


**Leticia Ferreira Camargo**

Doutoranda em Linguística

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Programa de Pós-Graduação em Linguística (PPGL)

<https://orcid.org/0000-0001-9271-127X> 

Informações completas sobre autoria estão no final do ensaio ●

**Resumo:** Este artigo busca analisar a hesitação e a recusa vacinal como trama discursiva que reordena critérios de verdade no Brasil durante a covid-19, em chave de biopolítica foucaultiana, por meio de um estudo qualitativo de inspiração arqueogenealógica. O corpus é composto de postagens de dois grupos do Facebook contrários à vacinação, localizadas pela busca do termo “covid” e selecionadas pelo maior número de interações, a fim de mitigar viés curatorial; as interações foram tomadas como indício de validação tecnodiscursiva. Foram identificadas quatro estratégias discursivas recorrentes e frequentemente sobrepostas: (i) moralidade cristã que sacraliza o corpo e desloca a proteção para a fé; (ii) discursos de saúde natural, que reconfiguram prevenção e imunidade como autocuidado fora da mediação biomédico-estatal; (iii) deslegitimação de instituições (Estado, órgãos sanitários, mídia, Judiciário); e (iv) crítica à ciência e à indústria químico-farmacêutica, que reinterpreta a vacinação como experimento e como risco ampliado. Tais estratégias compõem uma economia de suspeição que desloca a vacina do eixo cuidado/solidariedade para risco/sujeição. Considera-se que reduzir o discurso antivacina à desinformação obscurece sua complexidade e pode reforçar resistências; ampliar coberturas requer comunicação dialógica e transparente e a publicização de rotinas de farmacovigilância, recompondo circuitos de confiança.

**Palavras-chave:** hesitação vacinal; recusa vacinal; discursos antivacina; biopolítica; covid-19.

**Abstract:** This article analyzes vaccine hesitancy and refusal as a discursive weave that reorders criteria of truth in Brazil during COVID-19, framed by Foucaultian biopolitics, through a qualitative study with archaeogenealogical inspiration. The corpus comprises posts from two Facebook groups opposed to vaccination, retrieved by searching the term “covid” and selected by highest interaction counts to mitigate curatorial bias; interaction metrics were treated as an index of techno-discursive validation. Four recurring, often overlapping discursive strategies were identified: (i) a Christian morality that sacralizes the body and displaces protection to the realm of faith; (ii) natural health discourses that reconfigure prevention and immunity as self-care outside biomedical–state mediation; (iii) delegitimization of institutions (the state, health authorities, the media, the judiciary); and (iv) critique of science and of the chemical–pharmaceutical industry that reinterprets vaccination as a mass experiment and as a heightened risk practice. Considered together, these strategies compose an economy of suspicion that shifts vaccination from the axis of care/solidarity to that of risk/subjection. We argue that reducing anti-vaccination discourse to

misinformation obscures its complexity and may reinforce resistance; expanding coverage requires dialogical, transparent communication and the publicization of pharmacovigilance routines, in order to reconstitute circuits of trust.

**Keywords:** vaccine hesitancy; vaccine refusal; anti-vaccine discourses; biopolitics; covid-19.

## Introdução

A pandemia de covid-19 ressignificou o debate público sobre vacinas no Brasil, expondo disputas discursivas que extrapolam a esfera estritamente médica e atravessam dimensões políticas, econômicas, morais e culturais. Em um país cuja cultura de imunização se consolidou ao longo do século XX, a hesitação vacinal tensiona a narrativa da vacinação como conquista coletiva e reinscreve a imunização como objeto de disputa no campo dos discursos.

Este artigo, baseado integralmente em minha dissertação de mestrado, toma a hesitação e a recusa vacinal como trama discursiva: um conjunto de enunciados que, em sua circulação e validação, reordenam relações entre saber, poder e autonomia, redefinindo critérios de verdade no presente. Em chave foucaultiana, não se trata de explicar o acontecimento por déficit informacional, mas de descrevê-lo como efeito de jogos de verdade e de práticas de validação que regulam o dizível, o aceitável e o contestável. Interessa, portanto, compreender como certos enunciados se tornam legítimos para sujeitos e coletividades ao tratarem a vacinação, ora como cuidado, ora como risco e sujeição.

