

Movimento Antivacina: a propagação de uma distopia que ameaça a saúde da população brasileira

Antivacin Movement: the spread of a dystopia that threatens the health of the Brazilian population

DOI:10.34117/bjhrv4n1-034

Recebimento dos originais: 08/12/2020

Aceitação para publicação: 08/01/2021

Ana Cecília Gomes Rosa Luiz

Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG – Brasil. Graduação em Agronomia pela Universidade Federal de Viçosa- Campus Rio Paranaíba (2014).

Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207

E-mail: ana.cecilia.luiz@gmail.com

Bruna Silveira Caixeta

Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG – Brasil.

Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207

E-mail: brunasilveiracaixeta@gmail.com

Milena Ferreira Cruvinel

Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG – Brasil.

Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207

E-mail: milenacruvinel07@hotmail.com

Sarah Peres Amorim Anjos

Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG – Brasil.

Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207

E-mail: saraah_peres@hotmail.com

Stéfany Gonçalves Braga

Discente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG – Brasil.

Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207

E-mail: stefanybragag@gmail.com

Karine Cristine de Almeida

Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG – Brasil. Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Uberlândia (2002). Mestrado em Ciências da Saúde pela UFU (2005). Doutorado (2010) e Pós Doutorado (2012 e 2013) em Imunologia e Parasitologia Aplicadas pela UFU.

Endereço: R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: karineca@unipam.edu.br

Maura Regina Guimarães Rabelo

Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG – Brasil. Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Uberlândia (1989).

Mestrado em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca (2018), Título de Especialista em Medicina da Família e Comunidade pela Associação Médica Brasileira (2009). Especialização em Docência em Saúde (2012).

R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: maura@unipam.edu.br

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM, MG – Brasil. Graduação em Fisioterapia pelo Centro Universitário de Patos de Minas (2010). Mestrado (2013), Doutorado (2016) e Pós-Doutorado (2020) em Promoção da Saúde pela Universidade de Franca. Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário de Patos de Minas. Especialista em Fisioterapia na Saúde da Mulher pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais.

R. Maj. Gote, 808 - Caiçaras, Patos de Minas - MG, 38700-207
E-mail: nataliafga@unipam.edu.br

RESUMO

A imunização deve ser entendida como um regulador no processo saúde-doença e é uma das formas mais seguras e eficazes de prevenir enfermidades e de reduzir a propagação de doenças existentes. Apesar disso, o movimento antivacinação alcançou uma ascendência mundial, fator que pode provocar consequências desastrosas e moldar o percurso da doença e do cuidado na população. Dessa forma, o objetivo desta revisão literária é evidenciar os dados de cobertura vacinal e discutir as razões pelas quais o movimento antivacina ocorre em um contexto de globalização e mídias sociais, bem como os impactos provocados na saúde brasileira. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal, por meio do qual foi realizado levantamento da cobertura vacinal brasileira registrados no Sistema de Programa de Imunização - DATASUS, no Brasil, no período de 2015 a 2020. De acordo com os dados analisados, é notório que houve uma redução de 41,72% da cobertura vacinal entre os anos de 2015 e 2020. Conclui-se então a necessidade de esclarecer a população sobre a importância das vacinas e o perigo representado pela não vacinação.

Palavras-chave: Movimento Antivacina, Cobertura Vacinal, Hesitação Vacinal, Vacinação Brasileira.

ABSTRACT

Immunization must be understood as a regulator in the health-disease process and is one of the safest and most effective ways to prevent illnesses and reduce the spread of existing diseases. Despite this, the anti-vaccination movement has reached a worldwide ascendancy, a factor that can cause disastrous consequences and mold in the course of the disease and care in the population. Thus, the objective of this literary review is to highlight

the data on vaccination coverage and discuss the reasons why the anti-vaccine movement occurs in a context of globalization and social media, as well as the impacts on Brazilian health. This is a quantitative, descriptive, cross-sectional study, through which a survey of the Brazilian vaccination coverage registered in the Immunization Program System - DATASUS, in Brazil, from 2015 to 2020 was carried out. According to the data displacement, it is clear that there was a 41.72% reduction in vaccination coverage between the years 2015 and 2020. The need to clarify the population about the importance of vaccines and the danger represented by non-vaccination is thus concluded.

Keywords: Activacin Movement, Vaccination Coverage, Vaccine Hesitation, Brazilian Vaccination.

