

**APOIO OPERACIONAL**



**Ferramentas e métodos para promover  
a aceitação e a adesão à vacinação:  
uma abordagem das ciências sociais e  
comportamentais**

abril de 2025

**ECDC APOIO OPERACIONAL**

# **Ferramentas e métodos para promover a aceitação e a adesão à vacinação: uma abordagem das ciências sociais e comportamentais**

abril de 2025



Este relatório do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças foi coordenado por Sarah Earnshaw Blomquist (ECDC) e John Kinsman (ECDC).

*Autores colaboradores*

Emma Appelqvist, perita externa do ECDC; e Susana Barragan, Irina Ljungqvist, Gaetano Marrone, Manasvini Moni, Maïke Wuerz e Andrea Wuerz, ECDC.

O presente relatório foi enviado para consulta a Siff Malue Nielsen, Gabinete Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a Europa, e a Hannah Nohlen, Centro Comum de Investigação da Comissão Europeia.

Os seguintes autores contribuíram para o acervo de intervenções destinadas a aumentar a aceitação da vacinação (secção 2.2): Keiti Aren, Conselho de Saúde da Estónia; Ewa Augustynowicz, Instituto Nacional de Saúde Pública da Polónia; Ludmila Bezdíčková, Instituto Checo de Formação Médica Pós-Graduada; Margita Brtošová, Autoridade Regional de Saúde Pública em Dolný Kubín, Eslováquia; Madelene Danielsson e Hélène Englund, Agência Sueca de Saúde Pública; Zhivka Getsova, Centro Nacional de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Bulgária; Lucy Jessop, Health Service Executive Ireland; Camilla Jordman, Instituto Finlandês de Saúde e Bem-Estar; Pania Karnaki, Instituto Grego Prolepsis; Mia Kontio, Instituto Finlandês da Saúde e do Bem-Estar; Stephan Lewandowsky, Universidade de Bristol, Reino Unido; Rasa Liausediene, Centro Nacional de Saúde Pública da Lituânia; Alison Maassen, EuroHealthNet, Bélgica; Ginreta Megelinskienė, Ministério da Saúde da Lituânia; Sirbu Anca Mirela e Adiana Pistol, Instituto Nacional de Saúde Pública da Roménia; Julia Neufeind, Instituto Robert Koch, Alemanha; Dimitrios Paraskevis, Universidade Nacional e Kapodistriana de Atenas; Bo Terning Hansen, Instituto Norueguês de Saúde Pública; e Stine Ulendorf Jacobsen, Autoridade Sanitária Dinamarquesa.

Citação sugerida: Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças. Ferramentas e métodos para promover a aceitação e a adesão à vacinação: uma abordagem das ciências sociais e comportamentais. Estocolmo: ECDC; 2025.

Estocolmo, abril de 2025

ISBN 978-92-9498-796-9

doi: 10.2900/7701140

Número de catálogo: TQ-01-25-026-PT-N

© Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças, 2025

Reprodução autorizada mediante indicação da fonte.