O corpus é composto por postagens de dois grupos do Facebook contrários total ou parcialmente à vacinação, identificadas por busca do termo “covid” e selecionadas por engajamento, estratégia que evita enviesamentos curatoriais e privilegia aquilo que efetivamente circula e adquire autoridade no ambiente digital. Além das postagens, foram incorporados excertos correlatos e duas entrevistas concedidas pela administradora de um dos grupos. Segue-se, aqui, a compreensão de que os índices de interação funcionam como operadores tecnodiscursivos de validação (Paveau, 2021), isto é, modos pelos quais a plataforma medeia visibilidades e confere (ou retira) crédito aos enunciados.

O objetivo do artigo é duplo: (i) descrever as estratégias enunciativas que sustentam a hesitação e a recusa vacinal no período pandêmico, e (ii) discutir as implicações dessas estratégias para a governamentalidade da recusa e para a comunicação pública em saúde — com atenção à farmacovigilância enquanto dimensão sensível de confiança. A análise identifica quatro estratégias discursivas recorrentes e combinatórias: assunção da moralidade cristã; assunção de discursos de saúde alternativa; negação das instituições; e contestação do discurso científico e mercadológico da indústria químico-farmacêutica. Longe de operarem isoladamente, tais estratégias sobrepõem-se e se recombina conforme novos acontecimentos,

produzindo uma economia de suspeição que desloca a vacina do par cuidado/solidariedade para o par risco/sujeição.

Importa demarcar o escopo: diferentemente da dissertação, este artigo não desenvolve a cronologia da covid-19, não explora em profundidade os debates do Sul Global em saúde e não discute a CPI da pandemia; tais tópicos aparecem, quando necessário, de modo apenas contextual. O foco recai na articulação entre fundamentos teórico-metodológicos (AD foucaultiana e noção de dispositivo) e a análise empírica do corpus, a partir da qual se extraem conclusões e implicações para políticas e comunicação em saúde.

A organização é a seguinte: a Seção 1 apresenta, de forma concisa, os referenciais e procedimentos analíticos; a Seção 2 desenvolve a análise das quatro estratégias discursivas e de suas intersecções, e discute os efeitos de verdade e as implicações em termos de governamentalidade da recusa e farmacovigilância/comunicação; por fim, a Seção 3 sintetiza as considerações finais e indica desdobramentos possíveis.

## **Fundamentação Teórica e Metodológica**

À luz de Foucault, o poder que se incumbe da vida organiza-se em duplo movimento: tecnologias de disciplina (sobre corpos) e tecnologias de regulamentação (sobre populações). É nesse diapasão que se toma a vacinação enquanto prática situada em uma racionalidade política na qual fazer viver requer dispositivos que administrem riscos e normalizem condutas (Foucault, 2005). A abordagem adotada é arqueogenealógica: descreve formações discursivas em sua materialidade histórica e aciona genealogias para explicitar táticas que liberam saberes locais e disputam a produção de verdade (Foucault, 1999a). Em Foucault, discurso não é mero conjunto de signos, mas prática: regras anônimas e historicamente situadas que configuram o exercício da função enunciativa. Enunciado e formação discursiva correlacionam-se com condições de possibilidade que incluem o não discursivo (instituições, técnicas, objetos, rotinas). Analisar discurso implica capturar operações, deslocamentos e regularidades que fazem existir certos dizeres e silenciam outros, sem reduzir linguagem a expressão interior nem a reflexo institucional (Foucault, 2008b).

A biopolítica designa a inflexão em que o governo da vida articula disciplina e regulamentação: o corpo individual é adestrado por tecnologias capilares, enquanto a população torna-se alvo de cálculos e intervenções (saúde pública, estatística, vacinação). O biopoder não apenas proíbe; ele produz saberes, normas e dispositivos. Daí a pertinência de ler a vacinação como tecnologia de governo cujo sentido varia conforme os jogos de verdade que a cercam (Foucault, 1999a; 1999b; 2005; 2008a).