1 INTRODUÇÃO

A despeito dos avanços conquistados com as vacinas, o movimento antivacinação alcançou uma ascendência mundial. O primeiro relato do tema em questão ocorreu entre os anos de 1840 e 1853, com a promulgação pelo governo dos Estados Unidos (EUA), de leis que tornavam a vacinação obrigatória, determinando penalidade aos refratários (JUNIOR, 2019). Em 1998, com a publicação de um artigo fraudulento na revista britânica *Lancet*, os grupos antivacinais ganharam não só mais força como também mais adeptos. A narrativa, cuja autoria principal era do médico Andrew Wakefield, relacionava o desenvolvimento de autismo com a aplicação da vacina tríplice viral, a qual promovia imunização contra sarampo, caxumba e rubéola (SHIMIZU, 2018).

No Brasil, os primeiros relatos de vacinação são datados no ano de 1804. Contudo, o tema só ganhou mais relevância cem anos depois, em 1904, com a eclosão da Revolta da Vacina. O movimento popular em questão, consistiu em uma resposta à imunização compulsória, proposta pelo então Diretor Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, contra a varíola. De um lado havia uma população sem acesso à informação e a direitos básicos, como o saneamento, de outro, um governo impositivo e autoritário (SHIMIZU, 2018). Hoje, entretanto, os movimentos antivacinais no país sugerem diferentes conotações de sua origem, seja pela facilidade de disseminação de informações – falsas ou não, seja pelo país ser um Estado democrático de direito que preconiza o bem comum.

A imunidade deve então ser entendida como um regulador no processo saúde-doença. Nesse sentido, não há dúvidas de que esta é uma das formas mais seguras e eficazes de não só prevenir enfermidades e reduzir a propagação de doenças existentes no território brasileiro, como também uma das intervenções de saúde mais bem-sucedidas

e com melhor relação custo-benefício. Sendo assim, a vacina é fundamental para a saúde do paciente que a recebe e para a erradicação de um número significativo de doenças infectocontagiosas (NASSARALLA et al., 2019). Desse modo, nas últimas décadas, muitas conquistas foram alcançadas como a erradicação da varíola e eliminação da poliomielite, as quais foram conhecidas como as maiores vitórias da humanidade, a redução da mortalidade geral e a diminuição da incidência de invalidez e morte por difteria, tétano e sarampo, coqueluche e rubéola (WHO, 2019).

Outrossim, é cientificamente comprovado as grandes vantagens sociais das vacinas, como a prevenção de enfermidades e suas consequências. Prova disso é que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as campanhas de vacinação podem prevenir pelo menos quatro mortes a cada minuto no mundo. Além disso, elas podem, ainda, promover uma economia, em âmbito mundial, de 250 milhões de reais por dia. Isso se deve à prioridade dada a investimentos com baixo custo na prevenção, poupando assim futuros gastos com tratamentos a preços exorbitantes (OZAWA et al., 2017)

É importante ressaltar ainda a recente ascensão da pandemia provocada pelo Covid-19, a qual tem causado preocupação e medo nos indivíduos. Concomitantemente aos sentimentos de angústia, emerge o clamor pela imunidade. Nesse âmbito, porém, existem grupos que usam as mídias sociais para expor informações errôneas e dados falsos que distorcem a realidade e corroboram para o crescimento do movimento antivacina. Em decorrência desse posicionamento contrário a medidas protetivas, consequências desastrosas podem ocorrer e moldar o percurso da doença e do cuidado na população (COUTO et al., 2020).

Destarte, no ano de 2019, “o movimento antivacinação foi inserido pela OMS em seu relatório, como um dos dez maiores riscos à saúde mundial” (SOUSA et. al., 2019). Em vista da complexidade de tal fenômeno cultural, no Brasil, segundo Sousa et. al (2019), os dados do Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (PNI/MS), demonstram que nos anos de 2017 e 2018 a meta de vacinar 95% do público-alvo não foi atingida.

Dessa forma, o objetivo desta revisão literária é evidenciar os dados de cobertura vacinal e discutir as razões pelas quais o movimento antivacina ocorre em um contexto de globalização e mídias sociais, bem como os impactos provocados na saúde brasileira.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal, por meio do qual foi realizado levantamento da cobertura vacinal brasileira registrados no Sistema de Programa de Imunização - DATASUS, no Brasil, no período de 2015 a 2020. A posteriori, os dados foram alocados em uma tabela no Microsoft Excel, para confecção das tabelas e gráficos, bem como da análise descritiva dos dados.

