não haja coerção ou uso de força que condicione o debate (HABERMAS, 1989).

2 OBJETIVOS

A pesquisa sobre as questões éticas envolvidas na Hesitação Vacinal faz-se necessária para a compreensão da complexidade do tema.

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os conflitos éticos relacionados ao crescente movimento de HV e sua repercussão na saúde global.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos desta revisão integrativa são:

- a) Descrever os fatores envolvidos na tomada de decisão sobre a vacinação;
- b) Identificar os conflitos éticos relacionados à HV;
- c) Discutir o papel dos princípios de autonomia e responsabilidade social baseados na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), e da ação discursiva de Habermas em relação aos conflitos éticos encontrados nos estudos analisados.

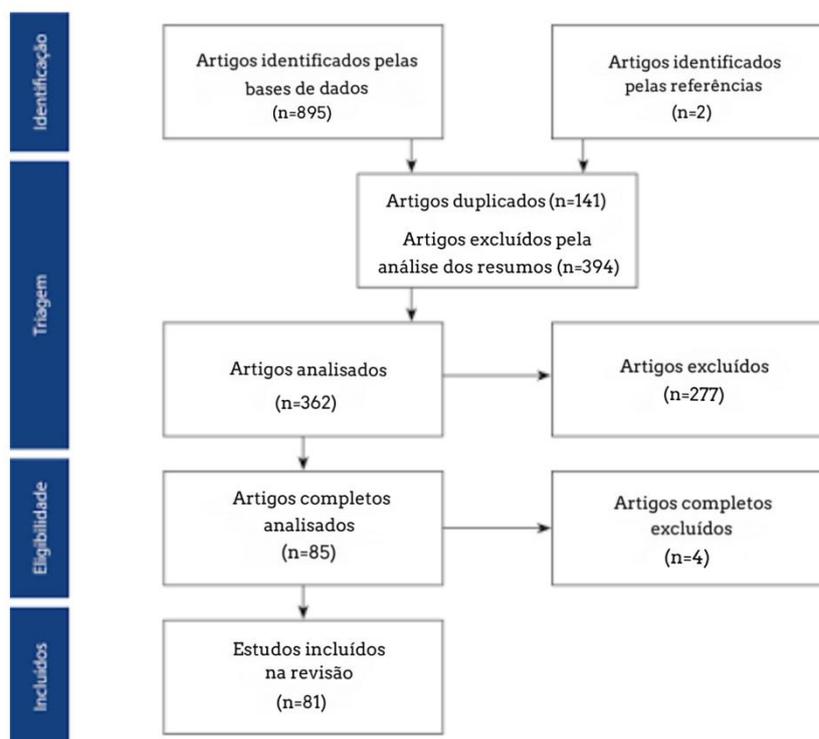
3 METODOLOGIA

Para a construção da presente dissertação utilizou-se o método de pesquisa de revisão integrativa cuja finalidade é responder a uma pergunta norteadora específica por meio da identificação, seleção e avaliação crítica da qualidade e validade de evidências científicas expostas em estudos originais e pela possibilidade de aplicação prática dos resultados encontrados (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Esse processo obedeceu às seguintes etapas distintas: identificação do tema e formulação da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; análise crítica e interpretação dos estudos incluídos, e apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

O tema escolhido para este estudo foi Hesitação Vacinal, com a seguinte questão norteadora: “Quais são os conflitos éticos relacionados ao movimento de Hesitação Vacinal (HV) e sua repercussão na saúde global?” Para respondê-la, realizou-se o levantamento de artigos indexados nas bases de dados eletrônicas Public Medline (PubMed) e na Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME. A coleta e análise de dados foram realizadas em junho de 2017, e atualizadas em julho de 2018. Os termos de busca utilizados, segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram, respectivamente em português e inglês: “vacinação”, (*vaccination*), “autonomia”, (*autonomy*), “bioética”, (*bioethics*), “direitos humanos”, (*human rights*). Para a construção de estratégia de busca foram utilizados os operadores booleanos AND e OR.

Os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa originais; estudos teóricos; textos completos gratuitos, nos idiomas inglês e português, e que foram publicados entre janeiro de 2012 (ano de definição do termo Hesitação Vacinal pela OMS) e julho de 2018. Os critérios de exclusão foram: estudos com desenho de pesquisa ou objetivos pouco definidos ou pouco explicitados; matérias jornalísticas; trabalhos de análise conjuntural e de avaliação de protocolos; estudos de indicadores de vacinação e de revisão. O processo de seleção das publicações incluídas no estudo está representado na Figura 2.

Figura 2 - Processo de seleção das publicações incluídas no estudo



Fonte: o autor, 2018.

Para a realização da análise de dados dos estudos selecionados foi realizada leitura crítica, visando a identificação dos conflitos éticos referentes à HV. Considerando-se o referencial da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH), que serviu de âncora teórica desta revisão integrativa, foram definidas duas categorias apriorísticas: 1) liberdades individuais (com base no artigo 5 da DUBDH), e 2) responsabilidade social (com base no artigo 14 da DUBDH). A partir dessas categorias centrais, a posteriori, foram definidas subcategorias temáticas que detalharam os conflitos e valores éticos envolvidos nessas duas dimensões do fenômeno de HV. Considerou-se também como referência, a ação discursiva de Habermas, imperativa na proposta de construção racional e pública de consensos sobre a tomada de decisão sobre a vacinação.

O processo de seleção realizado resultou em 81 artigos cujos resultados da análise de dados são demonstrados no próximo capítulo.

4 RESULTADOS

Inicia-se esse capítulo com a apresentação do Quadro 1, listando-se os artigos selecionados para esse estudo, contendo as seguintes informações: nome do autor (es), ano de publicação e título do artigo.

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa (continua)

Número	Autor(res) / Ano de publicação	Título do artigo
1	Abeyasinghe S. (2015)	<i>Vaccine narratives and public health: investigating criticisms of H1N1 pandemic vaccination</i>
2	Agrinier N, Le Maréchal M, Fressard L, Verger P, Pulcini C. (2017)	<i>Discrepancies between general practitioner's vaccination recommendations for their patients and practices for their children</i>
3	Ahmed A, Lee KS, Bukhsh A, Al-Worafi YM, Sarker MMR, Ming LC, Khan TM. (2017)	<i>Outbreak of vaccine-preventable diseases in Muslim majority countries</i>
4	Alabbad A, Alsaad AK, Al Shaalan MA, Alola S, Albanyan EA. (2017)	<i>Prevalence of influenza vaccine hesitancy at a tertiary care hospital in Riyadh, Saudi Arabia</i>
5	Atkinson KM, Ducharme R, Westeinde J, Wilson SE, Deeks SL, Pascali D, Wilson K. (2015)	<i>Vaccination attitudes and mobile readiness: a survey of expectant and new mothers</i>
6	Atkinson KM, Westeinde J, Ducharme R, Wilson SE, Deeks SL, Crowcroft N, Hawken S, Wilson K. (2016)	<i>Can mobile technologies improve on-time vaccination? A study piloting maternal use of ImmunizeCA, a Pan-Canadian immunization app</i>
7	Attwell K, Freeman M. (2015)	<i>Immunise: an evaluation of a values-based campaign to change attitudes and beliefs</i>
8	Baxter AL, Cohen LL, Burton M, Mohammed A, Lawson ML. (2017)	<i>The number of injected same-day preschool vaccines to preadolescent needle fear and HPV uptake</i>
9	Biasio LR, Corsello G, Constantino C, Fara GM, Giammanco G, Signorelli C, Vecchio D, Vitale F. (2016)	<i>Communication about vaccination: a shared responsibility</i>
10	Buchan SA, Kwong JC. (2016)	<i>Trends in influenza vaccine coverage and vaccine hesitancy in Canada, 2006/07 to 2013/14: results from cross-sectional survey data</i>
11	Buttenheim AM, Sethuraman K, Omer SB, Hanlon AL, Levy MZ, Salmon D. (2015)	<i>MMR vaccination status of children exempted from school-entry immunization mandates</i>
12	Buttenheim AM, Asch DA. (2013)	<i>Making vaccine refusal less of a free ride</i>
13	Buttenheim AM, Cherng, S, Asch DA. (2013)	<i>Provider dismissal policies and clustering of vaccine-hesitant families: an agent-based modeling approach.</i>

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa (continuação)

Número	Autor(res) / Ano de publicação	Título do artigo
14	Cates JR, Coyne-Beasley T. (2015)	<i>Social marketing to promote HPV vaccination in pre-teenage children: talk about a sexually transmitted infection</i>
15	Chung Y, Schamel J, Fischer A, Frew PM. (2017)	<i>Influences on immunization decision-making among US parents of young children</i>
16	Connelly Y, Ziv A, Goren U, Tal O, Kaplan G, Velan B. (2016)	<i>Using the social structure of markets as a framework for analyzing vaccination debates: the case of emergency polio vaccination</i>
17	Dubé E, Gagnon D, Ouakki M, Bettinger JÁ, Guay M, Halperin S, Wilson K, Graham J, Witteman HO, MacDonald S, Fisher W, Monnais L, Tran D, Gagneur A, Guichon J, Saini V, Heffernan JM, Meyer S, Driedger SM, Greenberg J, MacDougall H, Canadian Immunization Research Network (2016b)	<i>Understanding vaccine hesitancy in Canada: results of a consultation study by the Canadian Immunization Research Network</i>
18	Dubé E, Gagnon D, Zhou Z, Deceuninck G. (2016a)	<i>Parental vaccine hesitancy in Quebec (Canada)</i>
19	Di Pietro ML, Poscia A, Teleman AA, Maged D, Ricciardi W. (2017)	<i>Vaccine hesitancy: parental, professional and public responsibility</i>
20	Diekema DS. (2013)	<i>Provider dismissal of vaccine-hesitant families: misguided policy that fails to benefit children</i>
21	Elias C, Fournier A, Vasiliu A, Beix N, Demillac R, Tillaut H, Guillois Y, Eyebe S, Mollo B, Crépey P. (2017)	<i>Seasonal influenza vaccination coverage and its determinants among nursing homes personnel in western France</i>
22	Forbes TA, McMinn A, Crawford N, Leask J, Danchin M. (2015)	<i>Vaccination uptake by vaccine-hesitant parents attending a specialist immunization clinic in Australia</i>
23	Frew PM, Chung W, Fisher AK, Schamel J, Basket MM. (2016)	<i>Parental experiences with vaccine information statements: implications for timing, delivery and parent-provider immunization communication</i>
24	Gahr P, DeVries AS, Wallace G, Miller C, Kenyon C, Sweet K, Martin K, White K, Bagstad E, Hooker C, Krawczynski G, Boxrud D, Liu G, Stinchfield P, LeBlanc J, Hickman C, Bahta L, Barskey A, Lynfield R. (2014)	<i>An outbreak of measles in an undervaccinated community</i>
25	Gilkey MB, Calo WA, Marciniak MW, Brewer NT. (2017)	<i>Parents who refuse or delay HPV vaccine: differences in vaccination behavior, beliefs and clinical communication preferences</i>
26	Gilkey MB, McRee AL, Brewer NT. (2013)	<i>Forgone vaccination during childhood and adolescence: findings of a statewide survey of parents</i>

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa (continuação)

