

Facilitar a aceitação e a toma da vacina contra a COVID-19 na UE e no EEE

15 de Outubro de 2021

Mensagens-chave

- Um programa de vacinação de sucesso contra a COVID-19 só poderá basear-se numa compreensão e numa resposta adequada às crenças, preocupações e expectativas dos indivíduos e das comunidades relativamente à vacina e à doença. O modelo dos 5 C — Confiança, Constrangimentos, Complacência, Cálculo e responsabilidade Coletiva — pode ser utilizado como um enquadramento para compreender estas preocupações e conceber estratégias destinadas a facilitar a aceitação e a toma da vacina contra a COVID-19.
- Tomando como base o modelo dos 5 C, os fatores da baixa aceitação e toma da vacina podem ser diagnosticados através da análise de dados transversais ao nível da população. O Gabinete Regional para a Europa da Organização Mundial de Saúde desenvolveu uma ferramenta de sondagem sobre a compreensão dos comportamentos relacionadas com a COVID-19 que pode ser utilizada para este efeito. A colaboração com a sociedade civil também pode permitir tirar partido de dados operacionais — quantitativos e/ou qualitativos — suscetíveis de fornecer informações sobre as crenças, preocupações e expectativas individuais e comunitárias relativamente à de vacinação.
- Os esforços de vacinação em muitos países centram-se atualmente em atingir as bolsas de pessoas não vacinadas de grupos etários mais velhos e as pessoas incluídas em populações socialmente vulneráveis, ao mesmo tempo que facilitam a adesão entre os grupos etários mais jovens (incluindo crianças e adolescentes elegíveis para vacinação). Os profissionais de saúde têm um papel fundamental a desempenhar neste trabalho. Os desafios específicos que cada um destes grupos enfrenta no contexto da aceitação e do acesso à vacinação (e, em relação aos profissionais de saúde, no contexto da sua facilitação) devem ser adequadamente compreendidos e abordados.
- Este documento apresenta exemplos de algumas das medidas que estão a ser implementadas pelos países com vista a aumentar a aceitação e a adesão à vacina, em função dos fatores identificados num determinado contexto. É possível que estes fatores tenham de ser adaptados a nível subnacional ou local — não existe uma abordagem única. Os fatores também podem variar ao longo do tempo, o que significa que pode ser necessário repetir regularmente os diagnósticos.
- Muitas das intervenções analisadas para o presente relatório centraram-se na prestação de serviços acessíveis, muitas vezes associados a estratégias de comunicação dos riscos. Alguns países também optaram por medidas baseadas em incentivos e sanções. Foram identificadas em menor número estratégias destinadas a gerar confiança no sistema de saúde e interagir com as comunidades.
- A determinação da eficácia de uma intervenção para facilitar a aceitação e a toma da vacina é metodologicamente difícil. Ainda é possível realizar avaliações adequadas destas intervenções, utilizando dados quantitativos e qualitativos, embora os resultados das avaliações dos processos sejam, regra geral, mais fáceis de interpretar do que os das avaliações do impacto.

Âmbito e finalidade

O presente relatório técnico apresenta considerações destinadas aos países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu (UE e EEE) quando diagnosticam os obstáculos à aceitação e toma da vacina contra a COVID-19 e quando concebem e aplicam intervenções destinadas a aumentar a adesão. O relatório utiliza o modelo dos 5 C para organizar e explicar as várias causas da baixa aceitação e toma da vacina, e para classificar as potenciais intervenções. Os conceitos fundamentais incluídos no modelo dos 5 C são a Confiança, Constrangimentos, Complacência, Cálculo e responsabilidade Coletiva. Para além da análise, neste contexto, da facilitação da vacinação contra a COVID-19 em relação à população geral, foram também incluídos no relatório grupos específicos da população, tais como os profissionais de saúde e os grupos socialmente vulneráveis. Uma vez que, em muitos países, a elegibilidade para a vacinação foi alargada às crianças e aos adolescentes, os pais são também incluídos como grupo.

O relatório salienta a importância do diagnóstico dos fatores da aceitação e adesão à vacina insatisfatórias numa determinada população para garantir, em resposta ao mesmo, que sejam implementadas intervenções adequadas. Apresenta igualmente exemplos de intervenções que foram implementadas na UE e no EEE, sendo que qualquer uma delas poderia ser adaptada para utilização noutros contextos onde foram identificados fatores semelhantes de baixa toma da vacina. Por último, o relatório analisa a importância da avaliação das intervenções para aumentar a adesão à vacina contra a COVID-19, bem como alguns dos desafios associados a essas avaliações. O relatório inclui igualmente recursos de diagnóstico, implementação e avaliação que podem ser utilizados pelos países da UE e do EEE.

Público-alvo

O presente documento destina-se às autoridades nacionais e regionais de saúde pública, peritos em comunicação dos riscos e decisores políticos dos países da UE e do EEE.

Antecedentes

Em 12 de outubro de 2021, mais de 74% de todos os adultos com 18 ou mais anos de idade na UE e no EEE tinham recebido vacinação completa contra a COVID-19 [2]. Este é um resultado notável no espaço de apenas alguns meses, mas que deixa mais de um quarto de todos os adultos sem proteção total. Além disso, embora a adesão global à vacina tenha sido impressionante ao nível da UE e do EEE, a sua cobertura em toda a UE e em todo o EEE está longe de ser uniforme, variando entre 23,5 % de totalmente vacinados na Bulgária e 92 % totalmente vacinados na Irlanda. As consequências das baixas taxas de vacinação registadas em alguns países refletem-se atualmente em sistemas de saúde sobrecarregados e em taxas de mortalidade elevadas [3]. Acresce que, em alguns Estados-Membros, existem bolsas de cobertura relativamente baixa em populações específicas [4], o que levou à instigação da vacinação obrigatória em relação a determinados grupos profissionais em alguns contextos [5].

Há uma grande variedade de razões para estas variações na cobertura da vacinação contra a COVID-19, incluindo a dinâmica da oferta e a prestação de serviços nos sistemas de saúde, bem como os crenças, atitudes e comportamentos dos indivíduos. As questões subjacentes podem combinar-se para criar condições em que a toma da vacina é inferior ao desejado. Exemplos destas questões são a falta de confiança na governação; a perceção do risco da doença; os eventos históricos, como cicatrizes de vacinas; a conveniência da vacinação; a incerteza acerca da segurança e da eficácia das vacinas e evolução das decisões políticas relacionadas com a gestão da pandemia.

Por conseguinte, a concessão de acesso atempado e em condições de igualdade às vacinas a todas as pessoas na UE exige mais do que uma simples garantia do abastecimento de vacinas seguras e eficazes e de um acesso conveniente. Um programa de vacinação bem-sucedido só poderá ser desenvolvido com base no entendimento e resposta adequados das preocupações e expectativas dos indivíduos e das comunidades relativamente à vacina, em combinação com as respetivas perceções e preocupações sobre o próprio COVID-19.

O modelo dos 5 C

O modelo dos 5 C's baseia-se em cinco antecedentes que podem afetar o comportamento de vacinação do indivíduo: confiança, constrangimentos, complacência, cálculo e responsabilidade coletiva. Baseia-se e é complementar de outros modelos teóricos estabelecidos de hesitação e de aceitação no que se refere às vacinas [5-7] e relaciona estes modelos com teorias da compreensão comportamental que podem ajudar a explicar os comportamentos em matéria de saúde [8]. Segue-se uma breve descrição dos cinco conceitos incluídos no modelo dos 5 C's.

A **Confiança** abrange vários aspetos do conceito. Inclui a confiança na eficácia e na segurança das vacinas. Além disso, refere-se à confiança no sistema de saúde que proporciona a vacinação, incluindo o profissionalismo e a

qualidade dos profissionais de saúde que as ministram. Por último, refere-se à confiança nos decisores políticos que são percebidos como os decisores políticos globais em matéria de vacinas e vacinação[9].

Os **Constrangimentos** à toma da vacina podem incluir a disponibilidade física, a acessibilidade do preço e a vontade de pagar, a acessibilidade geográfica, a capacidade de compreensão (língua e literacia da saúde) e a atratividade dos serviços de vacinação[9]. Tal implica que os constrangimentos à vacinação possam ser estruturais e psicológicos.

A **Complacência** refere-se à perceção individual do risco de contrair a doença. Uma pessoa que tenha uma perceção de risco reduzido da ameaça colocada por uma doença que pode ser prevenida pela vacinação, também pode ter menos vontade e intenção de ser vacinada[10,11]. Portanto, este antecedente refere-se a uma doença específica, embora fatores individuais como a idade, a saúde e as responsabilidades também possam afetar os níveis de complacência. A complacência é igualmente afetada pela perceção de autoeficácia do indivíduo ou pela perceção da sua capacidade para realizar as ações necessárias para ser vacinado.

O **Cálculo** refere-se à forma como alguém procura informação sobre uma vacina e/ou sobre a doença em questão e, em seguida, realiza a sua própria análise de risco-benefício individual sobre se deve ou não ser vacinado. As pessoas que se empenham em realizar cálculos extensivos podem ser mais avessas aos riscos do que aquelas que não o fazem, pelo que será menos provável que as primeiras se vacinem devido à disponibilidade elevada de fontes antivacinação na Internet[12].

A **Responsabilidade coletiva** refere-se à vontade das pessoas de proteger os outros através da sua vacinação, como parte do esforço coletivo para alcançar a imunidade de grupo. Deve apresentar uma correlação positiva com o coletivismo (por oposição ao individualismo), com a orientação comunitária e a empatia, indicando, deste modo, uma vontade de se vacinar no interesse de outra pessoa [9].

Estes cinco antecedentes combinam-se para criar um estado psicológico que pode levar a que um indivíduo seja ou não vacinado. Contudo, é importante ter em conta que cada um destes antecedentes pode mudar com o passar do tempo [13], o que significa que uma pessoa pode vacilar nos dois sentidos do espectro entre o não querer ser vacinado e o querer ser vacinado. Um conjunto de fatores viabilizadores e de obstáculos à vacinação pode influenciar o movimento ao longo do espectro. O que pode ocorrer a nível individual e comunitário (por exemplo, crenças na promoção da saúde ou experiência dos sistemas de saúde e dos profissionais de saúde), num contexto nacional ou regional (p. ex., perceção dos líderes, eventos históricos, mensagens instantâneas e comunicação), ou relacionado com a própria vacina (p. ex., perceção dos riscos *versus* benefícios, novidade da vacina, calendário, modo de administração, etc.) [10].

Populações-alvo principais em relação à vacinação contra a COVID-19

Em todos os países, deverão ser envidados esforços contínuos para vacinar todos os indivíduos elegíveis. No entanto, em países com baixa cobertura global da vacinação contra a COVID-19, a vacinação dos adultos mais velhos e das pessoas com problemas de saúde subjacentes continua a ser a prioridade. Nos países onde foi alcançada uma boa cobertura global da vacinação, ainda existem subpopulações em que a cobertura se mantém inferior ao desejado. Refira-se que, embora estes grupos fundamentais possam ser considerados entidades únicas, os mesmos são extremamente heterogéneos, um facto que é necessário ter em conta na conceção de estratégias para promover a aceitação e a toma da vacina. Duas das populações-alvo principais são a seguir identificadas.