Esposito desloca e adensa esse quadro ao propor o paradigma imunitário: a política como conservação da vida por meio de operações de imunização que protegem a comunidade mediante negatividade (dispensa do munus). *Communitas* implica vínculo e exposição; *immunitas*, isenção e proteção — polos em tensão que, hipertrofiados, podem desaguar em autoimunidade (proteção que se volta contra o próprio corpo coletivo) (Esposito, 2010; 2017). A vacinação torna-se, assim, ponto privilegiado para observar a ambivalência entre proteção/risco e vínculo/dispensa.

No Brasil, os discursos de higiene e sanitarismo constituem matriz de inteligibilidade para o governo da vida. O que pode ser chamado de ideologia da higiene instituiu a promessa de uma técnica neutra e despolitizada para gerir a cidade e as diferenças sociais, legitimando intervenções coercitivas sobre corpos e territórios sob o signo da civilização (Chalhoub, 1996; Mota; Santos, 2003). Esse imaginário técnico-moral fornece condições de possibilidade para dispositivos de normalização — entre eles, campanhas de imunização — e para sua circulação como evidência de racionalidade e progresso.

A antropologia da saúde contribui ao deslocar a doença de um universal fisiológico para um processo socioculturalmente mediado, no qual sistemas médicos são sistemas culturais em interação (Kleinman, 1978; Langdon, 2003; Young, 1976). A vacinação, situada no sistema biomédico hegemônico, cruza-se com práticas populares e terapêuticas alternativas que, ora tensionam, ora complementam a biomedicina. Tal ecologia plural de saberes e práticas é decisiva para compreender adesões seletivas e trajetos terapêuticos. Nesse entre-lugar emergem culturas locais de vacinação: noções compartilhadas que se formam quando parentes e vizinhos trocam relatos de experiências (efeitos, maus-tratos, eficácia percebida) e articulam crenças sobre doença, potência da medicina e necessidade de medidas preventivas (Streefland; Chowdhury; Ramos-Jimenez, 1999). O êxito histórico das vacinas reduz a memória social da doença, reconfigurando o campo afetivo-cognitivo no qual risco e proteção são avaliados — uma fissura por onde circulam enunciados de hesitação. Parte expressiva da recusa contemporânea não se ancora apenas em doutrinas religiosas, mas em pressupostos alternativos sobre o corpo e a imunidade: preferência pela “imunidade natural”, crença em autocontrole da exposição e na suficiência de hábitos saudáveis (Dubé; Vivion; Macdonald, 2015; Ernst, 2001; Sobo, 2015; 2016; Menéndez, 2020). Trata-se de uma contestação dirigida ao núcleo epistemológico da biomedicina, não de sua periferia moral, e que frequentemente se combina a críticas à indústria químico-farmacêutica.

As configurações digitais acentuam esse cenário. Com a Web 2.0, o “paciente informado” torna-se consumidor de informação em saúde, ao mesmo tempo autonomizado e exposto a discursos não peritos; o resultado é um regime de circulação no qual “corrigir” dados raramente reordena crenças (Kata, 2010; 2012; Camargo Jr.,

2020; Giddens, 1991). O problema, portanto, excede a categoria de desinformação: envolve modos de validação, pertencas e estilos de raciocínio distribuídos em redes.

A percepção de risco opera como construção coletiva atravessada por história, economia e estigma: temores não seguem a probabilidade estatística e resistem a dissonâncias informacionais (Biss, 2017). Em termos práticos, risco percebido e risco de exposição não coincidem; decisões de (não) vacinar variam conforme ecologias locais de vida e trabalho (Sobo, 2015). Em chave afiliativa, seleção precede rejeição: a recusa é inscrição positiva em outros coletivos de sentido, antes de ser simples oposição (Sobo, 2016).

Por fim, o dispositivo vacinal é tomado aqui como arranjo tecnobiodiscursivo (corpos, técnicas, saberes, instituições e materialidades) que engendra modos de subjetivação e governamentalidades da recusa (Butturi Junior, 2019a; 2019b). É com esse aparato — arqueogenealogia, biopolítica/biopoder e paradigma imunitário, em diálogo com aportes da antropologia da saúde e da sociologia do risco — que se descrevem, adiante, as estratégias discursivas que sustentam hesitação e recusa vacinal.