O trabalho foi realizado nas seguintes etapas: (I) pesquisa bibliográfica, (II) análise e coleta de dados a respeito da cobertura vacinal brasileira e (III) cruzamento de dados entre as variáveis regiões, anos e imunobiológicos no Brasil.

Referente à etapa (I) pesquisa bibliográfica, a questão de pesquisa delimitada foi “Como o movimento antivacina impacta na saúde da população brasileira no contexto de globalização e mídias sociais”? Nela, temos: P= população brasileira; I= movimento antivacina; C= não se aplica e O= impacto na saúde da população no contexto de globalização e mídias sociais. A partir do estabelecimento das palavras-chave da pesquisa, foi realizado o cruzamento dos descritores “movimento antivacina”; “cobertura vacinal”; “hesitação vacinal”; “vacinação brasileira”; nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); *National Library of Medicine* (PubMed MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), BIREME e DataSUS.

A busca foi realizada considerando estudos publicados no período compreendido entre 2015 e 2020.

3 RESULTADOS

De acordo com os dados analisados no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações, observa-se que a maior cobertura vacinal foi em 2015, totalizando uma média 93,12%, na qual se destacou a Região Sudeste (98,51%). Em paralelo, no ano de 2020, a média da cobertura vacinal foi de apenas 54,23%, no entanto, mesmo com percentual baixo, a Região Sul foi a que se destacou (59,57%). Logo, é notório que houve uma redução drástica de 38,89% da cobertura vacinal entre os anos expostos (Tabela 1), sendo a média percentual de cobertura vacinal entre os anos de 2015 e 2020 menor que aproximadamente 70%.

Tabela 1: Coberturas Vacinais segundo Regiões no Brasil entre os anos 2015 e 2020 (%)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Região Norte | 83,05 | 48,22 | 66,24 | 69,14 | 72,36 | 49,29 |
| Região Nordeste | 95,40 | 47,96 | 70,05 | 74,04 | 68,84 | 48,4 |
| Região Sudeste | 98,51 | 49,04 | 74,63 | 79,06 | 72,42 | 54,6 |
| Região Sul | 94,24 | 55,60 | 77,43 | 81,40 | 81,60 | 59,57 |
| Região Centro-Oeste | 94,42 | 60,87 | 76,14 | 81,87 | 77,90 | 59,3 |

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

Apesar da vacina DTP ter atingido 93,2% de cobertura vacinal média entre os anos de 2015 e 2016, é válido ressaltar que não houve registros dos dados desse imunobiológico a partir do ano de 2017. Além disso, em 2015 o imunobiológico BCG apresentou maior cobertura vacinal (105,1%), porém em 2020 essa cobertura foi apenas de 67,4% do total. Já em 2020, a maior cobertura vacinal foi a Pneumocócica (76,4%), seguida da Tríplice Viral D1 (75,5%) e Meningococo C (73,1%) (Tabela 2).

Ademais, a vacinação da Febre Amarela foi a única que se observou aumento entre os anos analisados, sendo que no ano de 2015 a cobertura vacinal foi 46,3% e em 2020 foi de 53,3%, com destaque de 62,1% para o ano de 2019 (Tabela 2).

4 DISCUSSÃO

Neste trabalho, observou-se uma tendência de redução no número de imunizações comparando os anos 2015 e 2020, com quedas de 37,7%, 28,4% e 20,6% durante os cinco anos para BCG, poliomielite e tríplice viral, respectivamente. Nesse sentido, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o pensamento de que as doenças cessaram, a

Tabela 2: Coberturas Vacinais por Imunobiológico no Brasil entre os anos 2015 e 2020 (%)

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------------------------|-------|-------|------|------|------|------|
| BCG | 105,1 | 95,6 | 98 | 99,7 | 86,2 | 67,4 |
| Hepatite B em crianças até 30 dias | 90,9 | 81,7 | 85,9 | 88,4 | 78,3 | 57,2 |
| Rotavírus Humano | 95,3 | 89 | 85,1 | 91,3 | 84,9 | 72,6 |
| Meningococo C | 98,2 | 91,7 | 87,4 | 88,5 | 86,9 | 73,1 |
| Hepatite B | 97,7 | 105,2 | 84,4 | 88,5 | 70,5 | 70,9 |
| Penta | 96,3 | 89,3 | 84,2 | 88,5 | 70,5 | 70,9 |
| Pneumocócica | 94,2 | 95 | 92,1 | 95,3 | 88,6 | 76,4 |
| Poliomielite | 98,3 | 84,4 | 84,7 | 89,5 | 83,7 | 69,9 |
| Poliomielite 4 anos | - | - | 62,3 | 63,6 | 68,2 | 59,8 |