Populações mais vulneráveis e de difícil acesso: as pessoas de minorias étnicas marginalizadas, os migrantes sem documentos, as pessoas em situações de sem-abrigo e as pessoas com deficiência enfrentam vários desafios para serem vacinadas contra a COVID-19. As principais áreas de preocupação destes grupos da população podem incluir a desconfiança geral das autoridades, as barreiras linguísticas, desafios em termos de acesso físico a locais de vacinação e o medo da estigmatização[14,15]. Além disso, estas comunidades estão frequentemente sujeitas a um risco elevado de infeção devido a condições de habitabilidade sobrelotadas e por vezes impróprias, o que significa que a sua necessidade de vacinação é especialmente elevada. Apesar do elevado risco, não se encontram amplamente disponíveis dados desagregados sobre migrantes, minorias étnicas, etc., o que significa que os desafios que estes têm de enfrentar continuam a ser invisíveis para os decisores políticos[16].

Crianças e adolescentes elegíveis para vacinação e os pais. Alguns países da UE e do EEE começaram a oferecer vacinações COVID-19 a crianças e adolescentes com idade superior a 12 anos[2]. Embora, com mais frequência, os indivíduos deste grupo etário apenas sofram uma versão ligeira da doença, os mesmos continuam a estar sujeitos ao risco de desenvolver uma condição pós-COVID-19, além de poderem servir de «reservatório» do vírus. A sua vacinação contra a COVID-19 coloca um conjunto de desafios muito especial, principalmente devido ao facto de, por carecerem de capacidade jurídica, os seus pais ou tutores terem provavelmente de participar em qualquer decisão de vacinar, sobretudo em relação aos grupos etários mais jovens[17]. Por conseguinte, os pontos de vista e as preocupações dos pais terão um papel essencial em quaisquer esforços para proporcionar a vacinação contra a COVID-19 a crianças e adolescentes. Contudo, é essencial que as opiniões e experiências dos próprios

jovens sejam igualmente tomadas em consideração, que a sua autonomia seja respeitada, e que estes sejam incluídos nas discussões sobre a vacinação de uma forma adequada à idade [18].

Embora, em termos globais, não seja considerada uma população com taxas de vacinação baixas, os profissionais de saúde constituem, não obstante, um grupo prioritário adicional para a vacinação contra a COVID-19 em países de todo o mundo, incluindo na UE e no EEE. Tal deve-se aos elevados níveis de exposição à COVID-19 e a outras doenças infecciosas que estes enfrentam, bem como ao facto de poderem facilmente transmitir o vírus a doentes ou colegas. Além disso, a confiança que as pessoas têm nos profissionais de saúde confere-lhes um papel crucial na influência das perceções que os seus doentes têm de uma vacina e da doença associada. Por conseguinte, podem ter um impacto significativo nas decisões das pessoas de serem vacinadas [19-21]. Dado que se sabe que alguns profissionais de saúde têm questões e preocupações sobre as vacinações COVID-19, [22,23], é importante apoiá-los e capacitá-los para que aceitem e recebam a vacinação contra a COVID-19. Tal terá um efeito protetor direto neles próprios e na possível transmissão em instalações de cuidados de saúde. Também poderá facilitar as decisões dos seus doentes no sentido de se vacinarem, protegendo, deste modo, o resto da população [24].

Fatores de diagnóstico e obstáculos à aceitação e toma da vacina

Embora todos os países da UE e do EEE realizem o rastreio da cobertura da vacina contra a COVID-19 nos respetivos países e alguns realizem o rastreio da confiança registada nas vacinas contra a COVID-19, nem todos procuram identificar as razões para a cobertura mais baixa do que o desejado da vacinação em diferentes grupos da população. Por conseguinte, as estratégias podem ser direcionadas para uma combinação errada dos antecedentes «5 C's», o que pode prejudicar a eficácia dos esforços destinados a facilitar a toma da vacina e desperdiçar recursos financeiros e de tempo numa situação de emergência. A heterogeneidade nas intenções e nos comportamentos de vacinação, mesmo dentro de uma subpopulação definida num determinado país, também significa que não pode haver uma metodologia única para todos. As estratégias devem ser orientadas para diferentes grupos, em função das suas necessidades específicas.

Durante a pandemia, alguns países da UE e do EEE têm vindo a recolher dados transversais de grande escala relativos à aceitação e à adesão das pessoas no que diz respeito às intervenções não farmacêuticas em matéria da COVID-19, bem como às suas perceções, intenções e comportamentos registados relativamente à vacinação. A ferramenta mais utilizada para a recolha destes dados ao nível da população na UE e no EEE tem sido a ferramenta de sondagem sobre informações comportamentais sobre a COVID-19, disponibilizada pelo Gabinete Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Europa. Esta ferramenta foi adaptada para utilização em diversos países para o rastreio do comportamento e das atitudes em relação às diferentes medidas e políticas preventivas [25-27]. Os assuntos abrangidos pela ferramenta de sondagem da OMS evoluíram à medida que as condições se alteraram ao longo do decurso da pandemia, e incluem agora questões sobre o comportamento e as intenções em matéria de vacinação. A OMS e a UNICEF também desenvolveram orientações provisórias para a realização de investigações de diagnóstico quantitativo e qualitativo sobre os fatores sociais e comportamentais da aceitação e toma da vacina contra a COVID-19, [28] mas estas orientações ainda não estão formalmente validadas.

Foram publicados vários outros instrumentos que avaliam os fatores da confiança e da aceitação da vacina. Estes instrumentos são genéricos e não são específicos da pandemia COVID-19. Incluem o *Vaccine Confidence Index* [29], a *Vaccine Acceptance Scale* [30], e *Parental Attitudes about Childhood Vaccines* [31]. Note-se que estes instrumentos tendem a centrar-se principalmente na confiança, e têm menos em conta os outros quatro «C's» [9]. Não podem, por conseguinte, ser tão eficazes como a ferramenta de sondagem da OMS na realização de um diagnóstico do comportamento e das intenções das pessoas em relação à COVID-19, na contribuição, desse modo, para a definição das intervenções mais adequadas para facilitar a toma da vacina. Em contrapartida, a ferramenta de sondagem da OMS proporciona um método acessível, facilmente adaptado e, sobretudo, comparável, que pode ser rapidamente utilizado para facilitar a conceção e implementação de estratégias com base em informações comportamentais [32].

Diagnóstico dos fatores que afetam a aceitação da vacinação e a toma da vacina na Finlândia

O Instituto de Saúde e Bem-Estar finlandês (THL) realizou uma versão adaptada da estudo de opinião da OMS três vezes na primavera de 2020, uma vez no outono de 2020 e uma vez na primavera de 2021. Em cada fase da sondagem participaram cerca de 1 000 inquiridos, selecionados para garantir que fossem representativos da população adulta da Finlândia em termos de idade, sexo e local de residência. Foram incluídas nas fases anteriores perguntas sobre as intenções de vacinação [1] e, na última fase, sobre o comportamento efetivo em matéria de vacinação. As conclusões foram bem acolhidas pelos decisores políticos e constituíram uma boa base para os esforços de comunicação dos riscos do país e para a estratégia mais ampla de controlo da COVID-19.

No entanto, devido ao custo da realização da sondagem da OMS enquanto atividade independente, algumas das questões relacionadas com a vacinação foram posteriormente integradas na sondagem nacional em curso de carácter mais geral, «Pulso dos cidadãos», que é realizada cada três ou cada quatro semanas pelo gabinete do Primeiro-Ministro na Finlândia. Tal reduziu substancialmente os custos e tornou o inquérito mais sustentável, oferecendo ao mesmo tempo a oportunidade de monitorizar com maior regularidade os níveis de aceitação das vacinas. Além disso, a comparação dos resultados das duas sondagens diferentes permitiu avaliar a fiabilidade e a validade dos dados resultantes da sondagem baseada na ferramenta de sondagem da OMS. Refira-se, contudo, que a rápida implementação e a alteração das circunstâncias do programa de vacinação contra a COVID-19 tornou necessário adaptar algumas das perguntas, o que dificulta a comparação ao longo do tempo. Por exemplo, a pergunta anterior «Tomaria a vacina se esta estivesse disponível?» tornou-se redundante, o que realça a necessidade de manter uma panorâmica das perguntas que são pertinentes para o contexto do momento.

Um dos principais resultados deste trabalho de diagnóstico foi o facto de os dados terem demonstrado claramente que a falta de confiança na vacina na Finlândia constitui apenas um dos vários fatores que inibem a toma da vacina — os outros C desempenham igualmente um papel significativo. O que facilitou a elaboração de mensagens mais adequadas que, por sua vez, desviaram o debate público que recaía exclusivamente sobre a falta de confiança na vacina para discussões mais bem informadas relativas a outras questões igualmente importantes (por exemplo, o modo como os serviços de vacinação são organizados e questões relacionadas com a complacência e com a perceção dos riscos). Levou igualmente a uma tomada de decisões estratégicas mais eficaz em relação ao programa de imunização, apoiando, ao mesmo tempo, o programa a nível municipal através do fornecimento de informações sobre os fatores que afetam o comportamento de vacinação das pessoas.

A investigação qualitativa deve ser sempre considerada como uma componente importante de qualquer análise exaustiva de diagnóstico das intenções e do comportamento de vacinação. Pode fornecer informações úteis sobre nuances potencialmente importantes e, ao mesmo tempo, responder às perguntas «como» e «porquê» que as sondagens normalmente utilizadas podem não conseguir esclarecer [33]. Para além da componente qualitativa da ferramenta da OMS/UNICEF acima referida [28], tem sido utilizada com profissionais da saúde em sete países uma ferramenta de investigação qualitativa desenvolvida pelo Gabinete Regional da OMS para a Europa. Esta ferramenta explora os fatores e os obstáculos à vacinação contra a COVID-19 em relação aos profissionais de saúde e o trabalho que estes realizam ao recomendarem a vacinação aos doentes. A ferramenta oferece uma metodologia rápida de análise de dados, permitindo obter, de forma atempada, informações que servem de base a intervenções adaptadas aos grupos-alvo, e foi recentemente aperfeiçoada para utilizar com outros grupos-alvo em relação à vacinação contra a COVID-19. Esta ferramenta será brevemente publicada e os promotores podem ser contactados, para acesso à ferramenta e apoio, em euvaccine@who.int.

É provável que a maioria dos países da UE e do EEE tenha capacidade para realizar este tipo de investigação de diagnóstico — quantitativa ou qualitativa — mesmo que tal capacidade possa não estar disponível em institutos de saúde pública nacionais ou outros organismos estatais. Os cientistas sociais universitários possuem muitas vezes os conhecimentos técnicos para implementar o trabalho, tal como algumas organizações da sociedade civil que também podem conseguir tirar partido dos seus dados operacionais e das opiniões dos beneficiários dos serviços. Sempre que, no setor público, os recursos sejam limitados, os Estados-Membros podem encontrar vantagens no levantamento e na identificação de conhecimentos especializados a nível nacional, e na sua posterior utilização mediante a externalização da investigação. Para além de fornecer dados de diagnóstico pertinentes sobre o comportamento e as intenções em relação à vacina contra a COVID-19, esta abordagem ajudaria a criar uma comunidade de práticas científicas sociais e comportamentais a nível nacional, que também poderá ser aproveitada na investigação de outras questões de saúde no futuro. Um exemplo dessa colaboração pode ser encontrado na Dinamarca, onde o estudo de diagnóstico do país foi realizado pela Universidade de Copenhaga [27].