Número	Autor(res) / Ano de publicação	Título do artigo
27	Glanz JM, Wagner NM, Narwaney KJ, Kraus CR, Shoup JÁ, Xu S, O'Leary ST, Omer SB, Gleason KS, Daley MF. (2017)	<i>Web-based social media intervention to increase vaccine acceptance: a randomized controlled trial</i>
28	Goldstein S, MacDonald NE, Guirguis S, SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. (2015)	<i>Health communication and vaccine hesitancy</i>
29	Gowda C, Schaffer SE, Kopec K, Markel A, Dempsey AF. (2013b)	<i>Does the relative importance of MMR vaccine concerns differ by degree of parental vaccine hesitancy?: an exploratory study</i>
30	Gowda C, Schaffer SE, Kopec K, Markel A, Dempsey AF. (2013a)	<i>A pilot study on the effects of individually tailored education for MMR vaccine- hesitant parents on MMR vaccination intention</i>
31	Greenberg J, Dubé E, Driedger M. (2017)	<i>Vaccine Hesitancy: in search of the risk communication comfort zone</i>
32	Greenfield LS, Page LC, Kay M, Li-Vollmer M, Breuner CC, Duchin JS. (2015)	<i>Strategies for increasing adolescent immunizations in diverse ethnic communities</i>
33	Hamama-Raz, Y, Ginossar-David E, Ben-Ezra M. (2016)	<i>Parental regret regarding children's vaccines – The correlation between anticipated regret, altruism, coping strategies and attitudes toward vaccines</i>
34	Handy LK, Maroudi S, Powell M, Nfila B, Moser C, Japa I, Monyatsi N, Tzortzi E, Kouzeli I, Luberti A, Theodoridou M, Offit P, Steenhoff A, Shea JÁ, Feemster KA. (2017)	<i>The impact of access to immunization information on vaccine acceptance in three countries</i>
35	Henrikson NB, Opel DJ, Grothaus L, Nelson J, Scrol A, Dunn J, Faubion T, Roberts M, Marcuse EK, Grossman DC. (2015)	<i>Physician communication training and parental vaccine hesitancy: a randomized trial</i>
36	Kang GJ, Ewing-Nelson SR, Mackey L, Schlitt JT, Marathe A, Abbas KM, Swarup S. (2017)	<i>Semantic network analysis of vaccine sentiment in online social media</i>
37	Kaufman J, Ames H, Bosch-Capblanch X, Cartier Y, Cliff J, Glenton C, Lewis S, Muloliwa AM, Oku A, Oyo-Ita A, Rada G, Hills S. (2017)	<i>The comprehensive "Communicate to Vaccinate" taxonomy of communication interventions for childhood vaccination in routine and campaign contexts</i>
38	Kempe A, O'Leary ST, Kennedy A, Crane LA, Allison MA, Beaty BL, Hurley LP, Brtnikova M, Jimenez-Zambrano A, Stokley S. (2015)	<i>Physician response to parental requests to spread out the recommended vaccine schedule</i>
39	Kriss JL, Goodson J, Machekanyanga Z, Shibeshi ME, Daniel F, Masresha B, Kaiser R. (2016)	<i>Vaccine receipt and vaccine card availability among children of the apostolic faith: analysis from the 2010-2017 Zimbabwe demographic and health survey</i>
40	Larson HJ, Wilson R, Hanley S, Parys A, Paterson P. (2014)	<i>Tracking the global spread of vaccine sentiments: the global response to Japan's suspension of its HPV vaccine recommendation</i>
41	Levi M, Sinisgalli E, Lorini C, Santomauro F, Chellini M, Bonanni P. (2017)	<i>The "Fluad Case" in Italy: could it have been dealt differently?</i>

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa (continuação)

Número	Autor(res) / Ano de publicação	Título do artigo
42	Lwembe S, Green SA, Tanna N, Connor J, Valler C, Barnes R. (2016)	<i>A qualitative evaluation to explore the suitability, feasibility and acceptability of using a “celebration card” intervention in primary care to improve the uptake of childhood vaccinations</i>
43	Marotta C, Raia DD, Ventura G, Casuccio N, Dieli F, D’Angelo C, Restivo V, Constantino C, Vitale F, Casuccio A. (2017)	<i>Improvement in vaccination knowledge among health students following an integrated extracurricular intervention: an explorative study in the University of Palermo</i>
44	Marti M, de Cola M, MacDonald NE, Dumolard L, Duclos P. (2017)	<i>Assessments of global drivers of vaccine hesitancy in 2014 – Looking beyond safety concerns</i>
45	Moran MB, Frank LB, Chatterjee JS, Murphy ST, Baezconde-Garbanati L. (2016)	<i>Information scanning and vaccine safety concerns among African American, Mexican American and non-Hispanic White women</i>
46	Moran MB, Chatterjee JS, Frank LB, Murphy ST, Zhao N, Chen N, Ball-Rokeach S. (2017)	<i>Individual, cultural and structural predictors of vaccine safety confidence and Influenza vaccination among Hispanic female subgroups</i>
47	MY, C, Danchin M, Willaby HW, Pemberton S, Leask J (2017)	<i>Parental attitudes, beliefs, behaviors and concerns towards childhood vaccinations in Australia: a national online survey</i>
48	Myers AL, Jackson MA, Zhang L, Swanson DS, Gilsdorf JR. (2017)	<i>Haemophilus influenzae Type b invasive disease in Amish children, Missouri, USA, 2014</i>
49	Naus M, Puddicombe D, Murti M, Fung C, Stam R, Loadman S, Kraiden M, Tang P, Lem M. (2015)	<i>Outbreak of measles in an unvaccinated population, British Columbia, 2014</i>
50	Nowak GJ, Cacciatore MA. (2017)	<i>Parents’ confidence in recommended childhood vaccinations: extending the assessment, expanding the context</i>
51	Oku A, Oyo-lta A, Glenton C, Fretheim A, Ames H, Muloliwa A, Kaufman J, Hill S, Cliff J, Cartier Y, Bosch-Capblanch X, Rada G, Lewin S. (2016)	<i>Communication strategies to promote the uptake of childhood vaccination in Nigeria: a systematic map</i>
52	Oku A, Oyo-lta A, Glenton C, Fretheim A, Ames H, Muloliwa A, Kaufman J, Hill S, Cliff J, Cartier Y, Owoaje E, Bosch-Capblanch X, Rada G, Lewin S. (2017)	<i>Perceptions and experiences of childhood vaccination communication strategies among caregivers and health workers in Nigeria: a qualitative study</i>
53	Opel DJ, Taylor JÁ, Zhou C, Catz S, Myaing M, Mangione-Smith R. (2013a)	<i>The relationship between parent attitudes about children vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study</i>

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa (continuação)

Número	Autor(res) / Ano de publicação	Título do artigo
54	Opel DJ, Heritage J, Taylor JÁ, Mangione-Smith R, Salas HS, Devere V, Zhou C, Robinson JD. (2013b)	<i>The architecture of provider-parent vaccine discussions at health supervision visits</i>
55	Paterson P, Chantler T, Larson HJ. (2017)	<i>Reasons for non-vaccination: parental vaccine hesitancy and the childhood influenza vaccination school pilot programme in England</i>
56	Quinn S, Jamison A, Musa D, Hillyard K, Freimuth V. (2016)	<i>Exploring the continuum of vaccine hesitancy between African American and White Adults: results of a qualitative study</i>
57	Quinn SC, Jamison A, Freimuth VS, An J, Hancock GR, Musa D. (2017)	<i>Exploring racial influences on flu vaccine attitudes and behavior: results of a national survey of White and African American adults</i>
58	Real FJ, DeBlasio D, Ollberding NJ, Davis D, Cruse B, Mclinden D, Klein MD. (2017)	<i>Resident perspectives on communication training that utilizes immersive virtual reality</i>
59	Riccò M, Vezzosi L, Gualerzi G, Signorelli C. (2017)	<i>Knowledge, attitudes and practices (KAP) towards vaccinations in the school settings: an explorative survey</i>
60	Schwartz JL. (2013)	<i>"Model" patients and the consequences of provider responses to vaccine hesitancy</i>
61	Schuster M, Stelzer T, Burckhardt F. (2015)	<i>Why are young adults affected? Estimating measles vaccination coverage in 20-34 year old Germans in order to verify progress towards measles elimination</i>
62	Seeber L, Conrad T, Hoppe C, Obemeier P, Chen X, Karsch K, Muehlhans S, Tief F, Boettcher S, Diedrich S, Schweiger B, Rath B. (2017)	<i>Educating parents about the vaccination status of their children: a user-centered mobile application</i>
63	Shelby A, Ernst K. (2013)	<i>Story and science: how providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation</i>
64	Sundaram N, Purohit V, Schaetti C, Kudale A, Joseph S, Weiss MG. (2015)	<i>Community awareness, use and preference for pandemic influenza vaccines in Pune, India</i>
65	Suryadevara M, Bonville CA, Rosenbaum PF, Domachowske JB. (2014)	<i>Influenza vaccine hesitancy in a low-income community in central New York State</i>
66	Taddio A, Riddell RP, Ipp M, Moss S, Baker S, Tolkin J, Malini D, Feerasta S, Govan P, Fletcher E, Wong H, McNair C, Mithal P, Stephens D. (2017)	<i>Relative effectiveness of additive pain interventions during vaccination in infants</i>

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa (continuação)

Número	Autor(res) / Ano de publicação	Título do artigo
67	Turner MN, Charania NA, Chong A, Stewart J, Taylor L. (2017)	<i>The challenges and opportunities of translating best practice immunisation strategies among low performing general practices to reduce equity gaps in childhood immunisation coverage in New Zealand</i>
68	Tustin JL, Crowcroft NS, Gesink D, Johnson I, Keelan J, Lachapelle B. (2017)	<i>Facebook recruitment of vaccine-hesitant Canadian parents: cross-sectional study</i>
69	VanWormer JJ, Bendixsen CG, Vickers ER, Stokley S, McNeil MM, Gee J, Belongia EA, McLean HQ. (2017)	<i>Association between parent attitudes and receipt of human papillomavirus vaccine in adolescents</i>
70	Velan B. (2016)	<i>Vaccine hesitancy as self-determination: an Israeli perspective</i>
71	Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, Raude J, Pulcini C, Peretti-Watel P. (2015)	<i>Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France</i>
72	Verger P, Collange F, Fressard L, Bocquier A, Gautier A, Pulcini C, Raude J, Peretti-Watel P. (2016)	<i>Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France, April to July 2014</i>
73	Visser O, Hulscher MEJL, Antonise-Kamp L, Akkermans R, van der Velden K, Ruiter RAC, Hautvast JLA. (2018)	<i>Assessing determinants of the intention to accept a pertussis cocooning vaccination: a survey among healthcare workers in maternity and paediatric care</i>
74	Wang E, Baras Y, Buttenheim AM. (2015)	<i>"Everybody just wants to do what's best for their child": understanding how pro-vaccine parents can support a culture of vaccine hesitancy</i>
75	Warner EL, Ding Q, Pappas L, Bodson J, Fowler B, Mooney R, Kirchhoff AC, Kepka D. (2017)	<i>Health care providers' knowledge of HPV vaccination, barriers and strategies in a state with low HPV vaccine receipt: mixed-methods study</i>
76	Wheeler M, Buttenheim AM. (2013)	<i>Parental vaccine concerns, information source and choice of alternative immunization schedules</i>
77	Williams SE, Rothman RL, Offit PA, Schaffner W, Sullivan M, Edwards KM. (2013)	<i>A randomized trial to increase acceptance of childhood vaccines by vaccine-hesitant parents: a pilot study</i>
78	Wilson K, Atkinson K, Crowcroft N. (2017)	<i>Teaching children about immunization in a digital age</i>
79	Wilson K, Atkinson KM, Westeinde J. (2015)	<i>Apps for immunization: leveraging mobile devices to place the individual at the center of care</i>

Quadro 1 - Artigos selecionados para a revisão integrativa (continuação)

Número	Autor(res) / Ano de publicação	Título do artigo
80	Wong KK, Cohen AL, Norris SA, Martinson NA, von Mollendorf C, Tempia S, Walaza S, Madhi SA, McMorro ML, Variava E, Motlhaoleng KM, Cohen C. (2016)	<i>Knowledge, attitudes and practices about influenza illness and vaccination: a cross-sectional survey in two South African communities</i>
81	Wymann MN, Zographos AS, Altpeter E, Spicher VM, Low N, Mäusezahl-Feuz M. (2018)	<i>Human papillomavirus vaccine uptake in adolescence and adherence to cervical cancer screening in Switzerland: a national cross-sectional survey</i>

Fonte: Pesquisa de revisão integrativa, 2018.