## **Análise e discussão**

A hesitação vacinal não é um desvio pontual, mas um campo discursivo em disputa, onde regimes de verdade concorrentes reordenam os sentidos de imunização, risco, autonomia e proteção. A vacinação, ancorada em normativas biomédicas e sanitárias, encontra sua recusa como deslocamento interno desse mesmo campo: não mera negação técnica, mas reconfiguração axiológica daquilo que conta como cuidado legítimo, autoridade epistêmica e soberania sobre o corpo. No corpus analisado, os enunciados não são homogêneos; operam por sobreposições adaptativas a eventos (variantes, diretrizes, decisões judiciais), compondo um “caleidoscópio” de estratégias que, com poucos espelhos, geram arranjos infindos. O resultado é uma economia de suspeição que articula desconfiança científica, rejeição institucional e valorização de saberes alternativos, produzindo um regime paralelo de verificabilidade.

Quatro estratégias estruturam esse caleidoscópio e raramente aparecem isoladas: (i) assunção da moralidade cristã; (ii) assunção de discursos de saúde alternativa; (iii) negação das instituições (OMS, Anvisa, SUS, STF, mídia); e (iv) contestação do discurso científico-mercadológico da indústria químico-farmacêutica (IQ/F). Elas se alimentam mutuamente: a moralidade frequentemente legitima a negação institucional; a saúde alternativa retroalimenta a crítica ao mercado farmacêutico; e todas convergem para inverter o gradiente semântico da proteção — vacinar torna-se arriscado, recusar passa a figurar como prudente.

Na assunção da moralidade cristã, a vacina é ressemantizada como profanação: “corpo estranho” que afronta a ordem divina e desloca a proteção do domínio da fé para a técnica. Dois operadores são recorrentes. Primeiro, a sacralização do corpo (“templo do Espírito”), que converte intervenções farmacológicas em violação moral e torna a objeção robusta mesmo diante de explicações técnicas (por exemplo, sobre o uso histórico de linhagens celulares). Segundo, a dramatização escatológica (Bem/Mal), que personaliza a imunização como agressor da “alma” e privilegia a criança como linha de frente simbólica. Testemunhos piedosos, versículos e metáforas bélicas deslocam o risco da esfera epidemiológica para a ética, instituindo um regime de não-negociação em que dúvidas técnicas são recodificadas como absolutos morais (pecado, pureza, defesa da vida). A causa pró-vida opera como ponte semântica: a equivalência feto-criança universaliza a proteção e autoriza o veto moral à vacinação infantil. O efeito pragmático é a conversão do risco epidemiológico em risco ético, deslocando o debate da eficácia para a legitimidade do agir — e colocando comunicadores públicos diante de fronteiras de valor, não apenas de informação.

A assunção de discursos de “saúde alternativa” não nega a prevenção; ressignifica-a. A vacinação — prática coletiva mediada por Estado e ciência — é contraposta a um ideal de autocuidado natural, “fortalecimento da imunidade” e repertórios não convencionais (vitaminas, dietas, homeopatia, auto-hemoterapia, exposição “controlada”). A validade circula por três vias: testemunhos (“funcionou comigo”), autoridade seletiva (“novo estudo” fora de contexto) e autenticidade moral (o natural como bom em si). Na pandemia, protocolos de “tratamento precoce” articularam promessa terapêutica, baixo custo e manutenção da normalidade econômica, aliviando a exigência de medidas coletivas e, por extensão, a própria vacinação. O dispositivo retórico central é um contradispositivo de risco: eventos adversos esperados são inflados; riscos dos substitutos “naturais” são minimizados; e a prevenção coletiva é rebaixada a intrusão industrial-estatal. Materialmente, circulam capturas de tela, listas de suplementos, receitas e artigos não revisados; discursivamente, opera a equivalência “industrial = interesse” versus “natural = cuidado”. Ao fim, o locus de autoridade é recentralizado no sujeito e na comunidade terapêutica, criando um regime paralelo de verificação que concorre com calendários e diretrizes oficiais.