# Índice

Introdução .....	1
Âmbito e objetivo .....	1
Público-alvo.....	1
Como utilizar este documento .....	2
Contexto .....	2
Tendências mais recentes na cobertura vacinal em toda a UE/EEE .....	2
Principais populações-alvo para a vacinação ao longo da vida.....	3
Como são utilizados, no presente relatório, os termos relacionados com a vacinação .....	3
Aceitação da vacinação .....	3
Hesitação vacinal.....	4
Adesão à vacinação .....	4
Cobertura vacinal.....	4
A Parte 1. Abordagens das ciências sociais e comportamentais para melhorar a aceitação e a adesão à vacinação nos países da UE/EEE.....	5
1.1 O modelo dos 5 Cês .....	5
1.2 Trabalhar para melhorar a aceitação e a adesão à vacinação nos países da UE/EEE .....	7
A Parte 2. Ferramentas e métodos para promover a aceitação e a adesão à vacinação ao longo da vida.....	8
2.1 Ferramenta de inquérito para a recolha de dados comportamentais sobre a aceitação e a adesão à vacinação.....	8
Como adaptar a ferramenta de inquérito e desenvolver o protocolo de estudo e o plano de análise .....	11
População alvo .....	11
Tamanho da amostra .....	11
Recolha de dados .....	11
Amostragem .....	12
Apresentação do inquérito .....	12
Protocolo de estudo e plano de análise.....	12
Análise qualitativa.....	12
Autorização ética .....	12
Comunicação e interpretação dos dados .....	13
Exemplo de plano de análise.....	13
Conselhos adicionais sobre a análise inferencial.....	15
Conselhos adicionais sobre métodos qualitativos.....	16
Métodos quantitativos vs. qualitativos.....	16
Seleção dos participantes .....	16
Recolha de dados .....	16
Análise dos dados.....	17
Ferramentas para permitir a autorreflexão e mitigar os preconceitos .....	17
Outros recursos.....	17
2.2 Métodos para abordar os obstáculos comportamentais à vacinação .....	18
Acervo de intervenções para aumentar a aceitação da vacinação .....	18
Como utilizar o quadro das 5 etapas da OMS para estruturar o desenvolvimento de estratégias e intervenções de aceitação da vacinação.....	30
Referências .....	33

## Figuras

Figura 1. O <i>continuum</i> da aceitação da vacinação .....	4
Figura 2. Visão geral do modelo dos 5 Cês .....	5

# Quadros

Tabela 1. Ferramenta de inquérito para a recolha de dados comportamentais sobre a aceitação e a adesão à vacinação.....	8
Quadro 2. Significado de uma pontuação elevada, com base no código de análise pré-escrito.....	13
Quadro 3. Intervenções relacionadas com os programas de vacinação infantil.....	19
Quadro 4. Intervenções relacionadas com a vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV).....	21
Quadro 5. Intervenções relacionadas com a vacinação contra a COVID-19 e a gripe.....	23
Quadro 6. Intervenções sobre vacinação contra outras doenças (mpox, tosse convulsa).....	27
Quadro 7. Intervenções plurinacionais financiadas pela UE ou parcialmente financiadas pela UE.....	28

# Introdução

As autoridades de saúde pública e os gestores dos programas de vacinação prestam muita atenção às tendências epidemiológicas relacionadas com a cobertura vacinal insuficiente, por exemplo analisando as taxas de cobertura vacinal por fatores como a idade, o sexo, a localização geográfica e o nível de escolaridade. No entanto, em geral, é dada menos atenção à compreensão dos obstáculos e facilitadores sociais e comportamentais, incluindo os relacionados com fatores estruturais, que podem estar por detrás da decisão de uma pessoa de aceitar, adiar ou recusar a vacinação para si própria ou para os seus filhos.

Os programas de vacinação bem-sucedidos baseiam-se na compreensão e na tomada em consideração das convicções, preocupações e expectativas dos indivíduos e das comunidades em relação à vacina e à doença. A confiança nas recomendações de vacinação e nas autoridades competentes também desempenha um papel fundamental. Neste contexto, as abordagens das ciências sociais e comportamentais podem constituir um complemento importante à análise dos dados epidemiológicos e de cobertura vacinal aquando da conceção, implementação e avaliação de estratégias e intervenções destinadas a melhorar a aceitação e a adesão à vacinação ao longo da vida.

## Âmbito e objetivo

O presente relatório baseia-se em mais de 15 anos de esforços do ECDC para apoiar os países da UE/EEE no aumento da aceitação e adesão à vacinação. Mais especificamente, baseia-se no relatório técnico do ECDC «Facilitar a aceitação e a adesão à vacinação contra a COVID-19», publicado em 2021 [1]. Aprofunda o relatório original com a inclusão de ferramentas e métodos operacionais que incorporam as mais recentes abordagens das ciências sociais e comportamentais, com formatos utilizáveis e adaptáveis que se ajustam aos contextos da vida real das autoridades de saúde pública e dos programas de vacinação.