Estratégias para aumentar a aceitação e a toma da vacina contra a COVID-19

A presente secção apresenta estratégias que foram implementadas em diferentes países da UE e do EEE e que visaram cada um dos 5C. Embora cada estratégia apresentada tenha sido classificada como visando especificamente um «C», muitas estratégias visam, de facto, simultaneamente, dois ou mais «C's». Por exemplo, uma metodologia baseada na comunidade que se centra no aumento da confiança no programa de vacinação poderá também procurar resolver os constrangimentos de acessibilidade. Por causa desta sobreposição, poderá ser útil para os leitores analisar todas as intervenções enumeradas ao procurarem identificar potenciais estratégias para populações específicas. Refira-se também que as estratégias apresentadas devem ser vistas como uma inspiração que pode ser adaptada a diferentes contextos, e não como uma abordagem prescritiva que deve ser rigorosamente seguida.

As estratégias aqui apresentadas foram identificadas através de um levantamento bibliográfico de tipo *scoping review* que incluiu uma série de materiais e fontes e foram selecionadas para destacar a diversidade das populações servidas e as regiões geográficas representadas. A inclusão de uma estratégia específica num determinado país não deve ser vista como uma indicação de que esta é «melhor» do que uma outra implementada noutro país. Do mesmo modo, a exclusão de uma estratégia específica num determinado país não implica de modo algum que esta seja «menos adequada» do que a que foi incluída. Além disso, embora os países tenham adotado invariavelmente abordagens multifacetadas para facilitar a aceitação e a toma da vacina contra a COVID-19, incluímos aqui exemplos específicos de iniciativas, campanhas ou ferramentas destinadas a realçar a forma como um determinado «C» foi abordado, quer em relação à população em geral, quer em relação a uma subpopulação. Estes exemplos dão uma ideia de alguns elementos das iniciativas de âmbito mais alargado que estão a ser implementadas a nível nacional.

Confiança: As estratégias estão relacionadas com a criação de confiança - confiança no sistema de saúde que fornece a vacina, confiança nos decisores políticos que decidem sobre a vacina, e confiança na segurança e na eficácia da própria vacina [9].

Estado-Membro	A quem se destina?	Obstáculo visado	Exemplo de intervenção
Bélgica	Comunidade s vulneráveis e população geral	Confiança no sistema de saúde	Tratou-se de um programa-piloto que envolveu profissionais de saúde comunitários que tinham a tarefa de aumentar o conhecimento das pessoas sobre o sistema de saúde e a sua confiança no mesmo, a fim de aumentar a toma da [vacina contra a] COVID-19 em populações socialmente vulneráveis na Flandres [34]. Foi realizado um exercício de levantamento comunitário em cada zona de cuidados de saúde primários na região, durante o qual foram identificadas partes interessadas de confiança para cada comunidade. A equipa trabalhou com estes membros de confiança da comunidade, e com outros cuidados de saúde primários, assistência social e associações de doentes na conceção e implementação de uma estratégia de vacinação [35]. Os próprios membros das comunidades informaram os seus pares sobre a vacina contra a COVID-19, reencaminharam-nos para os cuidados de saúde e acompanharam-nos na primeira vacinação, e realizaram atividades de seguimento após a vacinação [35,36]. Estas equipas dirigidas pela comunidade e nela baseadas estão associadas ao painel de dados regional sobre cobertura, e também têm acesso a dados agregados anonimizados apresentados pelos médicos de família da região sobre comorbidades. Com estas informações, podem visar as áreas com baixa cobertura da vacinação e elevado risco [35].
Irlanda	Jovens	Confiança na segurança das vacinas e confiança no sistema de saúde	O SciComm é uma iniciativa que utiliza uma rede de divulgadores científicos para criar diálogo e responder às perguntas e preocupações dos jovens, com o objetivo de promover a confiança e, deste modo, aumentar a toma da vacina pelos jovens [37]. A rede foi criada pelo Departamento da Saúde, enviando um pedido a licenciados que trabalham nas ciências da saúde e na comunicação científica [37]. O objetivo foi o de chegar aos jovens em comunidades em linha onde já se encontram ativos e envolvê-los numa área da qual se sentiram excluídos [37,38]. A rede de divulgadores científicos reúne-se duas vezes por mês com funcionários do Departamento da Saúde para responder às suas próprias perguntas, e em seguida define mensagens semanais com base nas preocupações apontadas pelos jovens (conforme identificadas pelo Ministério da Saúde através de grupos de reflexão e questionários [38]) e nos desenvolvimentos científicos atuais. A rede publica ativamente conteúdos e interage nas redes sociais (Facebook, Instagram, Tik Tok), comunicando com jovens de todo o país, partilhando experiências, respondendo a perguntas e a informações incorretas ou a desinformação sobre a vacinação contra a COVID-19 [39].
Países Baixos	Profissionais de saúde	Confiança na segurança das vacinas	O Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente dos Países Baixos (RIVM) desenvolveu um módulo de aprendizagem eletrónica que é disponibilizado aos profissionais de saúde nos Países Baixos [40]. Disponibiliza formação sobre o desenvolvimento de vacinas e informações sobre a segurança e a eficácia das vacinas. Fornece igualmente recomendações e roteiros sobre como debater com os doentes o tema da vacinação contra a COVID-19 [41]. Este módulo encontra-se atualmente a ser validado para acreditação.
Reino Unido (país fora da UE e do EEE)	População geral	Confiança na segurança e na	As Universidades de Nottingham, Southampton e Kings College de Londres estabeleceram uma parceria com o National Institute of Health Research (Instituto Nacional de Investigação para a Saúde) para criar um <i>chatbot</i> para

		eficácia das vacinas	discussão e para estabelecer um diálogo com as pessoas sobre as suas preocupações sobre a vacinação contra a COVID-19 [42,43]. O <i>chatbot</i> coloca várias perguntas iniciais relativamente às preocupações do indivíduo e, com base nas respostas, apresenta dados científicos sem juízos de valor [44]. Enquanto que este <i>chatbot</i> responde a preocupações sobre a vacinação com base em respostas pré-programadas, a Johns Hopkins University e a IBM lançaram um <i>chatbot</i> semelhante que interage com os utilizadores utilizando inteligência artificial. Esta <i>chatbot</i> é mais flexível, permitindo aos utilizadores utilizar texto livre e fornecendo respostas às questões sobre vacinas [45].
--	--	----------------------	---

Constrangimentos: De um modo geral, as estratégias que visam constrangimentos visam o aumento da acessibilidade, a capacidade das pessoas de compreensão da informação (língua e literacia da saúde), a atratividade dos serviços de vacinação e a abordagem dos obstáculos percebidos ou efetivos à acessibilidade dos preços.

Estado-Membro	A quem se destina?	Obstáculo visado	Exemplo de intervenção
Noruega	Minorias étnicas	Dificuldades de compreensão da informação sobre a vacinação	As informações sobre vacinação foram traduzidas e estão disponíveis em mais de 45 línguas, sendo utilizadas nos esforços envidados para comunicar com populações vulneráveis [46,47]. Em Oslo, «embaixadores» que falam Somali das comunidades, identificados pelos profissionais de saúde em colaboração com as próprias comunidades, têm partilhado informações sobre a COVID-19 na língua Somali [48]. Este trabalho foi conduzido em parceria com organizações da sociedade civil, universidades e o Instituto de Saúde Pública norueguês.
Itália	Migrantes	Capacidade de atração dos serviços	Em algumas regiões, os requisitos de registo foram alterados para que as pessoas que se vacinam não necessitem de um número de saúde e também existe a garantia de que os dados pessoais não serão partilhado com as autoridades não sanitárias (por exemplo, polícia ou serviços de imigração) [49]. Noutras regiões, por exemplo na Toscana, os locais de vacinação têm sido utilizados para indivíduos que não possuem um cartão de saúde como modo de facilitar o acesso aos migrantes sem documentos [50]. Na região da Sicília, as autoridades nacionais de saúde estabeleceram parcerias com organizações da sociedade civil para a vacinação de migrantes e estão a utilizar mediadores culturais para comunicar sobre serviços de vacinação [51].
Alemanha	População geral	Acessibilidade física	Em setembro, as autoridades implementaram uma «Semana da Vacinação» em todo o país, a qual coincidiu com o final das férias de verão e o regresso à escola. A intervenção da «Semana da Vacinação», que utilizou o hashtag «# HierWirdGeimpft» (aqui vacina-se), centrou-se no acesso fácil à vacinação em áreas de acesso frequente (p. ex., locais de culto, clubes de jovens, clubes desportivos, mercados), de modo a facilitar o acesso oportunista à vacina e, deste, aumentar exponencialmente a cobertura antes do outono [52].
República Checa	População geral	Acessibilidade física	As autarquias regionais utilizam equipas móveis para chegar a indivíduos com mobilidade reduzida, e em comunidades com dificuldades em chegar aos centros de vacinação. Os médicos de família em áreas de cobertura reduzida também têm estado a colaborar na vacinação dos seus doentes, proporcionando uma maior acessibilidade [47].
Espanha	Jovens e estudantes	Acessibilidade e constrangimentos de tempo em relação aos jovens que podem ser mais móveis devido aos estudos.	<i>Vacunabuses</i> (autocarros de vacinação) é uma parceria entre a autoridade de saúde de Madrid e a Cruz Vermelha espanhola. A intervenção consiste em 18 equipas móveis que trabalham em institutos de ensino superior públicos e privados [53,54], abertas para a vacinação sem marcação até ao final do primeiro mês da escola. O objetivo consistem em aumentar a cobertura nas populações com cobertura reduzida e não estar dependente da vacinação através dos centros de saúde nos locais de residência principal dos estudantes [55].

Complacência: a complacência está relacionada com a percepção de baixo risco da doença que pode eliminar a motivação do indivíduo para ser vacinado [56]. Por exemplo, na fase inicial da pandemia os jovens e as crianças eram frequentemente identificados com situações de risco muito reduzido relativamente à COVID-19 em comparação com os adultos mais velhos. Assim, as estratégias que procuram combater a complacência necessitam provavelmente de centrar-se na explicação do risco da COVID-19 para os jovens e em reforçar a sua compreensão da importância subjacente da vacinação em termos mais gerais.