A negação das instituições reordena a confiança social. OMS, Anvisa, SUS, STF e imprensa são interpelados como operadores de manipulação e coerção, enquanto “autoridades” passam a ser administradores de grupos, influencers e documentos extracientíficos. Três técnicas sustentam o eixo: a indeterminação estratégica do agente (“eles estão querendo...”), que mobiliza sem responsabilizar; a recodificação da dinâmica científica (pausas de ensaio, mudanças de diretriz, notas técnicas) como confissão de erro ou mascaramento; e a apropriação de transparências institucionais (boletins de EAPV, fluxos de investigação) como prova de culpa, invertendo sinais de



boa governança. No plano prático, legitimam-se contravenções (atestados sem indicação, falsificação de comprovantes) como autodefesa contra um Estado “abusivo”; no semiótico, privilegiam-se materialidades viralizáveis (manchetes, prints, memes) em detrimento de textos técnicos; no político, acoplam-se a retóricas de liberdade negativa (antipassaporte, antiobrigatoriedade), convertendo escolhas sanitárias em marcadores de lealdade ideológica. O resultado é uma contra-institucionalidade que arbitra o crível e dificulta pactos mínimos de proteção coletiva.

A contestação do discurso científico-mercadológico da IQ/F combina crítica epistêmica e economia política. Episódios históricos (talidomida, lobby do tabaco) são metonimizadas como “prova geral” de captura corporativa, servindo de matriz para generalizações que dissolvem distinções entre falha, fraude e regulação responsiva. O dispositivo central é a inversão do gradiente de evidência: estudos frágeis ou anedotas ganham estatuto de “descoberta censurada”, enquanto ensaios robustos e metanálises são desqualificados como “ciência capturada”. Pausas de segurança, atualizações de bula e retratações — sinais de farmacovigilância ativa — são recodificadas como “admissões de dano”. Em versões extremas, emergem enredos de nanochips e “venenocinas”; no cotidiano, prevalece a suspeição metódica, que acumula recortes para sustentar um horizonte de dúvida permanente e, com ele, a prudência da recusa. Operacionalmente, três movimentos reforçam a contestação. (i) Confusão entre correlação e causalidade amplificada por relatos impactantes (o caso singular como régua universal). (ii) Cherry-picking temporal: “novo estudo” que desmente consenso, sem avaliação de desenho, poder amostral ou reprodutibilidade. (iii) Retórica custo-benefício assimétrica: todo dano vacinal é intolerável; danos por infecção são naturalizados ou relativizados. Ao fim, a vacina deixa de ser tecnologia de proteção para se tornar signo de sujeição mercadológica — a recusa aparece como prudência econômica e moral. Para responder a esse eixo, não basta reafirmar “segurança e eficácia”: é crucial explicitar etapas, incertezas, decisões regulatórias e mecanismos de reparação, traduzindo a vigilância em linguagem de accountability compreensível e contínua.

Posto a identificação dessas regularidades, a recusa pode ser lida como tensionamento da regulação biopolítica: não mera reação, mas produção de outra governamentalidade. Ao reclamar para si o governo das práticas de saúde, esses sujeitos deslocam o conceito de proteção — a vacinação, antes signo de segurança coletiva, torna-se risco; a recusa, ato de preservação moral e política. Assim, não se trata apenas de “resistir” à ciência hegemônica, mas de instituir dispositivos próprios de verdade e de cuidado, com regras de validação internas (testemunho, pureza, naturalidade, desconfiança sistêmica) e circuito midiático específico.

Os efeitos excedem a decisão individual. A circulação dessas narrativas altera a adesão vacinal, tensiona políticas públicas e reconfigura a percepção coletiva da

ciência. A viralização em redes cria a sensação de debate legítimo e paritário entre “duas ciências”, fragilizando a autoridade epistêmica e deslocando a vacinação do lugar de bem público para o de escolha privada. Em paralelo, o foco seletivo em relatos impactantes (correlação tomada por causalidade) e a assimetria na comparação de riscos (todo dano vacinal é intolerável; o dano infeccioso é naturalizado) corroem pactos mínimos de solidariedade epidemiológica.