A preocupação da comunidade científica, em nível global, com o tema foi observada pela diversidade encontrada em relação ao país de origem do primeiro autor dos artigos selecionados para o estudo, sendo identificados 37 artigos de autores dos Estados Unidos da América (45%), 13 do Canadá (16%), quatro do Reino Unido (4,9%), quatro da Itália (4,9%), quatro da Austrália (4,9%), três da França (3,7%), três da Suíça (3,7%), dois de Israel, dois da Alemanha (2,4%), um da Nigéria (1,2%), um da Arábia Saudita (1,2%), um da Malásia (1,2%), um da Holanda (1,2%) e um da Nova Zelândia (1,2%). Para complementar as informações, elaborou-se a Tabela 2 contendo a identificação do país de origem do primeiro autor dos referidos artigos.

Tabela 2 - País origem do primeiro autor

País de origem do primeiro autor	Número de artigos	%
Estados Unidos da América	37	45,0
Canadá	13	16,0
Reino Unido	4	4,9
Itália	4	4,9
Austrália	4	4,9
França	3	3,7
Suíça	3	3,7
Israel	2	2,4
Alemanha	2	2,4
Nigéria	1	1,2
Arábia Saudita	1	1,2
Malásia	1	1,2
Holanda	1	1,2
Nova Zelândia	1	1,2

Fonte: o autor, 2018.

Assim, os conflitos éticos encontrados foram agrupados de acordo com os fatores influenciadores da HV e da preocupação da comunidade científica na busca de estratégias e ferramentas para melhorar a absorção e comunicação/informação sobre as vacinas. Os conflitos relacionados aos fatores influenciadores da HV constituíram-se em quatro grupos: 1) as crenças religiosas, crenças pessoais (ou razões filosóficas), influências culturais e influências raciais/étnicas; 2) percepções; 3) conhecimento e comunicação; 4) acessibilidade/custo financeiro. Já os conflitos sobre a preocupação da comunidade científica com a abordagem da HV foram visualizados através de estudos sobre desenvolvimento de estratégias de intervenção; de ferramentas de educação/informação/comunicação; e de pesquisas.

4.1 CONFLITOS RELACIONADOS AOS FATORES INFLUENCIADORES DA HV

Os fatores influenciadores da resistência vacinal são inúmeros e de diversas complexidades.

4.1.1 Crenças religiosas, crenças pessoais (ou razões filosóficas), influências culturais e influências raciais/étnicas

Em relação às crenças religiosas, encontraram-se artigos referentes a surtos de doenças imunopreveníveis relacionados ao Islamismo, devido à presença de gelatina derivada de suíno (AHMED et al., 2017; PATERSON; CHANTLER; LARSON, 2017); fé apostólica (KRISS et al., 2016); grupo religioso Amish (MYERS et al., 2017) e religião protestante ortodoxa reformada (NAUS et al., 2015). Dentre esses, três crianças do grupo religioso Amish no estado de Missouri, nos EUA, em 2014, foram diagnosticadas com infecção invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b, sendo que uma delas morreu em seguida, e o surto de sarampo, em uma comunidade protestante ortodoxa reformada na Holanda, em 2013, também resultou em um óbito de criança.

Alguns indivíduos são direcionados por suas crenças pessoais ou razões filosóficas em relação à vacinação, quando temem sobrecarga do sistema imunológico da criança pelo número de vacinas recomendadas (DIEKEMA, 2013; GOWDA et al., 2013b; MY et al., 2017; PATERSON; CHANTLER; LARSON, 2017; WANG; BARAS; BUTTNHEIM, 2015; WHEELER; BUTTENHEIM, 2013) ou quando acreditam que a

imunidade natural é melhor do que a adquirida por meio de vacinas ao considerarem certo benefício para seus filhos ao contraírem determinadas doenças evitáveis por vacinação (GOWDA et al., 2013b; PATERSON; CHANTLER; LARSON, 2017). Alguns percebem baixa vulnerabilidade da criança às doenças e baixa gravidade destas (DIEKEMA, 2013; GOWDA et al., 2013b; PATERSON; CHANTLER; LARSON, 2017; SUNDARAM et al., 2015; WARNER et al., 2017), temem suposta influência sobre o comportamento sexual do adolescente (GILKEY et al., 2017; WARNER et al., 2017) ou, ainda, na eventualidade de a criança ser prematura ou estar com febre no momento da vacinação (GILKEY; MCREEA; BREWER, 2013; WANG; BARAS; BUTTNHEIM, 2015).

Já os conflitos sobre influências culturais foram relacionados às percepções errôneas em relação às vacinas e às doenças imunopreveníveis (GREENFIELD et al., 2015; MORAN et al., 2017; SUNDARAM et al., 2015; WONG et al., 2016), e sobre o fato de que a própria vacina poderia desenvolver a doença (SURYADEVARA et al., 2014). Por exemplo, uma pesquisa realizada em duas comunidades sul-africanas, com o objetivo de caracterizar conhecimentos, atitudes e práticas em torno da doença da gripe e sua vacinação revelou que a maioria dos entrevistados pensava que o clima ou o frio causavam a doença (WONG et al., 2016).

Os conflitos relacionados às influências racial e étnica abrangeram as diferenças de padrões de associação entre a confiança nos recursos de informações sobre saúde e preocupações com a segurança das vacinas entre mulheres afro-americanas, mexicanas e não hispânicas (MORAN et al., 2016), e a persistência de disparidades na adesão de vacinação entre adultos afro-americanos e brancos, e entre mulheres afro-americanas, mexicanas e não hispânicas (QUINN et al., 2016; QUINN et al., 2017).

4.1.2 Percepções

As principais preocupações referem-se à segurança das vacinas (relação risco/benefício), principalmente o medo de eventos adversos (DI PIETRO et al., 2017; GAHR et al., 2014; GILKEY et al., 2017; GILKEY; MCREEA; BREWER, 2013; GOWDA et al., 2013b; MY et al., 2017; PATERSON; CHANTLER; LARSON, 2017; RICCÒ et al., 2017; WANG; BARAS; BUTTNHEIM, 2015; WHEELER; BUTTENHEIM,

2013; WONG et al., 2016; WYMAN et al., 2018), como o autismo (GAHR et al., 2014; GOWDA et al., 2013b; GREENBERG; DUBÉ; DRIEDGER, 2017; MY et al., 2017; WHEELER; BUTTENHEIM, 2013). Outras se relacionam à utilidade/necessidade das vacinas (ALABBAD et al., 2017; BUCHAN; KWONG, 2016; GILKEY; MCREEA; BREWER, 2013; GREENFIELD et al., 2015; PATERSON; CHANTLER; LARSON, 2017; SURYADEVARA et al., 2014; WANG; BARAS; BUTTNHEIM, 2015; WHEELER; BUTTENHEIM, 2013) ou sua eficácia (ALABBAD et al., 2017; DIEKEMA, 2013; GOWDA et al., 2013b; WONG et al., 2016). Existe também HV relacionada ao medo da dor e de agulhas (BAXTER et al., 2017); preocupação com o arrependimento antecipado (GOWDA et al., 2013b; HAMAMA-RAZ; GINOSSAR-DAVID; BEM-EZRA, 2016); necessidade de controle de determinada situação (WANG; BARAS; BUTTNHEIM, 2015); autodeterminação com base na reflexão (VELAN, 2016); atenção dos pais voltada à saúde da criança em outras áreas, como a nutrição (GILKEY; MCREEA; BREWER, 2013); a percepção da falta de importância se houver transmissão de doença evitável na comunidade (DIEKEMA, 2013), ou pela pressão da norma social da comunidade (CHUNG et al., 2017; DIEKEMA, 2013). Outros temem os componentes químicos das vacinas, a introdução de uma nova vacina, que os filhos estão sendo usados para proteger outros indivíduos ou têm confiança reduzida nos serviços de saúde (PATERSON; CHANTLER; LARSON, 2017). Alguns também, desconfiam da indústria farmacêutica (DI PIETRO et. al., 2017; GREENBERG; DUBÉ; DRIEDGER, 2017; PATERSON; CHANTLER; LARSON, 2017) ou recusam a vacina pela segurança da imunidade do rebanho (BUTTENHEIM; ASCH, 2013). Ocorre também, em menor proporção, a HV entre os profissionais de saúde (ELIAS et al., 2017; VERGER et al., 2015; VERGER et al., 2016; VISSER et al., 2018) e sua pretensa recusa de atendimento à criança doente não vacinada intencionalmente (BUTTENHEIM; CHERNG; ASCH, 2013; DUBÉ et al., 2016a; KEMPE et al., 2015; SCHWARTZ, 2013), ou ainda discrepâncias entre as recomendações de vacinação para seus pacientes e as práticas para seus próprios filhos (AGRINIER et al., 2017).

4.1.3 Conhecimento e comunicação

Os profissionais de saúde são considerados a principal fonte de informação sobre vacinas (BUCHAN; KWONG, 2016; GOWDA et al., 2013a; LARSON et al., 2014; MY et al., 2017; NAUS et al., 2015; OPEL et al., 2013a; SCHUSTER; BURCKHARDT; STELZER, 2015), e também os mais influentes (ALABBAD et al., 2017; CHUNG et al., 2017; GILKEY et al., 2017; GREENBERG; DUBÉ; DRIEDGER, 2017; GREENFIELD et al., 2015; HANDY et al., 2017; MY et al., 2017; RICCÒ et al., 2017; WHEELER; BUTTENHEIM, 2013). A captação de informações pela população ocorre também através de amigos e familiares (CHUNG et al., 2017; GREENFIELD et al., 2015; MY et al., 2017; WHEELER; BUTTENHEIM, 2013; WILLIAMS et al., 2013); da Internet e das mídias sociais (ALABBAD et al., 2017; CHUNG et al., 2017; GREENBERG; DUBÉ; DRIEDGER, 2017; HANDY et al., 2017; MORAN et al., 2016; MY et al., 2017; WHEELER; BUTTENHEIM, 2013; WILLIAMS et al., 2013); das autoridades de saúde ou do governo local (ALABBAD et al., 2017; MY et al., 2017); de profissionais de saúde alternativos (MY et al., 2017); de livros/revistas científicas (CHUNG et al., 2017; GREENBERG; DUBÉ; DRIEDGER, 2017; WHEELER; BUTTENHEIM, 2013); na escola (GREENFIELD et al., 2015) ou através do rádio e da televisão (GREENBERG; DUBÉ; DRIEDGER, 2017; HANDY et al., 2017).

O conflito mais evidente encontrado refere-se à falta de conhecimento das recomendações de vacinação denominadas lacunas de informação (DI PIETRO et al., 2017; GILKEY; MCREEA; BREWER, 2013; GREENFIELD et al., 2015; SUNDARAM et al., 2015; WARNER et al., 2017; WONG et al., 2016; WYMANN et al., 2018). Alguns indivíduos têm dificuldade de interpretar as informações coletadas devido à sua quantidade e ambiguidade, e devido às diversas fontes de informação (KANG et al., 2017), além da influência da discussão negativa sobre as vacinas na Internet (DI PIETRO et al., 2017), o que resulta em falta de confiança sobre esses dados (DIEKEMA, 2013). Indivíduos estrangeiros relatam falta de informações sobre vacinas em idiomas nativos do seu país de origem (GREENFIELD et al., 2015).

Existem relatos sobre a necessidade de mais informações relativas às imunizações (GILKEY et al., 2017; HANDY et al., 2017); falta de orientação pelos profissionais de saúde ou autoridades governamentais (GREENFIELD et al., 2015); influência dos discursos públicos ou narrativas sociais sobre vacinas (ABEYSINGHE,

2015); comunicação inadequada sobre questões de segurança das vacinas pelas autoridades governamentais (LARSON et al., 2014; LEVI et al., 2017), e o tema comunicação de risco (GREENBERG; DUBÉ; DRIEDGER, 2017) e alfabetização em saúde (MORAN et al., 2017).