Estado-Membro	A quem se destina?	Obstáculo visado	Exemplo de intervenção
Alemanha	População geral	Compreensão dos riscos <i>versus</i> benefícios da doença do COVID-19 e da vacinação.	O Robert Koch Institute publica um conjunto semanal de perguntas e respostas, com base em perguntas e preocupações identificadas através de um inquérito regular relativo à COVID-19 (COVIMO) [26,57]. As perguntas e respostas utilizam uma abordagem de comunicação dos riscos e destacam o risco da COVID-19 e os benefícios da vacina. São igualmente incluídas perguntas destinadas a grupos vulneráveis específicos (por exemplo, mulheres grávidas) ou grupos de interesse (por exemplo, crianças). As respostas contêm ligações para outras informações.
Países Baixos	Pais, filhos e jovens	Percepção do risco da COVID-19 para as crianças e os jovens, risco e segurança da vacinação.	Foi realizado um estudo para investigar os fatores da hesitação na vacinação contra a COVID-19 em pais e crianças [58]. Com base nas conclusões do estudo, foi realizada uma entrevista em linha com um pediatra que preside a Associação Neerlandesa de Pediatria e que está envolvido na Equipa de Gestão dos Surtos nos Países Baixos. Abordou questões sobre o risco da COVID-19 e sobre os benefícios da vacinação [59]. Também foram estabelecidas parcerias com estabelecimentos de ensino, associações educativas e institutos de saúde com vista à prestação de informações sobre o risco da COVID-19 para jovens e crianças e os benefícios da vacinação [47].
Polónia	População geral	Percepção dos riscos da COVID-19	O Fundo Nacional de Saúde criou uma equipa para telefonar aos indivíduos que ainda não foram vacinados, conforme identificados através dos registos médicos. É-lhes perguntado o motivo pelo qual não foram vacinados e é estabelecido um diálogo centrado nos riscos e nos benefícios da vacinação. É realizado um esforço para convencê-los de que a vacinação é benéfica para os mesmos, sendo possível, em seguida, oferecer e aceitar a marcação da vacinação [47].

Cálculo: O cálculo no modelo dos 5 C refere-se à análise individual dos riscos e dos benefícios percebidos da vacinação [9]. As estratégias que visam o cálculo podem, portanto, ter como objetivo a prestação de informações corretas relativas a fontes essenciais em matéria de vacinas, incluindo informações incorretas e desinformação, e o reforço da justificação e da importância da vacinação.

Estado-Membro	A quem se destina?	Obstáculo visado	Exemplo de intervenção
Áustria	População geral	Acesso a informações corretas, desmistificação das informações incorretas	Foi criado um sítio da internet que fornece informações atualizadas sobre a estratégia de vacinação. Inclui <i>links</i> sobre onde e como vacinar-se, com informações gerais sobre a COVID-19 e a vacinação. O formato inclui vídeos curtos, entrevistas com profissionais de saúde (enquanto fonte de confiança), uma série denominada 'Science Busters' [os craques da ciência], e uma série denominada «Consultation Hour» [hora da consulta], na qual peritos são entrevistados sobre a vacinação [60]. Todos estes produtos estão adaptados a preocupações específicas identificadas em diferentes comunidades. [47]. Estes recursos estão disponíveis no sítio Web e no YouTube. Outra página apresenta uma lista dos médicos que participam na Iniciativa Áustria Vacina e que podem ser contactados com para colocar perguntas [61]. Outra página Web ainda presta informações regionais sobre os locais onde podem ser encontrados serviços de vacinação.
Espanha	População geral	Campanhas dos meios de comunicação	Em Espanha, foram utilizadas várias campanhas dos meios de comunicação social para divulgar informações sobre os benefícios da vacinação contra a COVID-19, tendo estas abordado também preocupações comuns. Uma campanha deste tipo centrou-se na explicação da segurança das vacinas e utilizou relatórios da Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) [62] para abordar ou falar com indivíduos que podem não ter sido vacinados devido a informações que circulam sobre o facto de as vacinas COVID-19 terem sido desenvolvidas demasiado rapidamente. Outra campanha, #yomevacunoseguro, apresenta apelos pessoais de jovens, adultos mais velhos e cientistas sobre os motivos pelos quais é importante ser vacinado [63].
Países Baixos	População geral	Desmistificação da informação incorreta e da desinformação	O Instituto Nacional de Saúde Pública e do Ambiente investiu na análise de grandes volumes de dados para identificar as questões mais frequentes relativas à vacinação e às vacinas e analisar o conteúdo dos sítios Web críticos em relação à vacina. Utilizam estas análises para produzir informações acessíveis e de fácil compreensão destinadas a combater as alegações incorretas comuns de desinformação publicadas em linha. A equipa de monitorização também responde diretamente em linha a informações incorretas sobre a vacinação, dependendo da sua fonte e alcance. Por último, possuem um Grupo de Reflexão sobre Desinformação, coordenado pelo Ministério da Saúde, no qual peritos se oferecem voluntariamente para desmistificar as informações incorretas sobre vacinas utilizando as suas próprias contas pessoais de redes sociais [64].

Responsabilidade coletiva: As estratégias que visam a responsabilidade coletiva podem envolver campanhas de comunicação sobre a vacinação contra a COVID-19 que abordam fatores psicossociais associados à intenção de ser vacinado, como a crença de que a vacinação pessoal protege os outros (promovendo assim um sentido de obrigação moral) e de que a vacinação é fundamental para a reabertura da sociedade [65].

A comunicação dos benefícios sociais da vacinação pode conduzir a um aumento da intenção de vacinação. No entanto, a investigação sobre este tema destaca vários fatores que podem afetar a eficácia destas mensagens: contextos culturais e sociais (em algumas sociedades, a vacinação já é vista como uma responsabilidade coletiva); valores pró-sociais dos que recebem a mensagem; formatos e canais de comunicação utilizados (por exemplo, mostrar como funciona a proteção da comunidade através de uma simulação interativa pode ser mais eficaz do que utilizar um texto curto) e o nível de hesitação dos indivíduos [66]. Quanto ao último ponto, os indivíduos extremamente hesitantes têm menos probabilidades de ver o benefício conjunto da vacinação e, como tal, pode ser mais eficaz realçar o benefício desses indivíduos [67].

Estado-Membro	A quem se destina?	Obstáculo visado	Exemplo de intervenção
Suécia	População geral	Mensagens que incluem apelos à responsabilidade coletiva.	No início da vacinação, a campanha de informação lançada pela autoridade de saúde pública sueca, juntamente com outras organizações, incluiu mensagens com base no princípio «Protege-te a ti e aos outros» em vários meios de comunicação. A informação foi igualmente traduzida para várias línguas [68]. Uma outra campanha, com vídeos e cartazes traduzidos em várias línguas, continha a mensagem «Juntos ao encontro de tempos melhores» (p. ex., a alegria de encontrar amigos e familiares de novo). Os materiais também incluíram vídeos curtos com peritos de vacinas que explicaram a importância da vacinação como meio de controlar a propagação da doença, o regresso à vida normal e o fim da pandemia [69]. Note-se que a responsabilidade conjunta não foi a estratégia principal adotada pelas autoridades sueca, mas alguns elementos da estratégia centravam-se igualmente nesse «C».

Estratégias adicionais para aumentar a toma da vacina

Em alguns países, quando outros tipos de intervenções foram considerados insuficientes para atingir uma elevada cobertura da vacinal, foram introduzidas medidas baseadas em incentivos, exigência de certificados e obrigatoriedade. No entanto, é importante observar que embora estas iniciativas possam revelar-se eficazes enquanto fator de incitamento das pessoas que se mostram ambivalentes ou contra a vacinação, as mesmas procuram moldar comportamento, em vez de mudar a forma como as pessoas pensam e sentem a respeito da vacinação. Além disso, os incentivos ou as sanções podem minimizar as possibilidades de adiamento da vacinação tornando-a obrigatória para que um indivíduo obtenha um resultado desejado (por exemplo, o acesso a educação, emprego, entretenimento ou viagens) [70].

Com base neste princípio e no reconhecimento da pandemia da COVID-19 de que podem existir componentes adicionais para assegurar que uma população seja vacinada, a «conformidade» foi recentemente proposta como um elemento adicional para o modelo dos 5 C's [71]. «Conformidade» refere-se às políticas de vacinação que não abrangem os sentimentos de responsabilidade coletiva das pessoas e que se centram, em vez disso, na monitorização e no sancionamento social das pessoas que não são vacinadas. Será necessária mais investigação para avaliar o modo como tais iniciativas contribuirão para a adesão à vacina durante a pandemia da COVID-19.

Incentivos: a investigação comportamental realizada no passado sugere que, embora os incentivos possam sublinhar a importância da vacinação, também podem indicar que algumas pessoas optam por não ser vacinadas, o que por sua vez constitui uma indicação de que a vacinação não constitui um comportamento normativo. Além disso, uma síntese de análises das estratégias de incentivo indica uma divergência nas recomendações, com alguns estudos a afirmar que a abordagem é eficaz, enquanto outros defendem que os dados factuais relativos à eficácia são inconclusivos. Contudo, tal pode dever-se à heterogeneidade das intervenções e da qualidade dos estudos, bem como ao facto de poder ser difícil averiguar os efeitos dos incentivos quando estes se combinam com outras estratégias [70].

A investigação realizada durante a fase de introdução da vacinação contra a COVID-19 pôs em causa sugestões iniciais de que os incentivos económicos poderiam promover a vontade de serem vacinados. Esta investigação advertiu para o facto de que, inicialmente, quando é disponibilizada uma nova vacina, as campanhas deverem centrar-se no aumento da confiança, em especial no que se refere à segurança das vacinas. Uma vez reduzidas as preocupações em matéria de segurança, os incentivos económicos poderiam impulsionar ainda mais a toma da

vacina, mas é necessária mais investigação sobre este tema [72]. Um grande ensaio aleatorizado e controlado realizado na Suécia entre maio e julho de 2021 demonstrou que, mesmo os incentivos económicos mais modestos podem fazer aumentar as taxas de vacinação contra a COVID-19 (em 4.2 pontos percentuais, a partir de uma taxa de referência de 71,6 %), independentemente dos antecedentes sociodemográficos dos participantes. Este estudo também destaca outras questões que necessitam de ser consideradas: aspetos éticos, possíveis variações do efeito em função das taxas de vacinação no país, a entidade que dá o incentivo (neste estudo era a equipa de investigação), bem como o potencial risco de que os incentivos comprometam a vontade das pessoas de serem vacinadas no futuro (por exemplo, receberem reforços) sem serem remuneradas [73]. Outros estudos destacam o facto de os incentivos financeiros para «ser vacinado» poderem parecer atraentes quando centrados em grupos com taxas de vacinação persistentemente baixas, produzindo possivelmente um aumento a curto prazo da vacinação, mas não são uma panaceia. Continuarão a ser necessárias estratégias complementares de âmbito mais alargado, como a identificação das fontes de resistência, o tratamento dos obstáculos ao acesso e à toma da vacina, e a comunicação transparente para estabelecer a confiança do público [74]. Devem ser planeados e desenvolvidos incentivos para grupos-alvo específicos, como os profissionais de saúde, em colaboração com representantes desses grupos [24].

Exigência de certificação: Vários países da UE e do EEE implementaram a exigência da apresentação de uma prova de vacinação por meio de certificado, passe verde ou passe sanitário, a qual pode igualmente incluir a prova de recuperação da COVID-19 e a prova de resultado negativo do teste. As pessoas são obrigadas a possuir os referidos certificados para aceder a determinados locais, participar em atividades recreativas, culturais ou atividades profissionais específicas, viajar ou aceder a locais de trabalho. Para efeitos do presente relatório, distinguimos este tipo de certificado da «obrigatoriedade da vacina» analisada mais à frente, embora, na literatura, os termos possam ser utilizados indistintamente. Além disso, ao visarem não só a prova da vacinação, mas também a prova da recuperação ou de um teste negativo, tais certificados não constituem especificamente «obrigatoriedade» da vacinação. O certificado digital COVID-19 da UE constitui um exemplo de uma exigência que visa, neste caso, facilitar a livre circulação no interior da UE [75].