Responder a esse campo em disputa exige mais do que refutar “fake news” ou reafirmar autoridade. É necessário trabalho dialógico de tradução institucional: explicitar etapas, incertezas e decisões regulatórias; tornar visíveis os mecanismos de farmacovigilância e reparação; clarificar gradientes de evidência e por que “novo estudo” não equivale a “melhor estudo”; apresentar comparações de risco-benefício simétricas (vacina vs. doença, e não vacina vs. zero risco); e construir narrativas que reinscrevam a imunização em lógicas de pertencimento, confiança e proteção, inclusive reconhecendo sensibilidades morais (vida, corpo, infância) sem capitular ao anticientificismo.

Em síntese, os discursos antivacina não operam como mera oposição ao saber médico, mas como redes que constroem regimes de verdade rivais, nos quais a imunização é reinterpretada como mecanismo de sujeição e risco. Compreender suas estratégias — moralidade cristã, saúde alternativa, negação institucional e crítica à IQ/F, dentre outras não analisadas aqui — é reconhecer que a hesitação vacinal emerge no interior de disputas mais amplas sobre quem pode definir o que é seguro, quem decide sobre os corpos e quais verdades são aceitáveis. O desafio não é apenas reforçar a ciência oficial, mas criar condições de inteligibilidade e confiança sob as quais ela possa ser contestada com rigor e, ainda assim, permanecer vinculante para a vida comum.

## Considerações finais

Esta pesquisa contribui para discutir que a hesitação vacinal não é um “déficit de informação”, mas a expressão de um campo discursivo em disputa, no qual diferentes regimes de verdade reordenam sentidos de imunização, risco, autonomia e confiança. A recusa não se reduz a “erros factuais”: ela se ancora em estratégias que operam em rede — aqui exemplificadas na identificação de quatro delas: moralidade cristã, saúde “alternativa”, negação das instituições e contestação do discurso científico-mercadológico da IQ/F — e que, ao se sobreporem, convertem a vacinação de prática protetiva em ato percebido como intrusão e risco. Sob a lente biopolítica, o que emerge não é apenas resistência à regulação sanitária, mas a tentativa de instituir outra governamentalidade do corpo: regras próprias de validação (pureza, naturalidade, testemunho), autoridades alternativas (influencers, líderes religiosos) e circuitos específicos de circulação. A vacinação, historicamente inscrita como dispositivo de



proteção coletiva, é reinscrita como ameaça moral ou mercantil; a recusa, como gesto de preservação espiritual e política. Esse deslocamento não acontece nas margens do debate, mas no seu centro: atravessa valores, identidades e pertencas, e por isso resiste a soluções que apostam só na “correção de “fake news”.

As implicações demonstram que a busca aumentar coberturas vacinais no país passa por disputar sentidos. Estratégias eficazes demandam transparência sobre incertezas, protocolos e decisões regulatórias (inclusive erros e correções), bem como comparações simétricas de risco-benefício (vacina versus doença, e não vacina versus risco zero). É crucial tornar visíveis as rotinas de farmacovigilância, as formas de reparação quando há danos e o caráter autocorretivo da ciência — sem tecnicismos opacos, mas também sem prometer infalibilidade. O reconhecimento explícito de preocupações morais (vida fetal, infância, corpo “templo”) não implica ceder ao discurso contrário à ciência; implica traduzir como essas preocupações são consideradas na regulação e na prática clínica. A reconstrução de confiança institucional exige mediações fora dos gabinetes: parcerias com lideranças comunitárias e religiosas, agentes de saúde e profissionais de atenção primária podem reancorar a vacinação em vínculos de proximidade. Canais de escuta e resposta rápida para eventos adversos — com devolutivas públicas, dados legíveis e acompanhamento — reduzem o espaço para narrativas de ocultamento. Políticas de obrigatoriedade, quando necessárias, devem ser acompanhadas de justificativas públicas, salvaguardas e rotas claras de exceção clínica, para evitar que a coerção seja o significante dominante do processo.