O relatório é apresentado em duas partes:

**A Parte 1. Abordagens das ciências sociais e comportamentais para melhorar a aceitação e a adesão à vacinação nos países da UE/EEE** resume o Modelo dos 5 Cês que está na base da ferramenta de inquérito na Parte 2 e fornece um contexto específico da UE/EEE para quem vier a participar no trabalho ou na tomada de decisões relacionadas com a promoção da aceitação e adesão à vacinação.

**A Parte 2. Ferramentas e métodos para promover a aceitação e a adesão à vacinação ao longo da vida** fornece ferramentas e métodos práticos que as equipas multidisciplinares podem utilizar para diagnosticar os obstáculos sociais e comportamentais e os facilitadores da vacinação, apoiando assim a conceção e a implementação de estratégias e intervenções para abordar a cobertura de vacinação insuficiente. Esta parte do documento inclui:

- Secção 2.1.: Uma **ferramenta de inquérito** para recolher dados sociais e comportamentais sobre a aceitação e a adesão à vacinação e apoiar o diagnóstico de obstáculos e facilitadores da vacinação em populações específicas, constituída por:
  - Um instrumento de inquérito com perguntas concebidas e organizadas com base nos cinco Cês do Modelo dos 5 Cês;
  - Instruções sobre como adaptar o instrumento de inquérito e desenvolver o protocolo de estudo e o plano de análise;
  - Um exemplo de plano de análise; e
  - Aconselhamento sobre métodos qualitativos complementares.
- Secção 2.2: Métodos para abordar os obstáculos comportamentais à vacinação, incluindo:
  - Um **acervo de intervenções para aumentar a aceitação da vacinação** — classificadas segundo os Cês específicos do Modelo dos 5 Cês que abordam —, que foram implementadas a nível nacional e subnacional, para inspirar e informar a conceção de intervenções direcionadas para abordar a cobertura de vacinação insuficiente;
  - Instruções sobre como utilizar o quadro «**5 Etapas para a aplicação da ciência comportamental**» da Organização Mundial da Saúde (OMS) para ajudar a estruturar o desenvolvimento de estratégias e intervenções, incluindo a forma como os instrumentos e métodos aqui apresentados se encaixam neste processo [2].

## Público-alvo

Os principais públicos-alvo do presente relatório incluem cientistas sociais e comportamentais, especialistas em campanhas e comunicações, gestores e equipas de programas de vacinação e peritos em epidemiologia e biomédica que trabalham nas autoridades nacionais e regionais de saúde pública dos países da UE/EEE.

Outros públicos que podem beneficiar deste relatório são os decisores políticos e os responsáveis pela saúde pública que estabelecem prioridades e orçamentos na área da vacinação, bem como académicos, grupos profissionais e organizações da sociedade civil que trabalham na área da vacinação.

Todos estes públicos têm um papel a desempenhar para garantir que a população tenha um acesso adequado e equitativo aos programas de vacinação, bem como para que as pessoas compreendam plenamente os benefícios da vacinação, assim como os riscos de adiar ou recusar a vacinação.

## Como utilizar este documento

Depois de rever a Introdução, que descreve as mais recentes tendências em matéria de vacinação e alguns dos principais termos utilizados neste relatório, pode consultar a **Parte 1** para obter uma visão geral do Modelo dos 5 Cês e um resumo do trabalho recente para melhorar a aceitação e a adesão à vacinação nos países da UE/EEE.

Consulte a **Parte 2, Secção 2.1**, para aceder à ferramenta de inquérito e as instruções sobre como adaptá-la às suas questões de investigação, contexto, população(ões) estudada(s) e vacinas específicas, bem como para estabelecer um plano de análise. A ferramenta de inquérito também está disponível em [documento Word editável](#), podendo descarregar o [código analítico](#), escrito em Stata e R.

Depois de definir e diagnosticar os facilitadores e os obstáculos à vacinação utilizando a ferramenta de inquérito, a biblioteca de intervenções para aumentar a aceitação da vacinação na **Secção 2.2** pode ajudá-lo na conceção de estratégias e intervenções para abordar a cobertura vacinal insuficiente, através de exemplos de como podem ser visados determinados Cês. O quadro da OMS «5 etapas para a aplicação da ciência comportamental», também descrito na secção 2.2, pode apoiar o planeamento global do projeto para este trabalho [2].