| | | | | | | |
|---|-------|------|------|------|------|------|
| Febre Amarela | 46,3 | 44,6 | 47,4 | 59,5 | 62,1 | 53,3 |
| Hepatite A | 97,1 | 71,6 | 78,9 | 82,7 | 84,6 | 70,1 |
| Pneumocócica (1º ref) | 88,4 | 84,1 | 76,3 | 82 | 83,2 | 67,7 |
| Meningococo C (1º ref) | 87,9 | 93,9 | 78,6 | 80,2 | 85,4 | 72,1 |
| Poliomielite (1º ref) | 84,5 | 74,4 | 73,6 | 72,8 | 74,3 | 63,6 |
| Tríplice Viral D1 | 96,1 | 95,4 | 86,2 | 92,6 | 92,7 | 75,5 |
| Tríplice Viral D2 | 79,9 | 76,7 | 72,9 | 76,9 | 81,1 | 59,4 |
| Tetra Viral (SRC+VZ) | 77,4 | 79 | 35,4 | 33,3 | 34,1 | 22,2 |
| DTP | 96,9 | 89,5 | - | - | - | - |
| DTP REF (4 e 6 anos) | - | 2,7 | 66,1 | 68,5 | 53,6 | 67 |
| Tríplice Bacteriana (DTP) (1º ref) | 85,8 | 64,3 | 72,4 | 73,3 | 57 | 74,1 |
| Dupla adulto e tríplice acelular gestante | 45,6 | 31,5 | 34,7 | 45 | 45 | 21,4 |
| dTpa gestante | 45 | 33,8 | 42,4 | 60,2 | 63,2 | 43,7 |
| Tetra valente (DTP/Hib) (TETRA) | 95,5 | 5,2 | - | - | - | - |
| Ignorado | 196,6 | 16,4 | - | - | - | - |

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS)

desinformação sobre as vacinas e a carência de assistência dos serviços de saúde da população a ser vacinada, levam à falsa percepção de que não é mais preciso vacinar, o que representa determinantes dessa situação. Outras condições relacionadas com a não vacinação e menores coberturas vacinais, são as sociodemográficas, como baixa escolaridade dos cuidadores, baixa renda familiar, número elevado de filhos por mãe e ordem de nascimento das crianças (ARROYO et al., 2020).

Nesse contexto, é importante destacar que para alcançar o controle global com a redução da incidência e mortalidade de doenças infecto contagiosas preveníveis, é necessário utilizar a imunização, considerada a intervenção custo-efetiva mais relevante. Analisando os dados explícitos e os identificados pelo PNI, no Brasil, houve uma semelhança em relação à preocupante diminuição da cobertura vacinal nas últimas décadas, principalmente no caso das vacinas do Bacilo Calmette-Guérin (BCG), poliomielite e tríplice viral, despertando para a possibilidade do agravamento de algumas doenças até então equilibradas ou superadas (ARROYO et al., 2020).

Ademais, segundo as notas informativas publicadas pela Sociedade Brasileira de Imunizações e o Ministério da Saúde, houve um desabastecimento da vacina BCG, em 2015 e 2017, apontando essa falta do imunobiológico a provável determinante, de forma tardia, na redução de vacinados em 2016 no Brasil (ARROYO et al., 2020).

Além disso, ao analisar os dados dessa pesquisa, observou-se que o ano de 2016 apresentou a menor cobertura vacinal de febre amarela (44,6%) e a partir de 2017 essa

abrangência aumentou. Conforme Cavalcante (2017) no ano de 2016, o Brasil passou por um dos maiores surtos de febre amarela de transmissão silvestre, no qual a região Sudeste apresentou uma dominância nos casos. A maior incidência de casos de febre amarela silvestre, a alta densidade de infestação pelo *Aedes aegypti* e a baixa cobertura vacinal são aspectos que favoreceram a reemergência da febre amarela. Devido a isso, em abril de 2017, a OMS abrangeu 88 novos municípios brasileiros como áreas com recomendação de vacina contra febre amarela para viajantes internacionais e estabeleceu unidades móveis de vacinação, para ascender coberturas vacinais em populações rurais mais expostas à infecção (CAVALCANTE, 2017).