No ecossistema informacional, a resposta não é censura, mas governança. É possível reduzir a viralidade de conteúdos de baixa confiabilidade, valorizar a procedência de dados (rótulos, rastreabilidade) e promover literacia digital em saúde que ajude o público a distinguir qualidade de evidências. Ao mesmo tempo, o campo sanitário precisa aprender a comunicar “mudanças de entendimento” sem que pareçam recuos culpados: atualizar diretrizes é um indicador de integridade, não de fraqueza. Há tarefas internas ao sistema de saúde: formação continuada para conversas difíceis (escuta, empatia, manejo de incerteza), materiais que dialoguem com repertórios locais (sem exotizar saberes populares) e uma política de dados aberta, interoperável e orientada ao cidadão. A agenda de farmacovigilância deve sair das notas técnicas e entrar na esfera pública: painéis acessíveis, séries históricas compreensíveis, explicações sobre causalidade versus correlação. Quanto mais legível for o processo, menor o espaço para a semiose da suspeita.

Como toda investigação situada, este estudo tem limites: analisa recortes de tempo e plataforma, privilegia Facebook e o contexto brasileiro da pandemia, e trabalha com dados visíveis (o que é postado) mais do que com dinâmicas silenciosas (o que circula em criptocanais privados). Pesquisas futuras podem combinar etnografias digitais e presenciais, análises comparadas entre plataformas, estudos longitudinais de adesão

e intervenções experimentais (A/B) de comunicação, além de cartografar com métodos mistos como certos enunciados se re combinam em diferentes conjunturas políticas.

A pandemia não nos devolveu ao “antes”; ela reconfigurou pactos. Se vacinar voltou a ser objeto de disputa, responder a essa disputa requer, mais do que slogans, práticas consistentes de cuidado público: ciências que explicam como sabem, instituições que mostram como decidem, campanhas que tratam adultos como adultos e crianças como prioridade moral, e redes de confiança que não se montam apenas no dia D. A imunização precisa reaparecer não como teste de lealdade ideológica, mas como bem coletivo ancorado em relações de confiança verificáveis. Em última instância, compreender a hesitação vacinal é entender as condições sob as quais os discursos de imunização se tornam verossímeis e vinculantes para a vida comum. Este trabalho contribui ao explicitar as estratégias que sustentam a recusa e ao propor um horizonte de ação que combina transparência, diálogo e literacia em saúde.

## Referências

BISS, Eula. **Imunidade. Germes, vacinas e outros medos**. 1ª ed. Trad.: SOARES, Pedro M. São Paulo: Todavia, 2017.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. É a biopolítica um problema de linguagem? In: BUTTURI JUNIOR, Atilio; LARA, Camila A.; D'ÁVILA, Denyse A.; SILVA, Fábio L. (Orgs.). **Biopolíticas** – discursos, dispositivos e resistências. Campinas: Pontes Editores, 2019a. p. 15-31.

BUTTURI JUNIOR, Atilio. O hiv, o ciborgue, o tecnobiodiscursivo. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 58, n. 2, 2019b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tla/a/KgpnJBsDxVskHPqbLDc3FBp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2020.

CAMARGO JR, Kenneth R. de. Lá vamos nós outra vez: a reemergência do ativismo antivacina na Internet. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, supl. 2, p. 1-8, ago. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020001403001](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001403001). Acesso em: 2 fev. 2021.

CHALHOUB, Sydney. **Cidade febril: Cortiços e epidemias na Corte Imperial**. 2ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. E-book.

DUBÉ, Eve; VIVION, Maryline; MACDONALD, Noni E. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. **Expert Reviews of Vaccines**, v. 14, n. 1, p. 99-117, nov. 2015. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/14760584.2015.964212?journalCode=ier20>. Acesso em: 20 maio 2020.

ERNST, E. Rise in popularity of complementary and alternative medicine: reasons and consequences for vaccination. **Vaccine**, v. 20, supl. 1, p. S90–S93, 2001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X01002900?via%3Dihub>. Acesso em: 27 maio 2021.