## Contexto

Embora existam níveis globais relativamente elevados de cobertura de vacinação na UE/EEE, em particular no que se refere aos programas nacionais de vacinação infantil, existem bolsas de grupos não vacinados ou subvacinados. Além disso, as taxas de cobertura vacinal para as populações adultas, incluindo as vacinações sazonais oferecidas aos profissionais de saúde e as doses de reforço oferecidas aos adultos mais velhos e aos grupos de risco, são insuficientes em muitos países da UE/EEE. São necessários esforços contínuos para identificar lacunas de imunidade na população, incluindo entre as pessoas que possam ter falhado ou adiado a vacinação, e, em seguida, para implementar estratégias e intervenções adaptadas para alcançar e manter os níveis visados de cobertura vacinal.

A pandemia de COVID-19 chamou a atenção para a forma como os fatores sociais e comportamentais estão ligados ao cumprimento ou não das recomendações — por exemplo, sobre o uso de máscaras, as restrições de movimento e o distanciamento físico. Os fatores comportamentais também tiveram um impacto significativo na aceitação e adesão à vacinação durante a implementação dos programas de vacinação contra a COVID-19. Além disso, as desigualdades sociais criaram obstáculos à vacinação para determinados grupos da população, que precisaram de ser identificados e abordados para garantir um acesso equitativo aos programas de vacinação contra a COVID-19 [3]. Estes exemplos recentes demonstram a necessidade atual de ferramentas operacionais para enfrentar estes desafios.

## Tendências mais recentes na cobertura vacinal em toda a UE/EEE

Durante a pandemia de COVID-19, foram comunicados números mais baixos de infeções com doenças que podem ser prevenidas por vacinação. No entanto, o número de casos de doenças como o sarampo e a tosse convulsa aumentou posteriormente, em 2023 e 2024. Em vários países da UE/EEE, a cobertura da vacinação infantil de rotina contra o sarampo é inferior ao nível recomendado ( $\geq 95\%$  da população elegível vacinada com duas doses da vacina contra o sarampo) para evitar surtos de sarampo e proteger as pessoas demasiado jovens para serem vacinadas ou as que não podem ser imunizadas por razões médicas [4]. Vários fatores contribuíram para o recente aumento dos casos de tosse convulsa, incluindo a presença de indivíduos não vacinados ou sem a vacinação em dia. Além disso, a menor exposição ao vírus, que pode proporcionar um reforço natural, devido ao distanciamento físico durante a pandemia de COVID-19 pode ter levado à diminuição da imunidade [5].

A adesão à vacinação contra a gripe sazonal, que é recomendada para os idosos e outros grupos com maior risco de complicações graves, bem como para os trabalhadores do setor da saúde, continua a ser insuficiente em toda a UE/EEE [6]. A cobertura é, na maior parte dos casos, muito inferior ao objetivo estabelecido na Recomendação do Conselho de 2009, que é uma cobertura vacinal de 75 % dos adultos mais velhos e de outros grupos de risco. Além disso, as taxas de cobertura de vacinação para adultos mais velhos, bem como para os profissionais de saúde, mostraram uma tendência decrescente na época de gripe de 2023-2024, em comparação com os períodos anteriores [6,7].

Dada a circulação em curso do vírus SARS-CoV-2, os países da UE/EEE continuam a ter em vigor recomendações de vacinação contra a COVID-19, com algumas diferenças entre países (por exemplo, limiares etários variáveis). As recomendações nacionais centram-se principalmente em grupos populacionais específicos com maior risco de desenvolvimento de doenças graves (por exemplo, adultos mais velhos e pessoas com problemas de saúde subjacentes). No entanto, apesar dessas recomendações, a adesão à vacinação contra a COVID-19 é geralmente baixa. Para os 28 países da UE/EEE que forneceram dados para o grupo etário igual ou superior a 60 anos, a cobertura mediana da vacinação contra a COVID-19 entre setembro de 2023 e julho de 2024 foi de 14,0 % (intervalo: 0,02-66,1 %), com uma grande variação entre os países. Para os 27 países da UE/EEE que forneceram dados para o grupo etário igual ou superior a 80 anos, a cobertura mediana foi de 21,5 % (intervalo: 0,03-93,9 %), também com grande variação entre os países [8].