4.1.4 Influências de acessibilidade/custo financeiro

Os conflitos relacionados nesse item devem-se ao acesso aos fatores estruturais dos cuidados em saúde (cobertura em saúde ou afiliação ao sistema de saúde) em países que não distribuem as vacinas gratuitamente, havendo restrições financeiras para consulta com profissional de saúde e custo da vacina (MORAN et al., 2017). Além das diferenças de disponibilidade aos serviços de saúde, é importante ressaltar as diferenças de acesso geográfico que alguns países enfrentam, por exemplo entre as áreas urbanas e rurais de um mesmo país (SUNDARAM et al., 2015).

4.2 PREOCUPAÇÃO DA COMUNIDADE CIENTÍFICA EM ABORDAR A HV

Várias pesquisas têm sido realizadas pela comunidade científica mundial para intervenção efetiva na resistência vacinal.

4.2.1 Artigos relacionados a estratégias de intervenção

Esses artigos estão relacionados ao plano de ação personalizado para melhorar a cobertura de imunização infantil (TURNER et al., 2017), e estratégias para diminuir a dor da injeção da vacina (TADDIO et al., 2017).

4.2.2 Artigos relacionados à educação/informação/comunicação

Esses artigos tratam de campanhas de vacinação baseada em valores e identidade (ATTWELL; FREEMAN, 2015); análise de debates sobre vacinação com o uso de estrutura social de mercados (CONNELLY et al., 2016); uso de aplicativos de imunização para a população (ATKINSON et al., 2015; ATKINSON et al., 2016;

SEEBER et al., 2017; WILSON; ATKINSON; WESTEINDE, 2015); uso de cartão comemorativo de aniversário como lembrete (LWEMBE et al., 2016); utilização de narrativas pró-vacina (FREW et al., 2016; GOWDA et al., 2013a; WILLIAMS et al., 2013); medidas educativas para crianças com tecnologias digitais (WILSON; ATKINSON; CROWCROFT, 2017), para estudantes da área de saúde (MAROTTA et al., 2017; REAL et al., 2017), e para mulheres grávidas (GLANZ et al., 2017). Artigos sobre estratégias específicas de comunicação por autoridades de saúde pública (BIASIO et al., 2016; KAUFMAN et al., 2017; OKU et al., 2016; OKU et al., 2017); abordagens de comunicação para profissionais de saúde (CATES; COYNE-BEASLEY, 2015; FORBES et al., 2015; HENRIKSON et al., 2015; OKU et al., 2016; OPEL et al., 2013b), e seleção de estratégia adequada de comunicação através da Internet (GOLDSTEIN et al., 2015).

4.2.3 Artigos relacionados à pesquisa

Em relação a esse tópico foram encontradas pesquisas sobre indicadores de HV (MARTI et al., 2017); análise sobre o sentimento atual (rede semântica) sobre vacinas nas mídias sociais (KANG et al., 2017); análise do verdadeiro estado de vacinação em crianças com isenções não médicas (BUTTENHEIM et al., 2015); recrutamento de pais hesitantes através da plataforma Facebook (TUSTIN et al., 2017); análise sobre a redução das incertezas dos pais relativas à segurança das vacinas e a sua aceitação (VANWORMER et al., 2017); análise sobre validade e confiabilidade de pesquisa sobre a HV (OPEL et al., 2013a); identificação de níveis de confiança para as vacinas recomendadas (NOWAK; CACCIATORE, 2017), e verificação do estado vacinal de sarampo em adultos jovens (SCHUSTER; BURCKHARDT; STELZER, 2015).

Dentre os artigos analisados, a campanha de vacinação inovadora baseada em valores, ideologia e identidade, com ênfase na responsabilidade social como parte fundamental dos valores da comunidade (ATTWELL; FREEMAN, 2015), e a comunicação sobre vacinação, como uma responsabilidade compartilhada (OKU et al., 2016) foram os que utilizaram o conceito responsabilidade social, valores e sentido relacional na discussão. A responsabilidade compartilhada pelo bem-estar da comunidade, a necessidade de proteger os membros vulneráveis da sociedade e o

desejo de não causar danos foram valores utilizados por autoridades de saúde pública e comunidade protestante ortodoxa reformada da Holanda para conter um surto de sarampo (NAUS et al., 2015). Também houve relato de associação entre o estado vacinal da criança e a HV dos pais porque estes não consideraram importante vacinar a criança para evitar a disseminação de doenças na comunidade (DIEKEMA, 2013).

Os fatores que influenciaram os indivíduos hesitantes a aceitar as vacinas foram: para a proteção da criança e após a obtenção de mais informações sobre vacinas (DIEKEMA, 2013); por pressão social (DIEKEMA, 2013; SUNDARAM et al., 2015); pela recomendação do profissional de saúde (CHUNG et al., 2017; DIEKEMA, 2013; GOWDA et al., 2013b; GREENFIELD et al., 2015; MY et al., 2017; SUNDARAM et al., 2015; WANG; BARAS; BUTTNHEIM, 2015; WHEELER; BUTTENHEIM, 2013); por ter membro familiar no grupo de alto risco de complicações pelas doenças evitáveis por vacina (WONG et al., 2016), e após campanha de conscientização (ALABBAD et al., 2017).

Após análise e captação de dados referentes aos conflitos éticos encontrados nos artigos selecionados, realiza-se a discussão deste estudo baseada na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) e na teoria da ação comunicativa de Habermas, cuja natureza social traz novas perspectivas e aportes reflexivos necessários para auxiliar os indivíduos na tomada de decisão sobre a vacinação.

5 DISCUSSÃO

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em especial os seus artigos 5 (Autonomia e Responsabilidade Individual) e 14 (Responsabilidade Social e Saúde), foi escolhida como referência para a análise e discussão desta revisão integrativa (UNESCO, 2005). Essa escolha ocorreu em virtude de ser um documento que conseguiu avançar em relação aos conceitos de temas biomédicos e biotecnológicos, ampliando-os para os campos sanitário, social e ambiental, tendo como eixos estruturais a justiça, o reconhecimento da dignidade da pessoa humana, o respeito aos direitos humanos e às liberdades individuais.

Observou-se que os conflitos relacionados às liberdades individuais foram acentuadamente relevantes dentre os encontrados nos estudos selecionados, e foram visualizados nos conflitos relacionados aos fatores influenciadores da HV. As crenças religiosas relacionam-se às crenças centrais do indivíduo, sendo que suas escolhas são baseadas em decisão intencional e calculada e, na maioria das vezes, relacionadas com a recusa de todas as vacinas (MCKEE; BOHANNON, 2016). É ainda, tocante à tradição familiar e deve ser sempre respeitada.

É importante destacar que a percepção da importância da autonomia para a tomada de decisão sobre a vacinação foi expressa principalmente em perspectivas próprias construídas aleatoriamente porque houve influência de fatores externos como normas sociais, fontes de informações diversas e dos meios de comunicação, e também da confiança no profissional de saúde, fragilizando, assim, a concepção das liberdades individuais. Ao mesmo tempo, estudos demonstram que as preocupações com a segurança vacinal são relativamente refratárias às informações baseadas em evidências científicas e à educação sobre vacinas porque a percepção de risco é uma combinação subjetiva de fatos e de como eles são percebidos e, nesse caso, essa percepção pode ser considerada fator interno influenciador da autonomia. Existem várias características emocionais relacionadas diretamente ao medo de vacinas, como a maior preocupação com o risco para crianças, a avaliação risco/benefício, incerteza quanto aos riscos impostos e os produzidos pelo homem e por pessoas e instituições não confiáveis e o desejo de controle da situação (ROPEIK, 2013). Consequentemente, o conhecimento sobre vacinas e vacinação depende de

informação confiável sobre vacinas e também da alfabetização em saúde, que se refere ao indivíduo habilitado a obter, ler, entender e gerenciar informações específicas necessárias para tomar decisões sobre a saúde (BIASIO et al., 2016). Considerando-se que o princípio do respeito à autonomia denota elementos essenciais como a liberdade de escolha (ausência de influências controladoras e de forças coercitivas) e a qualidade de agente (o entendimento da situação, com informações e opções existentes na situação), pode-se concluir que a autonomia apresenta suas fragilidades relativas ao tema hesitação vacinal.

No contexto da vacinação infantil, o princípio de promover as escolhas e as ações autônomas dos pais pode ser visualizado como a promoção da sua capacidade de agir de modo livre e informado, sem influências controladoras. Assim, os profissionais de saúde podem auxiliar no empoderamento dos pais, possibilitando capacitá-los para a tomada de decisão informada e autônoma e, ao mesmo tempo, promover sua autonomia relacional (FADDA et al., 2016). Como os pais ou responsáveis pela tomada de decisão sobre a vacinação infantil sempre agem de acordo com o interesse de promover ao máximo o bem para a criança, sua atuação pode ser afetada quando realizada a partir de suas próprias concepções (ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2016). Daí a importância de ampliar o conhecimento baseado em evidências, a alfabetização em saúde e a relação de confiança entre profissional de saúde e pais/paciente para promover a saúde global através da introdução de um diálogo bioético.

Embora continue sendo contestado se o Estado liberal deva promover a saúde pública, é indiscutível que ele deve proteger a sociedade contra ameaças importantes. A luta contra doenças infecciosas geralmente é considerada tarefa clássica do governo (PIERIK, 2017), sendo que, qualquer forma de coerção no contexto da imunização, pode ser interpretada como restrição de liberdade, da autonomia e dos direitos dos indivíduos frente à necessidade de proteção da coletividade. Desse modo, essa área pode ser definida pela decisão autônoma do indivíduo versus os possíveis riscos para indivíduos saudáveis e a sociedade (PATRYN; ZAGAJA, 2016), mas inseridos na discussão bioética de vacinação, pode-se considerar que as restrições aos direitos individuais nos programas de vacinação são justificadas em função do benefício ao próprio indivíduo ou em função do benefício à coletividade (LESSA; DÓREA, 2013).

A DUBDH matiza questões sobre os indivíduos e sua autonomia e sobre a coletividade e suas vulnerabilidades preocupando-se com a dimensão social da bioética sendo uma referência importante nesta discussão. No contexto dessa Declaração, o conceito de autonomia individualista evolui com as reflexões éticas necessárias dentro do contexto do mundo atual e global para o sentido relacional construído através da responsabilidade moral pelo reconhecimento de que as escolhas individuais têm impacto sobre os outros, sobre as suas relações. Assim, a divulgação do sentido relacional de autonomia retratada pode reformular as normas sociais e induzir a população para um comportamento pró-social e ético.

A ética da vacinação combina os aspectos da ética médica tradicional, como o respeito à autonomia, a importância do consentimento informado e a relação médico-paciente confiável, com a ética da saúde pública que visa à saúde das populações e a justiça social (SCHWARTZ, 2013). No âmbito dos direitos humanos, a autonomia pode ser visualizada quando o indivíduo se insere em seu grupo social, no qual os cidadãos de suas relações intersubjetivas desempenham papel importante para a sua efetivação. Assim, há uma perspectiva de responsabilidade moral na elaboração da autonomia relacional que se preocupa com a inclusão do outro.

Por outro lado, a autonomia da tomada de decisão para a não vacinação parece considerar mais importante a confiança do indivíduo em seu próprio julgamento, sobre o que é melhor para si e sua família naquele momento específico da sua vida, assim, essa postura de autonomia individual, baseada na percepção do que é mais significativo de acordo com as atuais circunstâncias de vida e de valores, parece ser a postura da população atualmente. Considera-se, na discussão, a alusão à bioética global na perspectiva da bioética crítica, que propõe o estabelecimento de elo epistêmico entre verdade de fato e verdade de valor da ciência. E também cita Habermas que elaborou uma nova perspectiva ética centrada na razão e na ação comunicativa fundamentada no diálogo e na argumentação com a finalidade de obter consenso entre as partes. Essa ação comunicativa é considerada uma forma de ação com regras: a não contradição, a clareza de argumentação e a falta de constrangimentos de ordem social, assim, tanto a verdade quanto a razão deixam de ser valores absolutos, mas construção consensual. Habermas procura, por meio da razão comunicativa, fazer resistência à razão instrumental (lógica capitalista e de interesse individual) e que visualizada nas esferas públicas pode abrir espaços para

permitir que o indivíduo seja persuadido por ideias melhores (CUNHA; LORENZO, 2014). Assim, torna-se importante também considerar as racionalidades sociais, pessoais e científicas inerentes ao conceito de racionalidades de Habermas dentro do tema hesitação vacinal.