Os investigadores advertem que o impacto das «propostas de passaporte» sobre as intenções de vacinação pode variar em função da cobertura desses certificados (vacinação, teste recente, anticorpos), do tipo de atividades a que se aplicam (viagem internacional, acesso a locais, emprego) e do momento em que são introduzidas (imediatamente ou depois de ter sido oferecida a vacinação a todos). Tal irá afetar, por sua vez, a perceção que as pessoas têm dos certificados em termos de legitimidade, de equidade e de sentimentos de imposição [76]. Os investigadores indicam que os «passaportes da vacina» podem fazer com que as pessoas que já pretendem vacinar-se se tornem ainda mais categóricas em relação à sua intenção, mas que podem ter o efeito contrário nas pessoas que têm dúvidas a esse respeito. A exigência de certificação desencadeou a oposição de alguns intervenientes políticos e económicos, conforme demonstrado na Inglaterra, quando o governo recuou no seu plano de introdução de um «passaporte da vacina» para quem desejava aceder a clubes noturnos e a eventos sobrelotados, face às críticas aos problemas de implementação e aos custos [77]. Um estudo realizado no Reino Unido e em Israel concluiu que os passaportes da vacina nacionais podem ter um efeito prejudicial sobre a autonomia, a motivação e a vontade das pessoas de serem vacinadas, e que deveria ser privilegiada uma mensagem de autonomia e de identificação social, em vez da pressão e do controlo [78]. Com base num estudo realizado no Reino Unido, investigadores apontam para o potencial efeito polarizante dos passaportes da vacina. Mesmo que sejam geralmente apoiados no país, pode haver grandes variações na atração dos passaportes de vacinas relativamente a grupos específicos da população (por exemplo, jovens, minorias étnicas, etc.), com o risco de que populações específicas e agrupamentos de base geográfica sejam dissuadidos da vacinação [76]. Será necessária mais investigação sobre as potenciais consequências indesejadas deste tipo de «passaporte da vacina».

Exigência de vacinação/obrigatoriedade. Embora a obrigatoriedade possa ser bastante eficaz, os investigadores advertem que outras estratégias podem ser suficientes ou mais recomendadas, dependendo dos motivos para a subvacinação. Contudo, nalguns grupos-alvo específicos, tais como os profissionais de saúde, foi demonstrado que a obrigatoriedade aumentava a cobertura da vacina [70]. A obrigatoriedade indica o apoio político à imunização, podendo, por conseguinte, permitir o aumento dos recursos para as infraestruturas de vacinação. Porém, podem também ser contraproducentes numa população que não apoia de forma generalizada a vacinação [79]. Tendo em conta a experiência passada com a obrigatoriedade da vacina (por exemplo, nos EUA) e os desafios colocados pela introdução das novas vacinas contra a COVID-19, os investigadores constataram, antes da vacinação, que a obrigatoriedade limitada com apoio público, em contextos específicos, poderia fazer parte de um pacote global de intervenções [79]. No entanto, a obrigatoriedade exige um quadro jurídico que permita às autoridades restringir as liberdades individuais por razões de saúde pública, e aprovações a nível político. Assim, a obrigatoriedade também podem ser impugnada nos tribunais, gerar debates sobre a liberdade individual e, embora possam incentivar alguns dos relutantes a serem vacinados, também pode alimentar a resistência [80,81]. É igualmente necessária uma ponderação cuidadosa das considerações éticas relativamente à obrigatoriedade, conforme sublinhado pela OMS [82].

Alguns países da UE e do EEE implementaram a obrigatoriedade da vacinação contra a COVID-19, e outros países estão a contemplar esta estratégia, enquanto que outros favorecem a abordagem voluntária da vacinação [47,83]. No passado, diversos países da UE e do EEE implementaram a obrigatoriedade da vacina relativamente a vacinas

específicas e a grupos da população, sobretudo crianças pequenas [84], para combater as taxas decrescentes de vacinação, a hesitação na vacinação e os surtos recorrentes, em especial no caso do sarampo. Por exemplo, em 2017, a Itália introduziu uma lei que alargou a lista de vacinas obrigatórias para os lactentes de quatro a dez vacinas (por exemplo, poliomielite, difteria, hepatite B, sarampo, papeira, rubéola, varicela, etc.). A vacinação tornou-se obrigatória para as crianças terem acesso à escola, sendo que a falta de cumprimento é sancionada com multas. Uma análise da política revelou que a cobertura das vacinas tinha aumentado relativamente a todas as vacinas, embora os autores reconhecessem que a hesitação na vacinação continuava a ser um problema e que o debate político e social sobre a vacinação obrigatória mantinha ainda em curso [85].

Exemplos de incentivos, certificados e obrigatoriedade

Estado-Membro	Quem	Obstáculo visado	Descrição da estratégia
Polónia	População geral/ municípios	Incentivos para aumentar a adesão	Em julho de 2021, foi lançada uma lotaria com prémios em espécie e em dinheiro para os vacinados [86]. Os municípios também competiram pela obtenção das taxas de vacinação mais elevadas. Os 500 primeiros municípios que conseguiram vacinar 75 % da sua população receberão prémios em dinheiro, e os 49 municípios que alcançaram a taxa de vacinação mais elevada na respetiva região receberam também um prémio em dinheiro.
Bélgica — região de Bruxelas-Capital	População geral e grupos específicos da população	Requisitos/certificados para aumentar a toma da vacina	Na Bélgica, foi introduzido em agosto o Covid Safe Ticket para aceder a eventos que envolvam mais de 5 000 pessoas. Devido às taxas de vacinação mais baixas na região de Bruxelas do que noutras regiões do país, foram elaborados planos para prorrogar o Covid Safe Ticket em Bruxelas durante o outono de modo a incluir o acesso a locais como restaurantes, bares, centros de fitness, eventos que envolviam mais de 50 pessoas em espaços fechados, hospitais e lares de idosos. A duração da medida dependerá da situação epidemiológica. O Covid Safe Ticket atesta que a pessoa está plenamente vacinada, possui um teste COVID-19 negativo ou um certificado de recuperação total. Será solicitado a qualquer pessoa com idade igual ou superior a 16 anos, mas também aos jovens com idade igual ou superior a 12 anos que visitem hospitais e lares de idosos [88,89].
Itália	Grupos profissionais (cuidados de saúde)	Obrigatoriedade	Em 1 de abril de 2021, a Itália aprovou um decreto que tornou a vacinação obrigatória para os profissionais de saúde. Apesar de ter inicialmente optado por recomendações, o Estado italiano adotou o sistema obrigatório para conseguir o mais alto nível possível de vacinação os profissionais de saúde, a fim de garantir a segurança do tratamento e a proteção da saúde dos doentes[90]. Foi o primeiro país europeu a fazê-lo para as vacinas contra a COVID-19. A obrigatoriedade aplica-se aos profissionais de saúde que desenvolvem as suas atividades em estruturas de saúde, sociais ou de assistência, públicas ou privadas, e em farmácias, parafarmácias e consultórios privados. Os que se recusam a tomar a vacina serão transferidos para funções sem risco de propagação do vírus ou suspensas sem pagamento pelo período máximo de um ano. O decreto também protege da responsabilidade penal os médicos que ministram vacinas, desde que a injeção tenha sido realizada de acordo com as instruções do Ministério da Saúde [91].

Avaliação dos programas que procuram aumentar a aceitação e a toma da vacina contra a COVID-19

Qualquer intervenção de saúde pública deve, se possível, ser avaliada[92]. Idealmente, serão realizadas avaliações para determinar se uma intervenção foi implementada de forma aceitável, qual poderá ter sido a sua eficácia (incluindo, caso aplicável, em diferentes subpopulações) e também se poderá ter tido algum impacto inesperado ou negativo [92]. Além disso, seriam necessárias avaliações para determinar se os fundos públicos estão a ser investidos de forma eficiente em termos de custos[93], o que é especialmente importante numa situação de crise, em que os recursos precisam de ser cuidadosamente orientados.

No entanto, a realização de avaliações das intervenções comportamentais pode metodologicamente difícil, dada a dificuldade em estabelecer a causalidade entre uma intervenção que visa, por exemplo, aumentar a toma da vacina contra a COVID-19, e a toma efetiva por membros do público. Tal deve-se ao facto de muitos outros fatores

não relacionados com as taxas de vacinação também podem afetar as taxas de vacinação e não ser fácil discernir quais são os fatores que tiveram impacto. A ferramenta epidemiológica padrão de referência para averiguar a eficácia da intervenção — o ensaio aleatorizado e controlado — é extremamente complexa e politicamente exigente, pelo que é improvável que seja viável avaliar a maior parte das intervenções destinadas a facilitar a aceitação e a toma da vacina. A falta de uma metodologia rigorosa e de aplicação fácil para averiguar a eficácia destas intervenções também significa que poderá não ser possível estabelecer a sua relação custo-eficácia. No entanto, as avaliações pré e pós-intervenção podem ser utilizadas para averiguar se poderão ter ocorrido quaisquer alterações na toma da vacina numa área específica durante o período de uma intervenção, sendo também possível comparar a toma da vacina em diferentes áreas geográficas ou em populações específicas em que uma delas não tenha recebido a intervenção. Contudo, devem ser tomadas precauções consideráveis nestes esforços para evitar a atribuição de causalidade entre os níveis de intervenção e de toma, dado que esta não pode e não deve ser presumida [9].

Apesar destas dificuldades, continua a ser possível avaliar adequadamente as intervenções destinadas a aumentar a toma da vacina, embora, pelas razões apenas referidas, o principal enfoque destas avaliações seja, regra geral, restringido à avaliação do processo, incluindo a aceitabilidade das intervenções e a identificação de possíveis consequências indesejadas. Essas avaliações do processo devem, na medida do possível, incluir dados quantitativos e qualitativos relacionados com o processo de implementação. Os dados quantitativos podem basear-se no que foi produzido através da intervenção (por exemplo, o número de eventos de sensibilização) e na forma como foi recebido pela população-alvo (por exemplo, dados recolhidos através de inquéritos em linha ou desconetado). A investigação qualitativa (sob a forma de entrevistas semiestruturadas, observações, debates em grupos de reflexão, e da monitorização das redes sociais em linha, etc.) proporciona a oportunidade de compreender os «porquês» e os «comos» do que sucedeu durante a implementação do programa [94]. Tal pode permitir destacar questões até então não identificadas, incluindo consequências indesejadas, que poderão não ser visíveis nas conclusões dos dados quantitativos. Podem também ser reconhecidas e tratadas nuances importantes nas comunidades. As avaliações do processo devem idealmente recolher dados da perspetiva tanto dos utentes (por exemplo, dos que deviam receber a vacinação) como dos prestadores de serviços (por exemplo, os que ministram a vacinação). Sempre que possível, as avaliações devem também envolver organizações e parceiros comunitários numa colaboração significativa, como meio de assegurar que a conceção da investigação seja pertinente para as necessidades das comunidades sobre as quais incide a investigação [95].