## Principais populações-alvo para a vacinação ao longo da vida

O presente relatório defende uma «abordagem ao longo da vida» para facilitar a aceitação e a adesão à vacinação. A agenda de imunização de 2030 da OMS refere que «Todas as pessoas beneficiam das imunizações recomendadas ao longo da vida, efetivamente integradas com outros serviços essenciais de saúde» [9]. Com esta abordagem, são recomendadas aos indivíduos diferentes vacinas em função da sua idade e das suas necessidades de saúde ao longo da vida. Por conseguinte, a avaliação da aceitação da vacinação numa população deve ter em conta as vacinas específicas recomendadas para grupos etários específicos e outros grupos-alvo, bem como o contexto local no que diz respeito aos programas de vacinação.

As principais populações-alvo para a vacinação ao longo da vida incluem:

- Os pais, a quem é oferecida a vacinação dos seus filhos ou adolescentes no âmbito dos programas nacionais de imunização;
- Adultos mais velhos;
- Mulheres grávidas;
- Grupos de risco do ponto de vista médico, como as pessoas imunocomprometidas;
- Indivíduos e comunidades socialmente vulneráveis; e
- Os profissionais de saúde, que são importantes não só em termos de aceitação da vacinação para si próprios, mas também pelo seu papel na recomendação e explicação do valor da vacinação aos seus doentes.

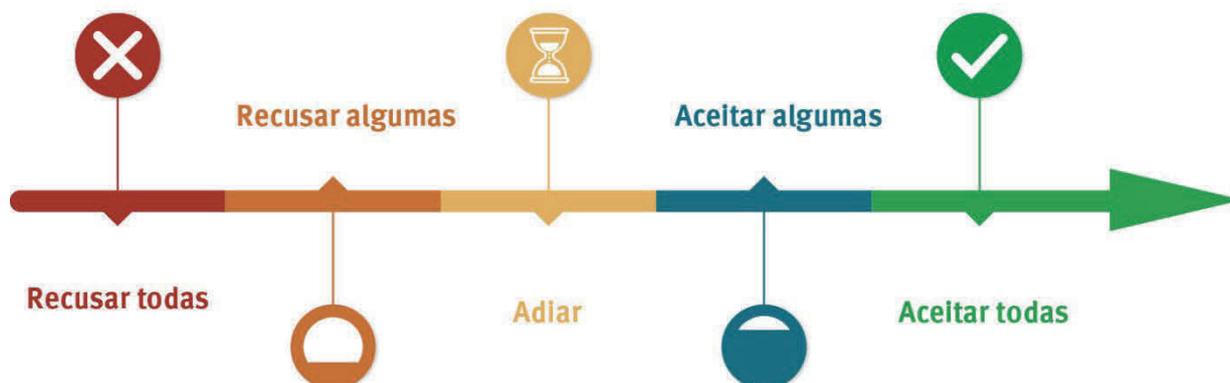
## Como são utilizados, no presente relatório, os termos relacionados com a vacinação

As razões para a existência de taxas de cobertura vacinal abaixo do ideal numa população podem ser multifatoriais e incluir fatores comportamentais, culturais, políticos, económicos e sociais. [10-12] Dada a utilização variada de termos relacionados com o comportamento vacinal, bem como com a vacinação de um modo mais geral, apresenta-se a seguir uma clarificação sobre a forma como estes termos são utilizados no presente relatório.