Na DUBDH, a responsabilidade social preocupa-se com a promoção de saúde e do desenvolvimento social pelos Governos e todos os demais setores da sociedade, considerando a saúde como um bem público ou social, e que usufruir o mais alto padrão de saúde atingível é um dos direitos fundamentais de todo o ser humano. Assim, os princípios de vulnerabilidade, beneficência e solidariedade foram percebidos nos conflitos encontrados nos artigos selecionados, denotando, principalmente, o sentido coletivo da preocupação de autoridades governamentais, profissionais de saúde e comunidade científica na busca de abordagens para esse fenômeno.

A beneficência faz parte da ética de saúde pública e dos profissionais de saúde, e no contexto da vacinação, visa ao compartilhamento de benefícios através de uma adequada caracterização de danos esperados e benefícios envolvidos. Como mencionado anteriormente, somente as informações obtidas em várias fontes não educam completamente a população no contexto da imunização, por isso e pelo fato de os profissionais de saúde serem considerados a fonte mais confiável de informação e os mais influentes, a recomendação médica está altamente associada à aceitação das vacinas (ABEYSINGHE, 2015). Os profissionais de saúde recebem solicitações frequentes para atrasar o cronograma de vacinação e a maioria concorda com o pedido dos pais, apesar de suas responsabilidades para com a criança (KEMPE et al., 2015; WANG; BARAS; BUTTNHEIM, 2015), porque valorizam a manutenção do relacionamento entre médico e pais/pacientes. A construção desse relacionamento de confiança com decisão participativa de ambos pode ser considerada ideal do ponto de vista ético (UGARTE; ACIOLY, 2014) quando realizada através da construção de relação com estruturas de comunicação sobre riscos e benefícios das vacinas, expressando também empatia e compaixão e oferecendo apoio e incentivo positivo (GREENBERG; DUBÉ; DRIEDGER, 2017).

Ao mesmo tempo, a recusa de atendimento pelo profissional de saúde para criança doente não vacinada intencionalmente gera discussões éticas acaloradas (SCHWARTZ, 2013), pois isso poderia resultar no agrupamento maior de crianças

suscetíveis em consultórios que as aceitem (BUTTENHEIM; CHERNG; ASCH, 2013). Como o principal objetivo ético do médico é buscar o bem do paciente através da beneficência (DI PIETRO et. al., 2017), cabe ao profissional a difícil tarefa de também tentar proteger o grupo vulnerável não elegível à vacinação que aguarda na sala de espera e que têm maior risco de complicações e morte evitável por doença imunoprevenível, como em casos de sarampo, o qual pode ser transmitido facilmente em salas de espera de atendimento médico (HOPE et al., 2012; GAHR et al., 2014). Diante dessa maior vulnerabilidade, os profissionais de saúde tentam encontrar a melhor resposta ética possível para esse dilema, mas geralmente nenhum indivíduo deixará de ser consultado sob quaisquer circunstâncias.

Dentro do contexto individual, o conceito “benefício para os outros” não foi encontrado como fator motivador importante na adesão às vacinas e, geralmente, a decisão de vacinar pelos pais, em grande parte, foi baseada no benefício percebido para seu próprio filho (QUADRI-SHERIFF et al., 2012). Assim, a responsabilidade social poderia também ser despertada no âmbito individual de cada cidadão através de sua preocupação para com o próximo através da inserção da bioética nos cenários científico e pessoal.

A saúde pública moderna almeja maximizar os benefícios para a grande maioria das pessoas protegendo seus direitos individuais, cujas restrições somente serão justificadas em benefício do próprio indivíduo ou da comunidade. A comunicação de riscos pela saúde pública no âmbito de emissão de informações e de práticas sociais é muito importante, à medida que repercute nas mídias sociais e sobre a população leiga, gerando percepções, crenças e conhecimento. Desse modo, as políticas em saúde, visando à ideia de prevenção, promoção e educação em saúde e buscando a qualidade de vida das coletividades podem auxiliar a percepção e aceitação de riscos, mesmo que esses riscos e sua percepção não sejam iguais para todos.

A vulnerabilidade como princípio ético visa garantir o respeito pela dignidade humana quando enfoca a abordagem da suscetibilidade de determinadas pessoas ou grupos frente a ameaças específicas ou danos produzidos pelos outros (PESSINI, 2017). Em relação às crianças cuja saúde é considerada um direito fundamental, as possibilidades para a saúde e doença estão principalmente vinculadas aos cuidados familiares que são dependentes de ações públicas específicas. No contexto

pesquisado, a vulnerabilidade apresenta-se no grupo de indivíduos suscetíveis não elegíveis à vacinação (crianças jovens demais para serem vacinadas e indivíduos que apresentam contraindicações médicas às vacinas), aquelas que sofreram falha da vacina e evento adverso pós-vacinação. Além disso, os idosos também são mais suscetíveis às doenças infectocontagiosas, principalmente a gripe, pela diminuição da eficácia da vacina pela senescência. Na eventualidade de efeitos colaterais pós-vacinação, é relevante o tratamento diferenciado desses indivíduos pelo Poder Público, baseando-se nos princípios de responsabilidade, solidariedade e justiça social como fundamentos morais, incluindo o princípio de proteção (LESSA et al., 2015) e alguns países já adotaram programas governamentais para fornecer compensação sem culpa para a população ferida por vacinas.

Assim, a imunização pode ser percebida como um problema dinâmico não limitado ao tempo, isto é, a cada ano há novas crianças e adultos que necessitam de renovação de imunização, e como uma preocupação global de saúde única porque as doenças evitáveis por vacinação podem afetar grandes segmentos de populações do mundo, em todos os continentes, e podem conectar nações ricas e pobres por meio de viagens e migrações globais (FREED; TURBITT, 2016). Assim sendo, a HV é uma questão de saúde pública e saúde global.

As ações relacionadas à saúde global trazem inúmeros problemas éticos não diferentes dos que já preocupam localmente, mas ampliados em espaço e tempo (FORTES et al., 2012). Portanto, pelo fato de as doenças infecciosas não respeitarem as fronteiras internacionais e existindo conflitos entre liberdades individuais e saúde pública e também de direitos coagidos à autonomia versus direitos dos outros à saúde, e sendo cada um deles legítimo, delinea-se a fragilidade da concepção de que o acesso à saúde é uma questão de direitos humanos e justiça (SELGELID, 2016).

A defesa da saúde global como um bem universal público envolve valores éticos como justiça social, equidade e solidariedade. No contexto da saúde global, compreende-se a solidariedade no sentido social, de alcance coletivo e fundamentada no reconhecimento da necessidade de indivíduos, na condição de seres sociais, de conviverem socialmente, tendo relações interdependentes (FORTES, 2015). Assim, a promoção do componente imaginação moral na saúde global, isto é, a capacidade de indivíduos e comunidades de simpatizarem uns com os outros, sentindo-se vinculados e sensibilizados com os infortúnios do próximo, pode ser considerada um grande

desafio a ser superado (BENATAR, 2005). Portanto, a concepção da atitude de ser solidário de maneira autônoma, como responsabilidade social, utilizando o agir comunicativo no discurso argumentativo, pode ser uma das contribuições da Bioética no tema vacinação, se houver a possibilidade de iniciar-se dentro das residências, na família e nas comunidades até o contexto global.

É necessária então, maturidade psíquica para o empoderamento da tomada da decisão sobre a vacinação para si e para seus filhos, e pensar no longo prazo, considerando-se os conflitos éticos envolvidos. A visualização da solidariedade como um conceito relacional e alternativo para o individualismo e a falta de interesse pelos compromissos sociais e políticos da população, atualmente, podem compartilhar espaço com a liberdade individual na prevenção de doenças, utilizando uma relação intersubjetiva entre os indivíduos que buscam o entendimento entre si, entre algo.

6 CONCLUSÃO

A definição da Hesitação Vacinal contribuiu para que se compreendesse a complexidade do processo de tomada de decisão sobre a imunização nos dias atuais. O envolvimento de fatores causais emocionais, culturais, sociais, espirituais e políticos denota a dificuldade da temática, utilização e implementação de ferramentas e estratégias efetivas voltadas para a adesão vacinal, principalmente porque se deve considerar igualmente o contexto local. Ao mesmo tempo, esses fatores geram inúmeros conflitos éticos heterogêneos e de diferentes valores, dificultando a análise racional, sistemática e objetiva dos dilemas envolvidos, considerando-se as liberdades individuais e o bem comum.

A DUBDH, preocupada com a dimensão social da bioética, auxilia a entender a concepção da inclusão do outro na autonomia, ao mesmo tempo em que inspira a intenção de fazer-se solidário de maneira autônoma, como cidadão do mundo. A ação comunicativa de Habermas pode possibilitar a produção de consensos através de relações intersubjetivas sustentadas pelo reconhecimento mútuo e dentro do mundo da vida. Desse modo, há que se considerar a possibilidade de argumentação mediada pela transparência na relação social da imposição vacinal, pois o esclarecimento sobre as possibilidades de riscos em diálogo propositivo para a minimização de danos pode instituir uma construção racional e pública de consensos e, assim, alguns medos e mitos criados a respeito da vacinação podem ser desconstruídos. Esses consensos, ao serem praticados, integrariam, sob a abrangência da ação comunicativa inclusive, aqueles que seriam discordantes. Essas concepções bioéticas são de grande valia na reflexão sobre a vacinação que exige ponderação, cautela e otimismo para o alcance da ponte para o futuro na imunização.

REFERÊNCIAS

- ABEYSINGHE, S. Vaccine Narratives and Public Health: Investigating Criticisms of H1N1 Pandemic Vaccination. **PLoS currents**, [s. l.], v. 7, 25 fev. 2015. DOI: 10.1371/currents.outbreaks.17b6007099e92486483872ff39ede178. Disponível em: <http://currents.plos.org/outbreaks/index.html%3Fp=39561.html>. Acesso em: 25 out. 2017.
- AGRINIER, N. *et al.* Discrepancies between general practitioners' vaccination recommendations for their patients and practices for their children. **Clinical microbiology and infection**, [s. l.], v. 23, n. 5, p. 311-317, 1 maio 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2016.08.019>.
- AHMED, A. *et al.* Outbreak of vaccine-preventable diseases in Muslim majority countries. **Journal of infection and public health**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 153-155, 4 out. 2017. DOI: 10.1016/j.jiph.2017.09.007.
- ALABBAD, A. *et al.* Prevalence of influenza vaccine hesitancy at a tertiary care hospital in Riyadh, Saudi Arabia. **Journal of infection and public health**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 491-499, 5 out. 2017. DOI: 10.1016/j.jiph.2017.09.002.
- ALBUQUERQUE, R.; GARRAFA, V. Autonomia e indivíduos sem capacidade para consentir: o caso dos menores de idade. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 452-458, set./dez. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243144>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300452. Acesso em: 20 maio 2018.
- ATKINSON, K. M. *et al.* Can mobile technologies improve on-time vaccination? A study piloting maternal use of Immunize CA, a Pan-Canadian immunization app. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 12, n. 10, p. 2654-2661, 2016. DOI: 10.1080/21645515.2016.1194146.
- ATKINSON, K. M. *et al.* Vaccination attitudes and mobile readiness: a survey of expectant and new mothers. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 1039-1045, 3 abr. 2015.
- ATTWELL, K.; FREEMAN, M. I Immunise: an evaluation of a values-based campaign to change attitudes and beliefs. **Vaccine**, [s. l.], v. 33, n. 46, p. 6235-6240, 17 nov. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.09.092>.
- BARBIERI, C. L. A. *et al.* A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], v. 33, n. 2, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00173315>.
- BASHARAT, S.; SHAIKH, B. T. Polio immunization in Pakistan: ethical issues and challenges. **Public Health Reviews**, [s. l.], v. 38, n. 1, p. 1-6, 6 dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0049-4>.