O Gabinete Regional da OMS para a Europa desenvolveu e está atualmente a realizar um quadro de avaliação para as intervenções comportamentais e culturais relativas à COVID-19, incluindo as destinadas a facilitar a aceitação e a toma da vacina. Reconhecendo que as próprias intervenções podem produzir impactos positivos e negativos não desejados, o quadro de avaliação centra-se igualmente nos efeitos mais amplos da intervenção, como o bem-estar, a coesão social e a confiança. Este quadro e mais informações podem ser obtidos em euinsights@who.int.

Refira-se que muitos prestadores de serviços de saúde têm uma capacidade limitada para realizar as suas próprias avaliações. Por conseguinte, é importante ter expectativas realistas quanto à extensão e à profundidade de qualquer trabalho desse tipo. No entanto, os serviços de saúde também podem colaborar com universidades ou outros institutos de investigação que possam dispor da capacidade técnica e dos recursos humanos para conduzir avaliações metodologicamente mais avançadas, utilizando métodos inovadores, como a avaliação realista. Tais abordagens podem ajudar a discernir os resultados esperados e inesperados decorrentes de uma intervenção complexa [96,97].

Avaliação das intervenções destinadas a aumentar a aceitação e a toma da vacina contra a COVID-19 nos Países Baixos

Em setembro de 2021, os Países Baixos tinham alcançado uma taxa global de vacinação contra a COVID-19 muito superior à média da UE [2], mas sabia-se que existiam bolsas de pessoas não vacinadas, muitas das quais socialmente vulneráveis. Em outubro de 2021, o Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente dos Países Baixos (RIVM) lançou um inquérito nacional, enviado aos serviços de saúde municipais de todo o país, para fazer um levantamento das atividades de promoção da vacinação contra a COVID-19 implementadas em relação a estas populações subvacinadas. As perguntas do inquérito centraram-se numa série de questões, incluindo as populações alvo, os tipos de informação sobre vacinação fornecida às diferentes populações, o(s) canal(is) utilizados na transmissão das informações, o apoio prático dado às pessoas nos locais de vacinação e quando (e não se) as intervenções seriam avaliadas. Atendendo ao enorme volume de trabalho dos serviços de saúde municipais, a equipa RIVM procurou encontrar um equilíbrio entre a obtenção de dados de alta qualidade sobre as questões fundamentais e — mediante a não inclusão de demasiadas perguntas — a garantia de uma boa taxa de resposta.

Este levantamento constitui uma avaliação a nível nacional do que foi implementado a nível local, onde se espera que serão realizadas outras avaliações mais específicas. A equipa RIVM informa que os colegas que implementam as intervenções a nível local têm, de um modo geral, uma compreensão profunda dos problemas e dos desafios que se colocam às diferentes populações que procuram vacinar, tendo adaptado as suas intervenções em conformidade. Além disso, os dados utilizados a nível local para adequar as suas intervenções são, alegadamente, muitas vezes «baseados na experiência», no sentido de os colegas poderem ver, por si próprios, o que funciona nas suas interações com as comunidades alvo, e não através de avaliações formais.

O RIVM instituiu uma iniciativa nacional que apoia os serviços de saúde municipais na partilha de boas práticas e de ideias obtidas a nível local, o que tem levado a numerosos debates informais e à adaptação de intervenções que têm sido consideradas bem-sucedidas. Contudo, embora esta iniciativa facilite uma boa troca de experiências e ideias práticas entre os municípios sobre como chegar às pessoas com a vacinação contra a COVID-19, existem poucos ou nenhuns dados sobre a eficácia das diversas intervenções. Tal deve-se à falta de avaliações ou monitorizações estruturais associadas às intervenções. Contudo, está prevista a ligação destas intervenções a dados granulares sobre a toma da vacina, proporcionando assim informações sobre associações temporais entre as intervenções e a toma da vacina — embora com o entendimento de que as eventuais associações não são necessariamente causais.

Conclusões

À medida que entramos no outono e nos dirigimos para o inverno, existe um risco real de um elevado número de casos de COVID-19 e de taxas de mortalidade elevadas nas populações não vacinadas em toda a UE e em todo o EEE [98]. Facilitar a aceitação e a adesão aos serviços de vacinação contra a COVID-19 constitui, portanto, uma prioridade urgente e imediata. As ferramentas e intervenções apresentadas no presente relatório fornecem às autoridades materiais que podem ser adaptados e utilizados em resposta ao presente apelo. Contudo, a crise em curso também cria uma oportunidade para identificar e oficializar boas práticas para os programas de vacinação, além de pôr em evidência lacunas de conhecimento que é necessário preencher. Tal permitir-nos-á abordar de forma mais eficaz futuros surtos de doenças que podem ser prevenidas por vacinação.

É possível identificar duas áreas fundamentais de boas práticas com base nas informações acima apresentadas, sugerindo-se às autoridades nacionais que procurem formas de integrar as mesmas nos respetivos planos de vacinação nacionais. Em primeiro lugar, foram adotadas estratégias de envolvimento da comunidade num número relativamente reduzido das intervenções analisadas. Dado o impacto amplo e reconhecido que estas podem ter na consolidação da confiança nos sistemas de saúde, poderá valer a pena refletir sobre a forma como tais abordagens poderão ser utilizadas de forma mais generalizada nos esforços de diagnóstico, implementação e avaliação dos programas de vacinação contra a COVID-19 [99]. Em segundo lugar, os esforços envidados pelas autoridades nacionais de alguns países para colaborar com os intervenientes locais, regionais e da sociedade civil ajudaram a diagnosticar os fatores da baixa aceitação e toma da vacina contra a COVID-19 em populações específicas. Ajudaram igualmente na conceção e implementação de estratégias que visam estes fatores. Embora se reconheçam os desafios que se colocam quando se trata de averiguar a eficácia destas intervenções, as iniciativas de partilha das experiências e dos ensinamentos adquiridos poderão facilitar os processos de implementação noutros contextos, aumentando potencialmente o seu impacto [15].

Foram também identificadas duas lacunas significativas nos dados. Em primeiro lugar, não existem muitas vezes dados desagregados referentes à cobertura das vacinas em diferentes subpopulações, o que significa que os baixos níveis de vacinação ou outros problemas relacionados com a adesão à vacina podem permanecer invisíveis para os decisores políticos e, por conseguinte, por resolver. Foram delineadas estratégias para a recolha de dados

sobre populações migrantes e de refugiados[100], podendo considerar-se a utilização de abordagens semelhantes em relação a outras populações socialmente vulneráveis. Em segundo lugar, há limitações nas metodologias atualmente disponíveis para a avaliação do impacto das intervenções destinadas a facilitar a aceitação e a adesão aos serviços de vacinação. O desenvolvimento de metodologias inovadoras nesta área por cientistas sociais e comportamentais seria bastante benéfico, especialmente se pudessem ser aplicadas em contextos com capacidades financeiras e técnicas modestas.

Peritos participantes

- Peritos do ECDC (por ordem alfabética): John Kinsman, Gabrielle Schittecatte, Andrea Würz.
- Peritos externos (por ordem alfabética): Marianna Baggio (Centro Comum de Investigação, Comissão Europeia), Marijn de Bruin [Instituto Nacional de Saúde Pública e Ambiente (RIVM), Países Baixos], Brett Craig (Gabinete Regional da OMS para a Europa), Katrine Bach Habersaat (Gabinete Regional da OMS para a Europa), Mattijs Lambooij [(RIVM), Países Baixos], Siff Nielsen (Gabinete Regional da OMS para a Europa), e Jonas Sivelä [Instituto finlandês para a Saúde e o Bem Estar (THL), Finlândia].
- Cada um dos peritos externos apresentou uma declaração de interesses e o exame destas declarações não revelou quaisquer conflitos de interesses.

Bibliografia

1. Hammer CC, Cristea V, Dub T, Sivelä J. High but slightly declining COVID-19 vaccine acceptance and reasons for vaccine acceptance, Finland April to December 2020. *Epidemiology and Infection*. 2021 May 11;149:e123.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine Tracker Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html#uptake-tab>
3. Furlong A. Romania suspends surgeries, asks EU for help as it battles coronavirus wave. *Politico*. 5 October 2021 2021. Available at: <https://www.politico.eu/article/romania-surgeries-eu-coronavirus-help/>
4. Folkhalsomyndigheten (Sweden). Vaccinationstäckning per födelseland, inkomst och utbildningsgrad. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistikdatabaser-och-visualisering/vaccinationsstatistik/statistik-for-vaccination-mot-covid-19/uppfoljning-av-vaccination/vaccinationstackning-i-undergrupper/>
5. 'Insufficient uptake of COVID-19 Vaccines – Challenges and Practices'. Brussels: EU Commission, 2021 [Presentation given at Health Security Council].
6. Speciale A. Bloomberg News. Draghi Says Italy Will Eventually Make Vaccine Compulsory. 2 September 2021. Available at: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-09-02/draghi-says-italy-will-eventually-make-vaccine-compulsory>
7. Thomson A, Robinson K, Vallée-Tourangeau G. The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. *Vaccine*. 2016 Feb 17;34(8):1018-24.
8. Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*. 2015;2(1):61-73. Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2372732215600716>
9. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLOS ONE*. 2018;13(12):e0208601. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208601>
10. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014 Apr 17;32(19):2150-9.
11. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Geneva: World Health Organization; 2014. Available at: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
12. Kata A. Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm--an overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*. 2012 May 28;30(25):3778-89.
13. Siegler AJ, Luisi N, Hall EW, Bradley H, Sanchez T, Lopman BA, et al. Trajectory of COVID-19 Vaccine Hesitancy Over Time and Association of Initial Vaccine Hesitancy With Subsequent Vaccination. *JAMA Network Open*. 2021;4(9):e2126882-e. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.26882>
14. Tankwanchi AS, Bowman B, Garrison M, Larson H, Wiysonge CS. Vaccine hesitancy in migrant communities: a rapid review of latest evidence. *Current Opinion in Immunology*. 2021 Aug;71:62-8.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Webinar: Initiatives to increase access to and uptake of COVID-19 vaccination in socially vulnerable populations. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/webinar-initiatives-increase-access-and-uptake-covid-19-vaccination-socially-vulnerable>
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Reducing COVID 19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-migrants-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake>
17. McGuire K. Parental COVID-19 vaccine hesitancy may be next challenge for vaccination campaigns. *The Conversation*; 2021. Available at: <https://theconversation.com/parental-covid-19-vaccine-hesitancy-may-be-next-challenge-for-vaccination-campaigns-162742>
18. Morgan L, Schwartz JL, Sisti DA. COVID-19 Vaccination of Minors Without Parental Consent: Respecting Emerging Autonomy and Advancing Public Health. *JAMA Pediatrics*. 2021;175(10):995-6. Available at: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.1855>
19. Larson HJ, de Figueiredo A, Xiaohong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The State of Vaccine Confidence 2016: Global Insights Through a 67-Country Survey. *EBioMedicine*. 2016 Oct;12:295-301.
20. Holzmann-Littig C, Braunisch MC, Kranke P, Popp M, Seeber C, Fichtner F, et al. COVID-19 Vaccination Acceptance and Hesitancy among Healthcare Workers in Germany. *Vaccines*. 2021;9(7):777. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/7/777>
21. Loubet P, Nguyen C, Burnet E, Launay O. Influenza vaccination of pregnant women in Paris, France: Knowledge, attitudes and practices among midwives. *PLOS ONE*. 2019;14(4):e0215251. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215251>