### Aceitação da vacinação

O presente relatório centra-se na aceitação da vacinação. O termo refere-se à vontade e à intenção de receber uma vacinação. Reconhece a complexidade das estruturas e dos fatores ambientais que influenciam a decisão de uma pessoa de se vacinar. O conceito de aceitação da vacinação também se afasta da atribuição de culpa a um indivíduo, que pode ter naturalmente dúvidas sobre a vacinação e/ou vacinas específicas e que, por conseguinte, pode ser «hesitante». Além disso, entende-se que a aceitação existe ao longo de um *continuum* que vai da aceitação total à recusa total, e a maioria das pessoas hesitantes em relação à vacinação situar-se-á algures no meio desse *continuum* (Figura 1) [13].

O termo «aceitação da vacinação» implica que, quando lhe é dada a oportunidade de se vacinar, um indivíduo ou uma comunidade opta por fazê-lo [14]. No entanto, também é importante reconhecer que a disponibilização da vacinação — por exemplo, num centro de saúde — não proporciona necessariamente aos indivíduos uma oportunidade viável de se vacinarem. Os fatores que contribuem para a aceitação da vacinação são complexos, específicos do contexto e variam ao longo do tempo, do local e do tipo de vacina.

**Figura 1. O continuum da aceitação da vacinação**

Fonte: ECDC

A escala do continuum refere-se às respostas dos indivíduos à vacinação.

## Hesitação vacinal

O quadro de Motores Comportamentais e Sociais (BeSD) da OMS, que fornece uma visão geral dos principais domínios relacionados com a adesão à vacinação, descreve a hesitação vacinal como um «estado motivacional de conflito ou oposição à toma das vacinas» [15]. Isto pode levar a um adiamento da aceitação ou recusa da vacinação. Trabalhando com base nesta compreensão, o presente relatório utiliza a «hesitação vacinal» para se referir ao estado psicológico de uma pessoa relativamente à sua intenção e vontade de ser vacinada.

Os peritos têm discutido as complexidades do termo «hesitação vacinal» e argumenta-se que este termo só deve ser utilizado para referir uma situação específica em que existe preocupação com as vacinas, e não como um rótulo para as pessoas [14]. Rotular as pessoas como «hesitantes em receber a vacina» pode não ser útil, uma vez que é natural ter perguntas ou preocupações antes de concordar em receber uma medicação como uma vacina.

## Adesão à vacinação

No presente relatório, o termo «adesão à vacinação» é utilizado para designar a receção de uma vacina por uma pessoa. É importante notar que este termo pode ser utilizado para se referir tanto à receção de uma vacina por um indivíduo, como ao número absoluto de pessoas que receberam uma vacina específica. Neste último caso, a adesão à vacinação é utilizada como um indicador de vacinação [16].

No entanto, importa salientar que a aceitação da vacinação não equivale à adesão à vacinação [17]. Tal deve-se ao facto de a «aceitação» não ter em conta fatores como a disponibilidade de vacinas ou fatores estruturais que podem inibir o acesso (ou seja, que as pessoas podem aceitar a vacinação, mas a adesão ainda é baixa devido a outras questões). Além disso, algumas pessoas podem vacinar-se apesar de terem dúvidas e preocupações; por conseguinte, não «aceitam» psicologicamente a vacinação.

## Cobertura vacinal

A «cobertura vacinal» é outro indicador de vacinação e um termo que é normalmente utilizado para comunicar a proporção de uma população definida que recebeu um número específico de doses de uma determinada vacina.

# A Parte 1. Abordagens das ciências sociais e comportamentais para melhorar a aceitação e a adesão à vacinação nos países da UE/EEE

## 1.1 O modelo dos 5 Cês

Foram introduzidos vários modelos das ciências sociais e comportamentais como instrumentos para descrever a aceitação e a adesão à vacinação. Estes modelos são úteis para os profissionais e decisores políticos que trabalham com políticas e programas de vacinação, uma vez que proporcionam um meio sistemático de decompor e compreender os fatores complexos que podem facilitar ou inibir a aceitação e a adesão à vacinação. No entanto, todos os modelos têm os seus pontos fortes e as suas limitações: não existe um modelo único que possa captar todos os fatores e complexidades. Na prática, os fatores e constructos dos diferentes modelos estão frequentemente inter-relacionados e sobrepõem-se.