BAUCH, C. T.; EARN, D. J. D. Vaccination and the theory of games. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, [Washington], v. 101, n. 36, p. 13391-13394, 7 set. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.0403823101>.

BAXTER, A. L. *et al.* The number of injected same-day preschool vaccines relates to preadolescent needle fear and HPV uptake. **Vaccine**, [s. l.], v. 35, n. 33, p. 4213-4219, 2017. DOI: [10.1016/j.vaccine.2017.06.029](https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.06.029).

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios da Ética Bio médica**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

BENATAR, S. R. Moral Imagination: The Missing Component in Global Health. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 2, n. 12, p. 1207-1210, 27 dez. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020400>.

BETSCH, C. *et al.* The Influence of Vaccine-critical Websites on Perceiving Vaccination Risks. **Journal of Health Psychology**, [s. l.], v. 15, n. 3, p. 446-455, 26 abr. 2010. DOI: [10.1177/1359105309353647](https://doi.org/10.1177/1359105309353647).

BIASIO, L. R. *et al.* Communication about vaccination: a shared responsibility. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 12, n. 11, p. 2984-2987, 2016. DOI: [10.1080/21645515.2016.1198456](https://doi.org/10.1080/21645515.2016.1198456).

BJÖRKMAN, I.; SANNER, M. A. The Swedish A(H1N1) vaccination campaign-why did not all Swedes take the vaccination? **Health policy**, v. 109, n. 1, p. 63-70, jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.004>.

BOND, L.; NOLAN, T. Making sense of perceptions of risk of diseases and vaccinations: a qualitative study combining models of health beliefs, decision-making and risk perception. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 2-14, 20 dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-943>.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011. DOI: <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>.

BRASIL. Decreto nº 78.231, de 12 de Agosto de 1976. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [20--]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78231-12-agosto-1976-427054-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 23 fev. 2018.

BRASIL. Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos. Fundação Oswaldo Cruz. **Vacinas**: as origens, a importância e os novos debates sobre seu uso. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/noticias/1263-vacinas-as-origens-aimportancia-e-os-novos-debates-sobre-seu-uso?showall=1&limitstart=>. Acesso em: 22 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. **DATASUS**. Brasília, 2018b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def>. Acesso em: 21 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde atualiza casos de sarampo**. 2018a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44399-ministerio-da-saude-atualiza-casos-de-sarampo-7>. Acesso em: 24 out. 2018.

BREBAN, R. Health newscasts for increasing influenza vaccination coverage: an inductive reasoning game approach. **PloS one**, [s. l.], v. 6, n. 12, p. 1-10, dez. 2011. DOI: 10.1371/journal.pone.0028300.

BUCHAN, S. A.; KWONG, J. C. Trends in influenza vaccine coverage and vaccine hesitancy in Canada, 2006/07 to 2013/14: results from cross-sectional survey data. **CMAJ Open**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. E455-E462, 19 ago 2016. DOI: 10.9778/cmajo.20160050.

BUTTENHEIM, A. M. *et al.* MMR vaccination status of children exempted from school-entry immunization mandates. **Vaccine**, [s. l.], v. 33, n. 46, p. 6250-6256, 17 nov. 2015. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.09.075.

BUTTENHEIM, A. M.; ASCH, D. A. Making vaccine refusal less of a free ride. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 12, p. 2674-2675, dez. 2013. DOI: 10.4161/hv.26676.

BUTTENHEIM, A. M.; CHERNG, S. T.; ASCH, D. A. Provider dismissal policies and clustering of vaccine-hesitant families: an agent-based modeling approach. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 8, p. 1819-1824, ago. 2013. DOI: 10.4161/hv.25635.

CALLENDER, D. Vaccine hesitancy: More than a movement. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 12, n. 9, p. 2464-2468, 9 set. 2016. DOI: 10.1080/21645515.2016.1178434.

CATES, J. R.; COYNE-BEASLEY, T. Social marketing to promote HPV vaccination in pre-teenage children: talk about a sexually transmitted infection. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 11, n. 2, p. 347-349, 18 fev. 2015. DOI: 10.4161/21645515.2014.994458.

CHUNG, Y. *et al.* Influences on Immunization Decision-Making among US Parents of Young Children. **Maternal and child health journal**, [s. l.], v. 21, n. 12, p. 2178-2187, dez. 2017. DOI: 10.1007/s10995-017-2336-6.

CLEMMONS, N. S. *et al.* Measles - United States, January 4-April 2, 2015. **Morbidity and mortality weekly report**, [Atlanta], v. 64, n. 14, p. 373-376, 17 abr. 2015.

CONNELLY, Y. *et al.* Using the social structure of markets as a frame for analyzing vaccination debates: the case of emergency polio vaccination. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 12, n. 7, p. 373-376, 17 abr. 2016. DOI: 10.1080/21645515.2016.1147637.

CUNHA, T.; LORENZO, C. Bioética global na perspectiva da bioética crítica. **Rev. bioética**, [Brasília], v. 22, n. 1, p. 116-125, jan./abr. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a13v22n1.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

DI PIETRO, M. L. *et al.* Vaccine hesitancy: parental, professional and public responsibility. **Annali dell'Istituto superiore di sanita**, [s. l.], v. 53, n. 2, p. 157-162, abr./jun. 2017. DOI: 10.4415/ANN_17_02_13.

DIEKEMA, D. S. Provider dismissal of vaccine-hesitant families: misguided policy that fails to benefit children. **Human vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 12, p. 2661-2662, dez. 2013. DOI: 10.4161/hv.26284.

DUBÉ, E. *et al.* Parental vaccine hesitancy in Quebec (Canada). **PLoS Currents**, [s. l.], v. 8, mar. 2016. DOI: 10.1371/currents.outbreaks.9e239605f4d320c6ad27ce2aea5aaad2.

DUBÉ, E. *et al.* Understanding vaccine hesitancy in Canada: results of a consultation study by the Canadian Immunization Research Network. **PLoS one**, [s. l.], v. 11, n. 6, 3 jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156118>.

ELIAS, C. *et al.* Seasonal influenza vaccination coverage and its determinants among nursing homes personnel in western France. **BMC public health**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 1-10, jul. 2017. DOI: 10.1186/s12889-017-4556-5.

FADDA, M. *et al.* What are parents' perspectives on psychological empowerment in the MMR vaccination decision? A focus group study. **BMJ open**, [s. l.], v. 6, n. 4, 15 abr. 2016. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-010773.

FEIJÓ, R. B.; SÁFADI, M. A. P. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. **Jornal de Pediatria**, [Rio de Janeiro], v. 82, n. 3, p. s1-s3, jul. 2006. DOI: 10.2223/JPED.1497.

FORBES, T. A. *et al.* Vaccination uptake by vaccine-hesitant parents attending a specialist immunization clinic in Australia. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 11, n. 12, p. 2895-2903, 2 dez. 2015. DOI: 10.1080/21645515.2015.1070997.

FORTES, P. A. de C. *et al.* Bioética e saúde global: um diálogo necessário. **Rev. bioética**, [Brasília], v. 20, n. 2, p. 219-225, 2012.

FORTES, P. A. de C. Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, p. 152-161, 2015. Supl. 1. DOI: 10.1590/S0104-12902015S01013.

FREED, G. L.; TURBITT, E. The global imperative to address vaccine-preventable diseases. **Aust Fam Physician**, [Melbourne], v. 45, n. 1, p. 14-16, jan./fev. 2016.

FREW, P. M. *et al.* Parental experiences with vaccine information statements: Implications for timing, delivery and parent-provider immunization communication. **Vaccine**, [s. l.], v. 34, n. 48, p. 5840-5844, 21 nov. 2016. DOI: 10.1016/j.vaccine.2016.10.026.

GAHR, P. *et al.* An outbreak of measles in an undervaccinated community. **Pediatrics**, [s. l.], v. 134, n. 1, p. e220-228, jul. 2014. DOI: 10.1542/peds.2013-4260.

GARRAFA, V.; SOARES, S. P. O princípio da solidariedade e cooperação na perspectiva bioética. **Bioethikos**, [São Paulo], v. 7, n. 3, p. 247-258, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/105/1809.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

GHINAI, I. *et al.* Listening to the rumours: what the northern Nigeria polio vaccine boycott can tell us ten years on. **Global Public Health**, [s. l.], v. 8, n. 10, p. 1138-1150, 3 dez. 2013. DOI: 10.1080/17441692.2013.859720.

GILKEY, M. B. *et al.* Parents who refuse or delay HPV vaccine: differences in vaccination behavior, beliefs and clinical communication preferences. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 680-686, 4 mar. 2017. DOI: 10.1080/21645515.2016.1247134.

GILKEY, M. B.; MCREEA, L.; BREWER, N. T. Forgone vaccination during childhood and adolescence: findings of a statewide survey of parents. **Preventive medicine**, [s. l.], v. 56, n. 3/4, p. 202-206, mar. 2013. DOI: 10.1016/j.ypmed.2012.12.019.

GLANZ, J. M. *et al.* Web-based Social Media Intervention to Increase Vaccine Acceptance: A Randomized Controlled Trial. **Pediatrics**, [s. l.], v. 140, n. 6, p. 1-11, dez. 2017.

GOLDSTEIN, S. *et al.* Health communication and vaccine hesitancy. **Vaccine**, [s. l.], v. 33, n. 34, p. 4212-4214, 14 ago. 2015. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.042.

GOWDA, C. *et al.* A pilot study on the effects of individually tailored education for MMR vaccine-hesitant parents on MMR vaccination intention. **Human vaccines & immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 437-445, 4 jan. 2013a.

GOWDA, C. *et al.* Does the relative importance of MMR vaccine concerns differ by degree of parental vaccine hesitancy?: An exploratory study. **Human vaccines & immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 430-436, 1 fev. 2013b. DOI: 10.4161/hv.22065.

GOWDA, C.; DEMPSEY, A. F. The rise (and fall?) of parental vaccine hesitancy. **Human vaccines & immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 8, p. 1755-1762, ago. 2013. DOI: 10.4161/hv.25085.

GREENBERG, J.; DUBÉ, E.; DRIEDGER, M. Vaccine Hesitancy: In Search of the Risk Communication Comfort Zone. **PLoS Currents**, [s. l.], v. 9, 3 mar. 2017. DOI: 10.1371/currents.outbreaks.0561a011117a1d1f9596e24949e8690b.

GREENFIELD, L. S. *et al.* Strategies for increasing adolescent immunizations in diverse ethnic communities. **The Journal of adolescent health**, v. 56, p. S47-S53, maio 2015. Supl. 5. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2014.10.274.

GUST, D. A. *et al.* Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. **Pediatrics**, [s. l.], v. 122, n. 4, p. 718-725, out. 2008. DOI: 10.1542/peds.2007-0538.

HABERMAS, J. Para o uso pragmático, ético e moral da razão prática. **Estudos Avançados**, [São Paulo], v. 3, n. 7, p. 4-19, set./dez. 1989. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141989000300002>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141989000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 22 nov. 2018.

HAMAMA-RAZ, Y.; GINOSSAR-DAVID, E.; BEM-EZRA, M. Parental regret regarding children's vaccines-The correlation between anticipated regret, altruism, coping strategies and attitudes toward vaccines. **Israel journal of health policy research**, [s. l.], v. 5, p. 1-9, 2016. DOI: 10.1186/s13584-016-0116-1.

HANDY, L. K. *et al.* The impact of access to immunization on vaccine acceptance in three countries. **PloS one**, [s. l.], v. 12, n. 8, p. 1-16, 3 ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180759>.