22. Biswas N, Mustapha T, Khubchandani J, Price JH. The Nature and Extent of COVID-19 Vaccination Hesitancy in Healthcare Workers. *Journal of Community Health*. 2021 Apr 20:1-8.
23. Gilboa M, Tal I, Levin EG, Segal S, Belkin A, Zilberman-Daniels T, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) vaccination uptake among healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 2021 Sep 23:1-6.
24. World Health Organization Regional Office for Europe. Health workers in focus: policies and practices for successful public response to COVID-19 vaccination: strategic considerations for member states in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2021. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/2021/health-workers-in-focus-policies-and-practices-for-successful-public-response-to-covid-19-vaccination-strategic-considerations-for-member-states-in-the-who-european-region-2021-produced-by-whoeurope>
25. Rodríguez-Blázquez C, Romay-Barja M, Falcón M, Ayala A, Forjaz MJ. The COSMO-Spain Survey: Three First Rounds of the WHO Behavioral Insights Tool. *Frontiers in Public Health*. 2021 May-31;9(664) Available at: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.678926>
26. Robert Koch Institute, . COVID-19 Vaccination Rate Monitoring in Germany (COVIMO) - 6th report. Berlin: Robert Koch Institute, August 2021.
27. Copenhagen Centre for Social Data Science. COVID-19 Snapshot Monitoring in Denmark (COSMO Denmark). Copenhagen: University of Copenhagen; 2021. Available at: <https://sodas.ku.dk/projects/covid-19-projects/cosmo/>
28. World Health Organization. Data for action: achieving high uptake of COVID-19 vaccines. Geneva: WHO, 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccination-demand-planning-2021.1>
29. Frew PM, Murden R, Mehta CC, Chamberlain AT, Hinman AR, Nowak G, et al. Development of a US trust measure to assess and monitor parental confidence in the vaccine system. *Vaccine*. 2019 Jan 7;37(2):325-32.
30. Sarathchandra D, Navin MC, Largent MA, McCright AM. A survey instrument for measuring vaccine acceptance. *Prev Med*. 2018 2018/04//;109:1-7. Available at: <http://europepmc.org/abstract/MED/29337069>
31. Opel DJ, Taylor JA, Zhou C, Catz S, Myaing M, Mangione-Smith R. The relationship between parent attitudes about childhood vaccines survey scores and future child immunization status: a validation study. *JAMA Pediatrics*. 2013 Nov;167(11):1065-71.
32. Betsch C, Wieler LH, Habersaat K. Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *Lancet (London, England)*. 2020 Apr 18;395(10232):1255-6.
33. Lohiniva AL, Sane J, Sibenberg K, Puumalainen T, Salminen M. Understanding coronavirus disease (COVID-19) risk perceptions among the public to enhance risk communication efforts: a practical approach for outbreaks, Finland, February 2020. *Eurosurveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2020 April 2020;25(13)
34. Les Mutualités Libres. Un accompagnement personnalisé par les mutualités des publics fragilisés. 2021. Available at: <https://www.mloz.be/fr/communiqués/un-accompagnement-personnalise-par-les-mutualites-des-publics-fragilises>
35. Boecx T, on behalf of Flanders Agency for Care and Health, Primary Care Team. COVID-19 & Primary Health Care. (Presentation at Gastein Conference.) [Personal communication 27 September 2021.]
36. Develtere L. Community health workers begrijpen waarom de weg naar de juiste zorg zo moeilijk is. *Sociaal.Net*; 2021. Available at: <https://sociaal.net/achtergrond/community-health-workers-begrijpen-waarom-de-weg-naar-de-juiste-zorg-zo-moeilijk-is/>
37. Government of Ireland. The SciComm Collective. Dublin: Department of Health; 2021. Available at: <https://www.gov.ie/en/campaigns/32187-sci-comm-collective/>
38. Mercurio K. How the Science Communication Collective is Battling Misinformation. *University Times*. 21 July 2021. Available at: <https://universitytimes.ie/2021/06/how-the-science-communication-collective-is-battling-misinformation/>
39. SciComm Collective. Do vaccines protect against long Covid? 2021. Available at: <https://www.instagram.com/p/CT9GW9iFog5/>
40. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). COVID-19 Vaccination for Professionals. RIVM; September 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/en/covid-19-vaccination/professionals>
41. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). E-Learning for COVID-19 Vaccination. 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/e-learning-covid-19-vaccinatie>
42. University of Nottingham. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.nottingham.ac.uk/news/vaccine-hesitancy>
43. NIHR Applied Research Collaboration (ARC) Wessex. Experts create 'chatbot' to address people's concerns about COVID-19 vaccines. 2021. Available at: <https://www.arc-wx.nihr.ac.uk/news/experts-create-chatbot-to-address-people-s-concerns-about-covid-19-vaccines/>
44. National Institute for Health Research, University of Nottingham, University of Southampton, Kings College London. VaxFacts. 2021. Available at: <https://www.covidvaxfacts.info/chat#nosplash>
45. John Hopkins Bloomberg School of Public Health. Vira – The Chatbot. 2021. Available at: <https://vaxchat.org/>

46. Norwegian Institute of Public Health (Folkehelseinstituttet). Coronavirus immunisation programme. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Available at: <https://www.fhi.no/en/id/vaccines/coronavirus-immunisation-programme/>
47. Health Security Council. Country responses to questionnaire in the Health Security Committee. Brussels: EU Commission; 2021. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/preparedness_response/docs/ev_20210915_sr_en.pdf
48. Brekke JP. Informing hard-to-reach immigrant groups about COVID-19—Reaching the Somali population in Oslo. Journal of Refugee Studies. 2021 Available at: <https://doi.org/10.1093/jrs/feab053>
49. Picum. The COVID-19 Vaccines and undocumented Migrants in Italy. Brussels: Picum; 2021. Available at: <https://picum.org/covid-19-vaccines-undocumented-migrants-italy/>
50. ANSA. Italy's Tuscany region vaccinating migrants and homeless. Info Migrants; 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/34400/italys-tuscany-region-vaccinating-migrants-and-homeless>
51. ANSA. Southern Italy: Coronavirus vaccination campaign for undocumented migrants. 17 June 2021. Available at: <https://www.infomigrants.net/en/post/33001/southern-italy-coronavirus-vaccination-campaign-for-undocumented-migrants>
52. Tagesschau. Bundesweite Impfwoche startet. 13 September 2021. Available at: <https://www.tagesschau.de/inland/corona-impfaktionswoche-101.html>
53. Fernandez R. Estos son los horarios y campus de la vacunación a jóvenes en las universidades de Madrid. La Razon. 14 September 2021. Available at: <https://www.larazon.es/madrid/20210914/we6fkn4irbfj7cxorga4s6aj5u.html>
54. El Mundo. 'Vacunabuses' por los campus en busca de estudiantes por inmunizar. Madrid: El Mundo; 2021. Available at: <https://www.elmundo.es/madrid/2021/09/10/613a521ffddfffc6aa8b4644.html>
55. Comunidad de Madrid. Announcement on Plan to Vaccinate Students against COVID-19 in Universities Madrid: Comunidad de Madrid; 9 September 2021. Available at: <https://www.comunidad.madrid/notas-prensa/2021/09/09/diaz-ayuso-presenta-rectores-plan-vacunar-frente-covid-19-estudiantes-campus-universitarios>
56. Schwarzer R, Fuchs R. Self-Efficacy and Health Behaviours. In: Conner M, Norman P (eds). Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham: Open University Press; 1995. p. 163-96.
57. Robert Koch Institute (RKI). COVID-19 and Vaccination: Answers to Frequently Asked Questions (FAQ). Berlin: RKI; 2021. Available at: <https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>
58. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) - Corona Gedragsunit. Vaccinatiebereidheid bij jongeren. Bilthoven: RIVM; 2 July 2021. Available at: <https://www.rivm.nl/documenten/vaccinatiebereidheid-bij-jongeren>
59. National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). Interview: 11 kritische vragen over tieners en coronavaccinatie aan kinderarts en OMT-lid Ily. 3 September 2021. Available at: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/09/03/interview-11-kritische-vragen-over-tieners-en-coronavaccinatie>
60. Oesterreich Impft. Videos. Gesundheitsministeriums (Austrian Ministry of Health); 2021. Available at: <https://www.oesterreich-impft.at/videos-uebersicht/>
61. Oesterreich Impft. Fragen Sie unsere Sprecher:innen (Ask Our Speakers). Gesundheitsministeriums (Austrian Ministry of Health); 2021. Available at: <https://www.oesterreich-impft.at/sprecherinnen/>
62. Ministerio de Sanidad. Vacunas Con Garantías. Madrid: Ministerio de Salud; 1 February 2021. Available at: <https://www.aemps.gob.es/la-aemps/campanas/campana-vacunascongarantiasseguridad-calidad-y-eficacia-de-las-vacunas-frente-a-la-covid-19/>
63. Ministerio de Salud, Gobierno de España. Yo Me Vacuna Seguro. 2021. Available at: <https://www.msbs.gob.es/campanas/campanas21/YoMeVacunoSeguro.htm>
64. European Centre for Disease Prevention and Control. Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/countering-online-vaccine-misinformation-eu-eea>
65. Sanders JG, Spruijt P, van Dijk M, Elberse J, Lambooy MS, Kroese FM, et al. Understanding a national increase in COVID-19 vaccination intention, the Netherlands, November 2020–March 2021. Eurosurveillance. 2021;26(36):2100792. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.36.2100792>
66. Böhm R, Betsch C. Prosocial vaccination. Current Opinion in Psychology. 2022/02/01/;43:307-11. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X21001433>
67. Freeman D, Loe BS, Yu LM, Freeman J, Chadwick A, Vaccari C, et al. Effects of different types of written vaccination information on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK (OCEANS-III): a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. The Lancet Public Health. 2021 Jun;6(6):e416-e27.
68. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Vaccination mot Covid-19: 'Skydda dig själv och andra'. 11 February 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2021/februari/vaccination-mot-covid-19-skydda-dig-sjalv-och-andra/>