O modelo dos 5 Cês foi utilizado para classificar as perguntas na ferramenta de inquérito fornecida no presente relatório (secção 2.1) [18] e para classificar os exemplos no acervo de intervenções destinadas a aumentar a aceitação da vacinação (secção 2.2). O modelo dos 5 Cês proporciona uma forma estruturada de compreender as áreas essenciais que podem influenciar a vontade e a apetência de uma pessoa para se vacinar (figura 2). Desenvolvido em 2018, o modelo baseia-se em cinco componentes que influenciam as intenções e o comportamento de vacinação: *Confidence* (confiança), *Complacency* (complacência), *Constraints* (constrangimentos), *Calculation* (cálculo) e *Collective responsibility* (responsabilidade coletiva). É informado pelas teorias de aceitação da vacinação, bem como por modelos psicológicos de comportamentos de saúde [18]. O modelo pode ser utilizado para diagnosticar obstáculos e facilitadores da aceitação da vacinação numa população num momento específico ou em série, ao longo do tempo, facilitando a deteção precoce de taxas mais baixas de aceitação da vacinação em populações identificadas e permitindo uma ação imediata.

**Figura 2. Visão geral do modelo dos 5 Cês**



Fonte: ECDC, com base em [18]

Os cinco componentes do modelo dos 5 Cês são definidos e descritos a seguir:

- A **confiança (Confidence)** refere-se à confiança de um indivíduo na segurança e eficácia da vacinação, à confiança nos profissionais e decisores políticos que recomendam a vacinação e à confiança nas autoridades de saúde e nos sistemas de saúde que lhes fornecem [18,19].
- A **complacência (Complacency)** refere-se à percepção, por parte de um indivíduo, do risco de um resultado grave decorrente da infecção por uma determinada doença [19]. A complacência descreve geralmente uma relativa falta de interesse; por exemplo, a complacência pode ser elevada quando o risco percebido de uma doença é baixo e, por conseguinte, a vacinação é vista como desnecessária [20].
- Os **constrangimentos (Constraints)** referem-se aos obstáculos perceptíveis ou reais à vacinação enfrentados por um indivíduo [19]. Estes constrangimentos podem ser tanto psicológicos como estruturais; por exemplo, referem-se à autoeficácia de uma pessoa ou à percepção da sua própria capacidade de se vacinar, de aceder a um sistema de marcação ou de faltar ao trabalho para ir a uma consulta de vacinação.
- O **cálculo (Calculation)** refere-se à forma como um indivíduo compara e pondera os benefícios pessoais e os riscos potenciais da vacinação [19]. A forma como as pessoas procuram e utilizam a informação sobre a vacinação pode influenciar este constructo, bem como a disponibilidade da informação, a sua qualidade percebida e a capacidade do indivíduo para compreender informações de saúde [21].
- A **responsabilidade coletiva (Collective responsibility)** refere-se à vontade das pessoas de protegerem os outros através da vacinação como forma de evitar a propagação de doenças [19].

Os cientistas sociais e comportamentais utilizam dados sobre estes cinco constructos para compreender e prever o comportamento de vacinação. Tal demonstrou que a importância de cada Cê para a aceitação individual ou comunitária de uma determinada vacina pode mudar ao longo do tempo, à medida que os contextos e as situações se alteram. De um modo mais geral, as alterações num contexto local podem levar a mudanças na aceitação da vacinação, quer da aceitação para a recusa, quer vice-versa. Centrar a atenção nos Cês específicos identificados como obstáculos e facilitadores da aceitação da vacinação pode apoiar o desenvolvimento de estratégias e intervenções orientadas e direcionadas de forma empírica para abordar a adoção insuficiente da vacinação [21].

Embora o modelo dos 5 Cês esteja predominantemente centrado nos antecedentes psicológicos da vacinação, é evidente que a adoção insuficiente da vacinação ocorre devido a vários outros fatores. Por exemplo, a componente Constrangimentos do modelo inclui fatores estruturais que estão fora do controlo do indivíduo, tais como a facilidade prática e financeira de vacinação, bem como o grau de acesso a informação adequada.