HARDT, K. *et al.* Sustaining Vaccine Confidence in the 21st Century. **Vaccines**, [Basileia], v. 1, n. 3, p. 204-224, 24 jun. 2013. DOI: 10.3390/vaccines1030204.

HAUSMAN, B. L. *et al.* 'Poisonous, filthy, loathsome, damnable stuff': the rhetorical ecology of vaccination concern. **Yale Journal of Biology and Medicine**, [New Haven], v. 87, n. 4, p. 403-416, dez. 2014.

HENRIKSON, N. B. *et al.* Physician Communication Training and Parental Vaccine Hesitancy: a Randomized Trial. **Pediatrics**, [s. l.], v. 136, n. 1, p. 70-79, jul. 2015. DOI: 10.1542/peds.2014-3199.

HOPE, K. *et al.* Measles transmission in health care waiting rooms: implications for public health response. **Western Pacific surveillance and response journal**, v. 3, n. 4, p. 33-38, out. 2012. DOI: 10.5365/WPSAR.2012.3.3.009.

JEGEDE, A. S. What Led to the Nigerian Boycott of the Polio Vaccination Campaign? **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 417-422, 20 mar. 2007. DOI: 10.1371/journal.pmed.0040073.

JONES, A. M. *et al.* Parents' source of vaccine information and impact on vaccine attitudes, beliefs, and nonmedical exemptions. **Advances in preventive medicine**, [s. l.], v. 2012, p. 1-9, 2012. DOI: 10.1155/2012/932741.

JØRGENSEN, L.; GØTZSCHE, P. C.; JEFFERSON, T. The Cochrane HPV vaccine review was incomplete and ignored important evidence of bias. **BMJ evidence-based medicine**, [s. l.], v. 23, n. 5, p. 165-168, 1 out. 2018. DOI: 10.1136/bmjebm-2018-111012.

KANG, G. J. *et al.* Semantic network analysis of vaccine sentiment in online social media. **Vaccine**, [s. l.], v. 35, n. 29, p. 3621-3638, 22 jun. 2017. DOI: 10.1016/j.vaccine.2017.05.052.

KAUFMAN, J. *et al.* The comprehensive "Communicate to Vaccinate" taxonomy of communication interventions of childhood vaccination in routine and campaign contexts. **BMC public health**, [s. l.], v. 17, n. 423, p. 1-11, 2017. DOI: 10.1186/s12889-017-4320-x.

KEMPE, A. *et al.* Physician response to parental requests to spread out the recommended vaccine schedule. **Pediatrics**, [s. l.], v. 135, n. 4, p. 666-677, abr. 2015. DOI: 10.1542/peds.2014-3474.

KENNEDY, A.; BASKET, M.; SHEEDY, K. Vaccine attitudes, concerns, and information sources reported by parents of young children: results from the 2009 HealthStyles survey. **Pediatrics**, [s. l.], v. 127, p. S92-S99, maio 2011. Supl. 1. DOI: 10.1542/peds.2010-1722N.

KESTENBAUM, L. A.; FEEMSTER, K. A. Identifying and addressing vaccine hesitancy. **Pediatric annals**, [Nova Iorque], v. 44, n. 4, p. 1-8, abr. 2015. DOI: 10.3928/00904481-20150410-07.

KIM, T. H.; JOHNSTONE, J.; LOEB, M. Vaccine herd effect. **Scandinavian journal of infectious diseases**, [Estocolmo], v. 43, n. 9, p. 683-689, set. 2011. DOI: 10.3109/00365548.2011.582247.

KRISS, J. L. *et al.* Vaccine receipt and vaccine card availability among children of the apostolic faith: analysis from the 2010-2011 Zimbabwe demographic and health survey. **Pan African Medical Journal**, [Kampala], v. 24, n. 47, p. 1-9, 2016. DOI: 10.11604/pamj.2016.24.47.8663

LARSON, H. J. *et al.* Measuring vaccine confidence: introducing a global vaccine confidence index. **PLoS Currents**, [s. l.], v. 7, 25 fev. 2015a. DOI: 10.1371/currents.outbreaks.ce0f6177bc97332602a8e3fe7d7f7cc4.

LARSON, H. J. *et al.* Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. **Vaccine**, [s. l.], v. 33, n. 34, p. 4165-4175, 14 ago. 2015b. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.037.

LARSON, H. J. *et al.* Tracking the global spread of vaccine sentiments: the global response to Japan's suspension of its HPV vaccine recommendation. **Human vaccines & immunotherapeutics**, [s. l.], v. 10, n. 9, p. 2543-2550, 2014. DOI: 10.4161/21645515.2014.969618.

LARSON, H. J. Vaccine trust and the limits of information. **Science**, [Nova Iorque], v. 353, n. 6305, p. 1207-1208, 16 set. 2016. DOI: 10.1126/science.aah6190.

LEASK, J. *et al.* Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. **BMC Pediatrics**, [Londres], v. 12, n. 154, p. 1-24, 21 dez. 2012. DOI: 10.1186/1471-2431-12-154.

LEASK, J.; WILLABY, H. W.; KAUFMAN, J. The big picture in addressing vaccine hesitancy. **Human vaccines & immunotherapeutics**, [s. l.], v. 10, n. 9, p. 2600-2602, 2 set. 2014. DOI: 10.4161/hv.29725.

LESSA, S. de C. *et al.* Proteção individual versus proteção coletiva: análise bioética do programa nacional de vacinação infantil em massa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 20, n. 1, p. 115-124, jan. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014201.14882013>.

LESSA, S. de C.; DÓREA, J. G. Bioética e vacinação infantil em massa. **Revista bioética**, [Brasília], v. 21, n. 2, p. 226-236, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a05v21n2.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

LEVI, M. *et al.* The "Fluad Case" in Italy: Could it have been dealt differently? **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 379-384, 7 fev. 2017. DOI: 10.1080/21645515.2017.1264738.

LORENC, T. *et al.* Seasonal influenza vaccination of healthcare workers: systematic review of qualitative evidence. **BMC health services research**, [Londres], v. 17, n. 732, p. 1-24, 15 nov. 2017. DOI: 10.1186/s12913-017-2703-4.

LUNDGREN, B. 'Rhyme or reason?' Saying no to mass vaccination: subjective re-interpretation in the context of the A(H1N1) influenza pandemic in Sweden 2009-2010. **Medical Humanities**, [Kennebunkport], v. 41, n. 2, p. 107-112, dez. 2015. DOI: 10.1136/medhum-2015-010684.

LWEMBE, S. *et al.* A qualitative evaluation to explore the suitability, feasibility and acceptability of using a "celebrate card" intervention in primary care to improve the uptake of childhood vaccinations. **BMC family practice**, [Londres], v. 17, n. 111, p. 1-30, 30 dez. 2016. DOI: 10.1186/s12875-016-0497-9.

MACDONALD, N. E. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. **Vaccine**, [s. l.], v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 14 ago. 2015. DOI: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036.

MACDONALD, N. E.; DUBÉ, E. Unpacking Vaccine Hesitancy Among Healthcare Providers. **EBioMedicine**, [s. l.], v. 2, n. 8, p. 792-793, ago. 2015. DOI: 10.1016/j.ebiom.2015.06.028.

MAROTTA, C. *et al.* Improvement in vaccination knowledge among health students following an integrated extra curricular intervention, an explorative study in the University of Palermo. **Journal of preventive medicine and hygiene**, [Parma], v. 58, n. 2, p. E93-E98, jun. 2017.

MARTI, M. *et al.* Assessments of global drivers of vaccine hesitancy in 2014-Looking beyond safety concerns. **PloS one**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 1-19, mar. 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0172310.

MAURICE, A. de S.; EDWARDS, K. M. Vaccine Hesitancy in Children-A Call for Action. **Children**, [Suíça], v. 3, n. 2, p. 1-3, 29 abr. 2016. DOI: 10.3390/children3020007.

MCKEE, C.; BOHANNON, K. Exploring the Reasons Behind Parental Refusal of Vaccines. **The journal of pediatric pharmacology and therapeutics**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 104-109, mar./abr. 2016.

MORAN, M. B. *et al.* Individual, Cultural and Structural Predictors of Vaccine Safety Confidence and Influenza Vaccination Among Hispanic Female Subgroups. **Journal of Immigrant and minority health**, [Nova Iorque], v. 19, n. 4, p. 790-800, 6 ago. 2017. DOI: 10.1007/s10903-016-0428-9.

MORAN, M. B. *et al.* Information scanning and vaccine safety concerns among African American, Mexican American and non-Hispanic white women. **Patient Education and Counseling**, [Princeton], v. 99, n. 1, p. 147-153, jan. 2016. DOI: 10.1016/j.pec.2015.08.016.

MY, C. *et al.* Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: A national online survey. **Australian family physician**, [Sydney], v. 46, n. 3, p. 145-151, mar. 2017.

MYERS, A. L. *et al.* Haemophilus influenzae Type b Invasive Disease in Amish Children, Missouri, USA, 2014. **Emerging infectious diseases**, [Atlanta], v. 23, n. 1, p. 112-114, jan. 2017. DOI: 10.3201/eid2301.160593.

NAUS, M. *et al.* Outbreak of measles in an unvaccinated population, British Columbia, 2014. **Canada communicable disease report**, [s. l.], v. 41, n. 7, p. 169-174, 2 jul. 2015.

NOWAK, G. J.; CACCIATORE, M. A. Parents' confidence in recommended childhood vaccinations: Extending the assessment, expanding the context. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 687-700, 4 mar. 2017. DOI: 10.1080/21645515.2016.1236881.

OFFIT, P. A. *et al.* Addressing parents' concerns: do multiple vaccines overwhelm or weaken the infant's immune system? **Pediatrics**, [s. l.], v. 109, n. 1, p. 124-129, jan. 2002.

OKU, A. *et al.* Communication strategies to promote the uptake of childhood vaccination in Nigeria: a systematic map. **Global health action**, [s. l.], v. 9, p. 1-26, 2016. DOI: 10.3402/gha.v9.30337.

OKU, A. *et al.* Perceptions and experiences of childhood vaccination communication strategies among caregivers and health workers in Nigeria: a qualitative study. **PloS one**, [s. l.], v. 12, n. 11, p. 1-42, 8 nov. 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0186733.

OPEL, D. J. *et al.* The Architecture of Provider-Parent Vaccine Discussions of Health Supervision Visits. **Pediatrics**, [s. l.], v. 132, n. 6, p. 1037-1046, 1 dez. 2013b.

OPEL, D. J. *et al.* The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. **JAMA pediatrics**, [Chicago], v. 167, n. 11, p. 1065-1071, nov. 2013a. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2013.2483.

ORABY, T.; THAMPI, V.; BAUCH, C. T. The influence of social norms on the dynamics of vaccinating behaviour for paediatric infectious diseases. **Proceedings. Biological sciences**, [Londres], v. 281, n. 1780, p. 1-23, 7 abr. 2014. DOI: 10.1098/rspb.2013.3172.

PATERSON, P.; CHANTLER, T.; LARSON, H. J. Reasons for non-vaccination: Parental vaccine hesitancy and the childhood influenza vaccination school pilot programme in England. **Vaccine**, [s. l.], v. 36, n. 36, p. 5397-5401, 14 ago. 2017. DOI: 10.1016/j.vaccine.2017.08.016.

PATRYN, R. K.; ZAGAJA, A. Vaccinations-Between free will and coercion. **Human Vaccines and Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 12, n. 8, p. 2204-2205, 2 ago. 2016. DOI: 10.1080/21645515.2016.1162936. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27070840>. Acesso em: 22 out. 2017.

PESSINI, L. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. **Thaumazein**, [Santa Maria], v. 10, n. 19, p. 75-85, 2017.

PHADKE, V. K. *et al.* Association Between Vaccine Refusal and Vaccine-Preventable Diseases in the United States. **JAMA**, [Chicago], v. 315, n. 11, p. 1149-1158, 15 mar. 2016. DOI: 10.1001/jama.2016.1353.