Todavia, foi possível observar que de 2015 para 2020 a cobertura vacinal para febre amarela aumentou apenas 7%. A imunização universal da população brasileira tem sido questionada em termos de risco/benefício, levando em consideração a carência da vacina para imunização de toda a população em grandes cidades brasileiras, a ocorrência de alguns episódios adversos vacinais preocupantes e até fatais, apesar de raros, e a presença de grupos populacionais com contraindicação relativa da vacina, como imunossuprimidos, portadores de alergia aos componentes da vacina e pessoas em tratamento de neoplasias malignas (CAVALCANTE, 2017).

Neste trabalho, notou-se uma expressiva redução na cobertura vacinal entre os anos de 2015 a 2020 nas diferentes regiões brasileiras. Entre os fatores relacionados a essa diminuição, a transmissão de notícias falsas e sem cunho científico estão entre os mais relevantes, sejam por sua dinâmica e rapidez na facilidade de propagação, seja por seu poder de manipulação (FERREIRA et al., 2020).

Outrossim, é inegável que as mídias sociais são importantes meios de compartilhamento de informações e de experiências pessoais. Contudo, essas redes digitais são também utilizadas para disseminação de conteúdos falsos e sem cunho científico, sobretudo os relacionados à saúde (FERREIRA et al., 2020). Prova disso são as populosas comunidades digitais relacionados ao Movimento Antivacina (MAV), que são propagados, sobretudo, por meio da plataforma Facebook®. Grupos, como “Vacinas: O lado obscuro das Vacinas”¹, contam com milhares de participantes e são usados para transmitir notícias falsas e manipular as pessoas na tentativa de convencê-las sobre os supostos danos provocados por esses imunobiológicos (SARAIVA et al., 2020).

¹ <https://www.facebook.com/groups/OLadoObscuroDasVacinas/>

As notícias falsas disseminadas no Facebook® pelos adeptos do MAV, conforme procurou-se demonstrar, visam principalmente alertar sobre os riscos das vacinas à saúde das crianças e das pessoas em geral. Os emissores desse movimento, geralmente pessoas que não querem se vacinar e pais/responsáveis que não querem vacinar seus filhos, procuram chamar a atenção para efeitos colaterais das vacinas, sem evidência científica. O resultado disso tem sido a volta de doenças já erradicadas comprometendo a chamada imunidade de rebanho ao causar a diminuição das taxas de imunização vacinal (Ferreira et al., 2020, p. 66669-66685).

Nessa perspectiva, segundo APS et al. (2018), apesar do impacto na redução de casos e mortes pelas doenças imunopreveníveis, após a criação do PNI, em 1973, os movimentos antivacinação são cada vez mais frequentes e persuasivos. Esses movimentos utilizam estratégias, como distorção e divulgação de informações falsas, que, alegando uma base científica, questionam a eficácia e segurança de diversas vacinas. No entanto, vale ressaltar que o maior risco para a saúde populacional é a não vacinação.

Ainda de acordo com APS et al. (2018), ao realizar uma rápida pesquisa com o termo “anti-vaccination” em uma das maiores redes sociais atualmente utilizadas, foram encontradas 20 páginas e 17 grupos relacionados a movimentos antivacinação, com quase 15 mil seguidores em um deles. Posteriormente, o mesmo termo foi aplicado no maior site de buscas da web, que apresentou mais de seis milhões de resultados, dentre eles, diversos blogs e comunidades que apoiam a não vacinação.

Consoante ainda à APS et al. (2018), é válido salientar que a decisão da não vacinação é individual, mas não acarreta consequências apenas para o indivíduo, sendo, assim, um problema de saúde pública. Nesse sentido, a decisão de não se vacinar ou persuadir pessoas de seu convívio a não o fazer, contribui para reduzir a imunidade populacional (ou imunidade de rebanho), podendo resultar em surtos localizados ou bolsões de infecção em grupos ou populações específicas. “Devido a esse fenômeno, algumas doenças previamente controladas por programas eficazes de vacinação, como sarampo, ressurgiram em populações de diferentes partes do mundo, inclusive no Brasil” (APS et al., 2018, p.6), fato que pôde ser demonstrado pela baixa cobertura vacinal para sarampo nos anos de 2013 e 2017, seguidas pelo aumento no número de casos nos anos de 2014 e 2018, respectivamente (ALMEIDA et al., 2020).