69. Folkhälsomyndigheten (Sweden). Ladda ned filmer och annonsmaterial om vaccination mot COVID-19. 2021. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/vaccination-mot-covid-19/kampanjmaterial/#ljusare>
70. Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, Leask J, Kempe A. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychological Science in the Public Interest: a journal of the American Psychological Society*. 2017 Dec;18(3):149-207.
71. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*. 0(0):1-9. Available at: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1015-5759/a000663>
72. Sprengholz P, Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Betsch C. Money is not everything: experimental evidence that payments do not increase willingness to be vaccinated against COVID-19. *Journal of Medical Ethics*. 2021 Aug;47(8):547-8.
73. Campos-Mercade P, Meier AN, Schneider FH, Meier S, Pope D, Wengström E. Monetary incentives increase COVID-19 vaccinations. *Science*. 2021:1-4. Available at: <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.abm0475>
74. Volpp KG, Cannuscio CC. Incentives for Immunity - Strategies for Increasing Covid-19 Vaccine Uptake. *The New England Journal of Medicine*. 2021 Jul 1;385(1):e1.
75. European Commission. EU Digital COVID Certificate. 2021. Available at: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_en
76. de Figueiredo A, Larson HJ, Reicher SD. The potential impact of vaccine passports on inclination to accept COVID-19 vaccinations in the United Kingdom: Evidence from a large cross-sectional survey and modeling study. *EClinicalMedicine*. 2021/09/09/:101109. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021003898>
77. BBC News. 'England vaccine passport plans ditched, Sajid Javid says'. Available at: <https://www.bbc.com/news/uk-58535258>
78. Porat T, Burnell R, Calvo RA, Ford E, Paudyal P, Baxter WL, et al. "Vaccine Passports" May Backfire: Findings from a Cross-Sectional Study in the UK and Israel on Willingness to Get Vaccinated against COVID-19. *Vaccines*. 2021;9(8):902. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/8/902>
79. Gostin LO, Salmon DA, Larson HJ. Mandating COVID-19 Vaccines. *JAMA*. 2021;325(6):532-3. Available at: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.26553>
80. New York Times. Biden's bet on vaccine mandates. 17 September 2021. Available at: <https://www.nytimes.com/2021/09/13/podcasts/the-daily/joe-biden-vaccine-mandates-coronavirus.html>
81. Acast. (The Intelligence from The Economist.) Getting their vax up: America's vaccine mandates. *The Economist*; 13 September 2021. Available at: <https://play.acast.com/s/theintelligencepodcast/gettingtheirvaxup-america-svaccinemandates>
82. World Health Organization. COVID-19 and mandatory vaccination: Ethical considerations and caveats. Policy brief. Geneva: WHO; 2021. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy-brief-Mandatory-vaccination-2021.1>
83. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA – 23 September 2021. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Overview-of-the-implementation-of-COVID-19-vaccination-strategies-and-deployment-plans-23-Sep-2021.pdf>
84. Asociación Española de Pediatría. La vacunación obligatoria en Europa. *Asociación Española de Pediatría*; 20 August 2018. Available at: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/vacunas-obligatorias-europa>
85. D'Ancona F, D'Amario C, Maraglino F, Rezza G, Iannazzo S. The law on compulsory vaccination in Italy: an update 2 years after the introduction. *Eurosurveillance*. 2019;24(26):1900371. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.26.1900371>
86. Polish Press Agency. Poland launches lottery to promote COVID-19 vaccinations. 2021. Available at: <https://www.pap.pl/en/news/news%2C902316%2Cpoland-launches-lottery-promote-covid-19-vaccinations.html>
87. Wolska A. Polish municipalities incentivised to vaccinate people in race to 75%. *Euractiv*. 27 May 2021. Available at: https://www.euractiv.com/section/politics/short_news/polish-municipalities-incentivised-to-vaccinate-people-in-race-to-75/
88. Vervoort. R. Covid Safe Ticket: Covid Safe Ticket: approbation en première lecture de l'ordonnance de mise en œuvre de l'utilisation du CST en Région bruxelloise. Brussels: Bureau de Ministre-Président du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale; 2021. [Press release]. Available at: https://rudivervoort.brussels/news/_covid-safe-ticket-approbation-en-premiere-lecture-de-lordonnance-de-mise-en-oeuvre-de-lutilisation-du-cst-en-region-bruxelloise/
89. Kuczynski E. Quelles sont les différences entre le pass sanitaire européen et le Covid Safe Ticket? *L'Echo*; 24 September 2021. Available at: <https://www.lecho.be/dossiers/coronavirus/quelles-sont-les-differences-entre-le-pass-sanitaire-europeen-et-le-covid-safe-ticket/10305449.html>
90. Frati P, La Russa R, Di Fazio N, Del Fante Z, Delogu G, Fineschi V. Compulsory Vaccination for Healthcare Workers in Italy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection. *Vaccines*. 2021;9(9):966. Available at: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/9/966>

91. Paterlini M. COVID-19: Italy makes vaccination mandatory for healthcare workers. *BMJ*. 2021;373:n905. Available at: <https://www.bmj.com/content/bmj/373/bmj.n905.full.pdf>
92. Ovreteit J. *Evaluating Health Interventions*. 1998 Available at: <http://www.myilibrary.com?id=113095>
93. European Centre for Disease Prevention and Control. A literature review on health communication campaign evaluation with regard to the prevention and control of communicable diseases in Europe. Stockholm: ECDC; 2014. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/Campaign-evaluation.pdf>
94. Family Health International, Mack Natasha, Woodsong Cynthia, United States Agency for International Development. *Qualitative research methods : a data collector's field guide*. North Carolina: FLI USAID; 2005.
95. S. Treweek, On behalf of Collaboration for Change. Promoting vaccine uptake. [Personal communication] 17 September 2021.
96. Van Belle S, Rifkin S, Marchal B. The challenge of complexity in evaluating health policies and programs: the case of women's participatory groups to improve antenatal outcomes. *BMC Health Services Research*. 2017 2017/09/29;17(1):687. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2627-z>
97. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluations*. Los Angeles: SAGE Publications Ltd.; 1997.
98. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid Risk Assessment: Assessing SARS-CoV-2 circulation, variants of concern, non-pharmaceutical interventions and vaccine rollout in the EU/EEA, 16th update. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-assessing-sars-cov-2-circulation-variants-concern>
99. European Centre for Disease Prevention and Control. Community engagement for public health events caused by communicable disease threats in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/community-engagement-guidance.pdf>
100. World Health Organization. Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region - Technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available at: www.euro.who.int/en/publications/abstracts/collection-and-integration-of-data-on-refugee-and-migrant-health-in-the-who-european-region-2020

Anexo 1. Ferramentas e guias de apoio às estratégias que facilitam a aceitação e a toma da vacina contra a COVID-19

A título de apoio adicional aos países da UE e do EEE no planeamento e na implementação de estratégias para aumentar a aceitação e a adesão às vacinas contra a COVID-19, é fornecida a seguir uma lista de materiais de referência úteis.

Aceitação e procura

- Conjunto de ferramentas para gerar aceitação e procura das vacinas contra a COVID-19 (Gabinete Regional da OMS para a Europa). Inclui uma orientação provisória relativa à aceitação e à procura, um modelo do plano de comunicação, um guia para a conceção, direcionamento e avaliação das intervenções, um guia da participação da comunidade e um guia para a gestão da desinformação: [Generating acceptance and demand for COVID-19 vaccines](#) (disponível apenas em inglês, árabe, chinês, francês, russo e espanhol)
- Orientação para a comunicação sobre a segurança das vacinas contra a COVID-19 (OMS): [Safety Surveillance Manual - COVID-19 Vaccine Safety Communication](#). [Manual de vigilância da segurança - comunicação sobre a segurança das vacinas contra a COVID-19] (disponível apenas em inglês)
- Conjunto de recursos dos centros dos EUA de controlo e prevenção de doenças sobre o reforço da confiança nas vacinas contra a COVID-19, incluindo estratégias, instrumentos de avaliação comunitária, um guia sobre a adaptação da informação, etc: [Vaccinate with Confidence](#). [Vacinar com confiança] (disponível apenas em inglês)
- [Guidance from WHO Technical Advisory Group \(TAG\) on Behavioural Insights e Sciences for Health on the drivers for facilitating uptake of COVID-19 vaccination](#) [Orientação do Grupo de Aconselhamento Técnico da OMS sobre informações comportamentais e ciências da saúde sobre os fatores relativos à facilitação da toma da vacina contra a COVID-19] (disponível apenas em inglês)
- [Training materials](#) to assist health workers in interpersonal communication during COVID-19 vaccination consultations [Materiais de formação para assistir os profissionais da saúde na comunicação durante as consultas de vacinação contra o COVID-19] (disponível apenas em inglês e russo). ([Gabinete Regional da OMS para a Europa](#))
- [Communicating with health workers about COVID-19 vaccination](#) [comunicação com profissionais da saúde sobre a vacinação contra a COVID-19] (disponível apenas em inglês). ([Gabinete Regional da OMS para a Europa](#)).

Informações comportamentais

- Visão global dos dados e pareceres da ciência comportamental sobre a adesão às vacinas contra a COVID-19: [The COVID-19 Vaccine Communication Handbook & Wiki](#) [manual e wiki da comunicação das vacinas contra a COVID-19] (também disponível em português brasileiro)
- Dados para a ação: alcançar uma elevada adesão às vacinas contra a COVID-19, um [guia exaustivo](#) para a recolha, análise e interpretação de dados qualitativos e quantitativos sobre a adesão às vacinas contra a COVID-19: [OMS e UNICEF](#). (disponível apenas em inglês, espanhol, francês e russo)
- Ferramenta de sondagem e orientações sobre informações comportamentais sobre a COVID-19 (Gabinete Regional da OMS para a Europa): [Survey Tool and Guidance](#). (disponível apenas em inglês)
- Adaptação dos programas de imunização — um guia para a análise e o combate dos obstáculos à baixa toma da vacina (Gabinete Regional para a Europa da OMS): [TIP guide](#). [Guia sobre a Adaptação dos Programas de Imunização] (disponível apenas em inglês e em russo)

Abordagem da desinformação

- Estudo do ECDC que analisa o panorama da desinformação sobre vacinas numa seleção de países da UE e descreve estratégias para combater a desinformação em linha sobre vacinas: [Countering online vaccine misinformation in the EU/EEA](#) [Combate à desinformação em linha sobre vacinas na UE e no EEE] (disponível apenas em inglês)
- Manual que resume a atual situação da ciência da desinformação e da sua desmistificação, incluindo sobre a vacinação, disponível em diversas línguas (George Mason University — Center for Climate Change Communication): [The Debunking Handbook 2020](#) [O Manual da Desmistificação 2020] (também disponível em português brasileiro)

- Orientação para dar resposta à infopandemia global e promover a procura de imunização, disponível em várias línguas (UNICEF): [Vaccine Misinformation Management Field Guide](#). [Guia prático para a gestão da desinformação sobre as vacinas] (disponível apenas em inglês, francês, italiano, turco e árabe)

Informação geral sobre vacinação

- O Portal Europeu de Informação sobre Vacinação (EVIP) é uma iniciativa da União Europeia e fornece informações sobre vacinas e vacinação em todas as línguas da UE e do EEE. Foi desenvolvido pelo ECDC em parceria com a Comissão Europeia e a Agência Europeia de Medicamentos (EMA): vaccination-info.eu
- As vacinas e a vacinação contra a COVID-19 explicadas: [vídeos e podcast para profissionais de saúde e para o público](#) que abordam questões comuns sobre as vacinas contra a COVID-19 (Gabinete Regional para a Europa da OMS).

Recursos para a avaliação

- Better Evaluation é uma organização a nível mundial sem fins lucrativos que reúne conhecimentos e práticas sobre a realização de avaliações da qualidade em diversos setores. O seu sítio Web inclui uma base de conhecimentos destinada de apoio a indivíduos e organizações que realizam diversos tipos de avaliações <https://www.betterevaluation.org/>.