PIERIK, R. On religious and secular exemptions: a case study of childhood vaccination waivers. **Ethnicities**, [Londres], v. 17, n. 2, p. 220-241, abr. 2017. DOI: 10.1177/1468796817692629.

PRUSTY, R. K.; KUMAR, A. Socioeconomic dynamics of gender disparity in childhood immunization in India, 1992-2006. **PloS one**, [s. l.], v. 9, n. 8, p. 1-33, ago. 2014. DOI: 10.1371/journal.pone.0104598.

QUADRI-SHERIFF, M. *et al.* The role of herd immunity in parents' decision to vaccinate children: a systematic review. **Pediatrics**, [s. l.], v. 130, n. 3, p. 522-530, 1 set. 2012. DOI: 10.1542/peds.2012-0140.

QUINN, S. C. *et al.* Exploring racial influences on flu vaccine attitudes and behavior: Results of a national survey of White and African American adults. **Vaccine**, [s. l.], v. 35, n. 8, p. 1167-1174, 22 fev. 2017. DOI: 10.1016/j.vaccine.2016.12.046.

QUINN, S. *et al.* Exploring the Continuum of Vaccine Hesitancy Between African American and White Adults: Results of a Qualitative Study. **PLoS Currents**, [s. l.], v. 8, p. 1-48, 29 dez. 2016. DOI: 10.1371/currents.outbreaks.3e4a5ea39d8620494e2a2c874a3c4201.

REAL, F. *et al.* Resident perspectives on communication training that utilizes immersive virtual reality. **Education for Health**, [Cambridge], v. 30, n. 3, p. 228-231, set./dez. 2017. DOI: 10.4103/efh.EfH_9_17.

RICCÒ, M. *et al.* Knowledge, attitudes and practices (KAP) towards vaccinations in the school settings: an explorative survey. **Journal of preventive medicine and hygiene**, [Parma], v. 58, n. 4, p. E266-E278, dez. 2017. DOI: 10.15167/2421-4248/jpmh2017.58.4.673.

RIEDEL, S. Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. **Proceedings**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 21-25, jan. 2005. DOI: 10.1080/08998280.2005.11928028.

ROPEIK, D. How society should respond to the risk of vaccine rejection. **Human vaccines & immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 8, p. 1815-1818, ago. 2013. DOI: 10.4161/hv.25250.

SANCHES, M. A. **Bioética: Ciência e Transcendência**. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 136 p.

SCHRAMM, F. R. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 22, n. 5, p. 1531-1538, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.04532017>.

SCHUSTER, M.; BURCKHARDT, F.; STELZER, T. Why Are Young Adults Affected? Estimating Measles Vaccination Coverage in 20-34 Year-Old Germans in Order to Verify Progress Towards Measles Elimination. **PLoS Currents**, [s. l.], v. 7, p. 1-15, fev. 2015. DOI: 10.1371/currents.outbreaks.0a2d3e9465f067a0b2933d598d504d2e.

SCHWARTZ, J. L. "Model"patients and the consequences of provider responses to vaccine hesitancy. **Human vaccines & immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 12, p. 2663-2665, dez. 2013. DOI: 10.4161/hv.26371.

SCULLARD, P.; PEACOCK, C.; DAVIES, P. Googling children's health: reliability of medical advice on the internet. **Archives of disease in childhood**, [Londres], v. 95, n. 8, p. 580-582, ago. 2010. DOI: 10.1136/adc.2009.168856.

SEEBER, L. *et al.* Educating parents about the vaccination status of their children: a user-centered mobile application. **Preventive medicine reports**, [Nova Iorque], v. 5, p. 241-250, mar. 2017. DOI: 10.1016/j.pmedr.2017.01.002.

SELGELID, M. J. **Disease Prevention and Control**. [S. l.]: Springer, 2016.

SHELBY, A.; ERNST, K. Story and science: how providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v.9, n. 8, p. 1795-1801, ago. 2013. DOI: 10.4161/hv.24828.

SHIM, E. *et al.* The influence of altruism on influenza vaccinations decisions. **J R Soc Interface**, [Londres], v. 9, n. 74, p. 2234-2243, sep. 2012. DOI: 10.1098/rsif.2012.0115.

SINGH, K.; HANEY, E.; OLORUNSAIYE, C. Maternal autonomy and attitudes towards gender norms: associations with childhood immunization in Nigeria. **Maternal and child health journal**, [Nova Iorque], v. 17, n. 5, p. 837-841, jul. 2013. DOI: 10.1007/s10995-012-1060-5.

STAPLETON, G. *et al.* Global health ethics: an introduction to prominent theories and relevant topics. **Global Health Action**, [Filadélfia], v. 7, p. 1-20, 13 fev. 2014. DOI: 10.3402/gha.v7.23569. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24560262>. Acesso em: 22 out. 2017.

STURM, L. A.; MAYS, R. M.; ZIMET, G. D. Parental beliefs and decision making about child and adolescent immunization: from polio to sexually transmitted infections. **Journal of developmental and behavioral pediatrics**, [Baltimore], v. 26, n. 6, p. 441-452, dez. 2005.

SUNDARAM, N. *et al.* Community awareness, use and preference for pandemic influenza vaccines in Pune, India. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 11, n. 10, p. 2376-2388, 3 out. 2015. DOI: 10.1080/21645515.2015.1062956.

SURYADEVARA, M. *et al.* Influenza vaccine hesitancy in a low-income community in central New York State. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 10, n. 7, p. 2098-2103, 2014. DOI: 10.4161/hv.28803.

TADDIO, A. *et al.* Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. **Canadian Medical Association journal**, [Ottawa], v. 187, n. 13, p. 975-982, 22 set. 2015. DOI: 10.1503/cmaj.150391.

TADDIO, A. *et al.* Relative effectiveness of additive pain interventions during vaccination in infants. **Canadian Medical Association Journal**, [Ottawa], v. 189, n. 6, p. E227-E234, 13 fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.160542>.

TURNER, N. M. *et al.* The challenges and opportunities of translating best practice immunisation strategies among low performing general practices to reduce equity gaps in childhood immunisation coverage in New Zealand. **BMC Nursing**, [s. l.], v. 16, n. 31, p. 1-24, 12 dez. 2017.

TUSTIN, J. L. *et al.* Facebook Recruitment Of Vaccine-Hesitant Canadian Parents: Cross-Sectional Study. **JMIR public health and surveillance**, [Toronto], v. 3, n. 3, p. 1-31, 24 jul. 2017. DOI: 10.2196/publichealth.6870.

UGARTE, O. N.; ACIOLY, M. A. O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso... **Rev Col Bras Cir**, v. 41, n. 5, p. 274-277, out. 2014. DOI: 10.1590/0100-69912014005013.

UNESCO. **Declaração Universal Sobre Bioética e Direitos Humanos**. [Brasília]: [s. n.], 2005. Tradução: Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado, Revisão: Volnei Garrafa. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf. Acesso em 06 abr. 2018.

VANWORMER, J. J. *et al.* Association between parent attitudes and receipt of human papillomavirus vaccine in adolescents. **BMC public health**, [s. l.], v. 17, n. 766, p. 1-20, 2 out. 2017. DOI: 10.1186/s12889-017-4787-5.

VELAN, B. Vaccine hesitancy as self-determination: an Israeli perspective. **Israel Journal of Health policy Research**, [s. l.], v. 5, n. 13, dez. 2016. DOI: 10.1186/s13584-016-0071-x.

VERGER, P. *et al.* Prevalence and correlates of vaccine hesitancy among general practitioners: a cross-sectional telephone survey in France, April to July 2014. **Eurosurveillance**, [Suécia], v. 21, n. 47, p. 1-21, 24 nov. 2016. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2016.21.47.30406.

VERGER, P. *et al.* Vaccine Hesitancy Among General Practitioners and Its Determinants During Controversies: a National Cross-sectional Survey in France. **EBioMedicine**, [s. l.], v. 2, n. 8, p. 891-897, ago. 2015. DOI: 10.1016/j.ebiom.2015.06.018.

VISSER, O. *et al.* Assessing Determinants of the intention to accept a pertussis cocooning vaccination: a survey among healthcare workers in maternity and paediatric care. **Vaccine**, [s. l.], v. 36, n. 5, p. 736-743, 29 jan. 2018. DOI: 10.1016/j.vaccine.2017.12.021.

WALTER, J. K.; ROSS, L. F. Relational Autonomy: Moving Beyond the Limits of Isolated Individualism. **Pediatrics**, [s. l.], v. 133, p. S16-S23, fev. 2014. Supl. 1. DOI: 10.1542/peds.2013-3608D.

WANG, E.; BARAS, Y.; BUTTENHEIM, A. M. "Everybody just want to do what's best for their child": understanding how pro-vaccine parents can support a culture of vaccine hesitancy. **Vaccine**, [s. l.], v. 33, n. 48, p. 6703-6709, 27 nov. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.10.090>.

WARD, J. K.; PERETTI-WATEL, P.; VERGER, P. Vaccine criticism on the Internet: propositions for future research. **Human vaccines & immunotherapeutics**, [s. l.], v. 12, n. 7, p. 1924-1929, 2016.

WARNER, E. L. *et al.* Health Care Providers' Knowledge of HPV Vaccination, Barriers and Strategies in a State With Low HPV Vaccine Receipt: Mixed Methods Study. **JMIR Cancer**, [Toronto], v. 3, n. 2, p. 1-23, 11 ago. 2017. DOI: 10.2196/cancer.7345.

WHEELER, M.; BUTTENHEIM, A. M. Parental vaccine concerns, information source and choice of alternative immunization schedules. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 9, n. 8, p. 1782-1789, 8 ago. 2013. DOI: 10.4161/hv.25959.

WILLIAMS, S. E. *et al.* A randomized trial to increase acceptance of childhood vaccines by vaccine-hesitant parents: a pilot study. **Academic Pediatrics**, [Nova lorque], v. 13, n. 5, p. 477-480, 2013. DOI: 10.1016/j.acap.2013.03.011.

WILSON, K.; ATKINSON, K. M.; WESTEINDE, J. Apps for immunization: Leveraging mobile devices to place the individual at the center of care. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v.11, n. 10, p. 2395-2399, 3 out. 2015. DOI: 10.1080/21645515.2015.1057362.

WILSON, K.; ATKINSON, K.; CROWCROFT, N. Teaching children about immunisation in a digital age. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, [s. l.], v. 13, n. 5, p. 1155-1157, 2017. DOI: 10.1080/21645515.2016.1271519.

WONG, K. K. *et al.* Knowledge, attitudes and practices about influenza illness and vaccination: a cross-sectional survey in two South African communities. **Influenza and other respiratory viruses**, [Oxford, Reino Unido] v. 10, n. 5, p. 421-428, 2016. DOI: 10.1111/irv.12388.

WOUTENBERG, T. *et al.* Large measles epidemic in the Netherlands, May 2013 to March 2014: changing epidemiology. **Eurosurveillance**, [Eurosurveillance], v. 22, n. 3, p. 1-22, 19 jan. 2017. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2017.22.3.30443.

WYMANN, M. N. *et al.* Human Papillomavirus vaccine uptake in adolescence and adherence to cervical cancer screening in Switzerland: a national cross-sectional survey. **International journal of public health**, [Basileia], v. 63, n. 1, p. 105-114, jan. 2018. DOI: 10.1007/s00038-017-1050-x.

YOUNG, M. E.; NORMAN, G. R.; HUMPHREYS, K. R. Medicine in the popular press: the influence of the media on perceptions of disease. **PloS one**, [s. l.], v. 3, n. 10, 2008.

ZIMMERMAN, R. K. *et al.* Vaccine Criticism on the World Wide Web. **Journal of Medical Internet Research**, [s. l.], v. 7, n. 2, 29 jun. 2005. DOI: 10.2196/jmir.7.2.e17.