É evidente, então, a necessidade de esclarecer a população sobre a importância das vacinas e o perigo representado pela não vacinação, sendo papel dos profissionais de

saúde divulgar os benefícios associados à vacinação, um dos mais importantes para que se possa assegurar saúde e qualidade de vida. Logo, estratégias de estímulo ao uso de vacinas são tradicionalmente adotadas em saúde pública, porém podem ser insuficientes para garantir aumento na cobertura vacinal (APS et al., 2018).

Por fim, para tentar minimizar o problema em questão, Saraiva et al., (2020) destacam, ainda, que os meios de comunicações e as plataformas digitais devem assumir uma postura crítica, com o objetivo de coibir a transmissão de notícias e informações falsas, promovendo, assim, mudanças sociais, as quais priorizem o interesse e a saúde pública.

5 CONCLUSÃO

Conforme exposto, conclui-se que a cobertura vacinal total reduziu consideravelmente entre 2015 e 2020. A diminuição em questão, foi constatada, sobretudo, nos imunobiológicos Bacilo Calmette-Guérin (BCG), poliomielite, tríplice viral e febre amarela.

Observa-se que existem motivos econômicos e sociais relacionados à redução da cobertura vacinal. O primeiro caso, relatado pela literatura, é evidenciado nas questões sociodemográficas, como a falta de assistência de serviços de saúde para a população a ser vacinada e a baixa renda familiar. O segundo no pensamento de que as doenças cessaram, na desinformação sobre as vacinas e, principalmente, na ascendência dos movimentos antivacina nas redes sociais.

Na tentativa de amenizar essa realidade, cabe aos profissionais de saúde orientar a população, de modo a desmitificar a vacinação, ressaltando seus benefícios individuais e coletivos. É importante ainda que as redes sociais assumam sua função social de propagar informações verídicas e críticas. Talvez, assim, essas distopias que circulam na sociedade real e virtual deixem de ser tão ameaçadoras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. M. S. et al. Correlação entre o aumento da incidência de sarampo e a diminuição da cobertura vacinal dos últimos 10 anos no Brasil. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.3, n.1, p. 406-415 jan./feb. 2020.

APS, L. R. M. M. et al. Eventos adversos de vacinas e as consequências da não vacinação: uma análise crítica. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 40, 2018.

ARROYO, L. H. et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 06 de abr. de 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00015619>>. Acesso em: 13 nov. 2020.

CAVALCANTE, K. R L. J. et al. Risco de reintrodução da febre amarela urbana no Brasil. **Revista Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 26 n.3, p. 617-620, jul/set. 2017.

COUTO, T. M. et al. **Considerações sobre o impacto da COVID-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina.** p 1-19. Set, 2020.

FERREIRA, M. V. et al. Movimento antivacinação no Facebook®: uma análise crítica da disseminação de notícias falsas. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v.6, n.9, p.66669-66685. Set, 2020.

JUNIOR, V. L. P. Comunicação breve Anti-vacinação, um movimento com várias faces e consequências. Brasília: **Caderno Ibero Americanos de Direito Sanitário**, 2019.

NASSARALLA, A. P. A. et al. Dimensões e consequências do movimento antivacina na realidade brasileira. **Revista Educação em Saúde**. Goiás, v.7, p 120-125. 2019.

OZAWA, S. et al. Impacto econômico estimado das vacinações em 73 países de baixa e média renda 2001-2020. **Bull World Health Organ**. v.95, p 629–638. Set, 2017.

SARAIVA, L. J. C. et al. A Ciência e a Mídia: A propagação de Fake News e sua relação com o movimento anti-vacina no Brasil. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. **42º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. Belém – PA, 2019.

SHIMIZU, N. R. Movimento antivacina: a memória funcionando no/pelo (per)curso dos sentidos e dos sujeitos na sociedade e-urbana. **Revista do Edicc**, v. 5, nº 1, 2018. Disponível em: <<http://revistas.iel.unicamp.br/index.php/edicc/article/view/5963/7310>>. Acesso em: 23 set. 2020.

SOUSA, J. G. et al. Movimento antivacinação: uma ameaça à humanidade. **Rev. e-ciência**, 7(2): 41-42, 2019. Disponível em: <<http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/885/PDF%20PTG-885>>. Acesso em: 25 set. 2020.

World Health Organization. **Plano de Ação Global para Vacinas 2011-2020**. Estados Unidos da América: WHO; 19 de nov. de 2019. Disponível em: <https://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/GVAP_doc_2011_2020/en/>. Acesso em: 26 set. 2020.