ESPOSITO, Roberto. **Bios**. Biopolítica e Filosofia. Trad. COSTA, M. F. Lisboa: Edições 70, 2010.

ESPOSITO, Roberto. **Termos da Política**: Comunidade, Imunidade, Biopolítica. Curitiba: Ufpr, 2017.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 13ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999a [1979].

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: Nascimento da prisão. Trad. RAMALHETE, Raquel. 20ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999b [1975].

FOUCAULT, Michel. **A História da Sexualidade I**: A vontade de saber. Trad. ALBUQUERQUE, Maria T. C.; ALBUQUERQUE, J. A. G. 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999c [1976].

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). 1ª ed. Trad. GALVÃO, Maria E. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**: Curso dado no Collège de France (1978-1979). 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008a [2004].

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Trad. NEVES, Luiz F. B. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008b [1969].

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. Trad. FIKER, Raul. 5ª reimpr. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

KATA, Anna. A postmodern Pandora's box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. **Vaccine**, v. 28, n. 7, p. 1709-1716, fev. 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X09019264?via%3Dihub>. Acesso em: 21 maio 2020.

KATA, Anna. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. **Vaccine**, v. 30, n. 25, p. 3778-3789, 28 maio 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11019086>. Acesso em: 20 maio 2020.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 85-93, 1978. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0160798778900145>. Acesso em: 8 maio 2021.

LANGDON, Esther J. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: **Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença**. Londrina: Ministério da Saúde; Universidade Estadual de Londrina; Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina, 2003.

MENÉNDEZ, Eduardo. De vacunas e influencias: polarización y desencuentros técnicos e ideológicos. In: ZAPATA, J. F.; GARCÍA, C.; ROMANÍ, O. (ed.). **Medicamentos, Cultura y Sociedad**. Tarragona: Publicacions URV, 2020. p. 297-331.

MOTA, André; SANTOS, Marco A. C. Entre algemas e vacinas. Medicina, polícia e resistência popular na cidade de São Paulo (1890-1920). **Novos Estudos CEBRAP**, n. 65, v. 1, p. 152-168, mar. 2003. Disponível em: <http://novosestudos.com.br/produto/edicao-65/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PAVEAU, Marie-Anne. **Análise do Discurso Digital**: dicionário das formas e das práticas. COSTA, Júlia L.; BARONAS, Roberto L. (orgs.). 1ª ed. Campinas: Pontes Editores, 2021.

SOBO, Elisa J. Social Cultivation of Vaccine Refusal and Delay among Waldorf (Steiner) School Parents. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 29, n. 3, p. 381–399, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25847214/>. Acesso em: 20 maio 2020.

SOBO, Elisa. Theorizing (vaccine) refusal: through the Looking glass. **Cultural Anthropology**, v. 31, n. 3, p. 342-350, ago. 2016. Disponível em: <https://anthrosource.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.14506/ca31.3.04>. Acesso em: 10 mar. 2021.

STREEFLAND, Peter; CHOWDHURY, A. M. R.; RAMOS-JIMENEZ, Pilar. Patterns of vaccination acceptance. **Social Science & Medicine**, v. 49, n. 12, p. 1705-1716, dez. 1999. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953699002397?via%3Dihub>. Acesso em: 14 mar. 2021.

YOUNG, Alan. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. **American Anthropologist**, v. 78, n. 1, p. 5-24, mar. 1976. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/675027?seq=1>. Acesso em: 8 maio 2021.

## NOTAS

### AUTORIA

Leticia Ferreira Camargo

Doutoranda em Linguística

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) Programa de Pós-graduação em Linguística (PPGL)

Email: [letcletc@gmail.com](mailto:letcletc@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-9271-127X>

### INFORMAÇÕES SOBRE A OBRA

Manuscrito oriundo de Dissertação: Hesitação e recusa vacinal: a pandemia de covid-19 nos discursos antivacina brasileiros, Leticia Ferreira Camargo, UFSC, 2022

### FINANCIAMENTO

Bolsa FAPESC recebida durante o Mestrado