O modelo dos 5 Cês expande o Modelo dos 3 Cês, inicialmente proposto em 2015, no qual os três principais fatores que influenciam a tomada de decisões de vacinação eram a Complacência, a Conveniência e a Confiança [22]. Durante a pandemia de COVID-19, foi desenvolvido o modelo dos 7 Cês, que inclui a Conformidade e a Conspiração para além dos 5 Cês. Foi também desenvolvida uma escala adaptada dos 7 Cês para os pais avaliarem a sua vontade e apetência para vacinarem os seus filhos [20].

## 1.2 Trabalhar para melhorar a aceitação e a adesão à vacinação nos países da UE/EEE

Há mais de 15 anos que o ECDC trabalha para ajudar os países da UE/EEE a aumentar a aceitação e a adesão à vacinação. Mais recentemente, em 2021, o ECDC publicou o relatório técnico «Facilitar a aceitação e a adesão à vacinação contra a COVID-19», no qual se baseia o presente relatório [1]. No mesmo ano, o ECDC centrou-se também em estratégias para combater a desinformação em linha sobre a vacinação, com a publicação de um relatório técnico e de um curso em linha [23,24]. Na sequência da pandemia de COVID-19, e tendo em conta os desafios que se colocam à comunicação da importância e do impacto da vacinação, o ECDC publicou também um guia sobre a comunicação eficaz em torno do equilíbrio entre os benefícios e os riscos da vacinação [25]. Todos os guias, ferramentas e investigação do ECDC em matéria de comunicação sobre imunização e aceitação da vacinação estão disponíveis no sítio Web do ECDC [26].

Além disso, para fornecer ao público um recurso de informação fiável e com base científica sobre a vacinação, o ECDC desenvolveu o Portal Europeu de Informação sobre Vacinação (EVIP) em colaboração com a Comissão Europeia (CE) e a Agência Europeia de Medicamentos (EMA). O portal, disponível em todas as línguas da UE/EEE, foi lançado durante a Semana Europeia da Imunização em 2020 [27].

A Comissão Europeia também desenvolveu várias ações para apoiar os esforços dos países no sentido de aumentar a aceitação e a adesão à vacinação. As atividades destinadas a aumentar a confiança na vacinação incluem, por exemplo, a coordenação de esforços para aumentar a adesão à vacinação, a facilitação do intercâmbio de boas práticas, o combate à desinformação e à informação incorreta e o fornecimento de orientações para criar confiança [28]. Mais recentemente, o Centro Comum de Investigação da Comissão Europeia publicou vários relatórios centrados na ciência comportamental sobre a aceitação e a procura de vacinação [29,30].

Desde 2018, a Comissão Europeia mobilizou o projeto de confiança nas vacinas para realizar inquéritos de dois em dois anos para monitorizar a confiança na vacinação na UE [31]. O inquérito utiliza um índice que mede quatro dimensões: confiança na i) importância, ii) segurança e iii) eficácia da vacinação, bem como iv) compatibilidade da vacinação com crenças religiosas ou pessoais. Os resultados mostram que, embora uma grande percentagem dos inquiridos tenha convicções positivas em relação à vacinação, a confiança tem variado ao longo do tempo - tanto em geral como em relação a vacinas específicas e por grupo etário. Persistem grandes variações geográficas na confiança, sendo observados níveis de confiança mais baixos, em especial nos países da Europa Central e Oriental. Além disso, a confiança dos adultos mais velhos tem sido persistentemente mais elevada do que a das gerações mais jovens, diferença que parece estar a aumentar na maioria dos Estados-Membros da UE.

Em 2019, a Comissão Europeia criou uma Coligação para a Vacinação que reúne associações europeias de profissionais de saúde e associações de estudantes no domínio da saúde e da vacinação, com o objetivo de proporcionar uma melhor educação para a vacinação aos profissionais de saúde e uma melhor informação ao público em geral [32]. A Comissão Europeia também tem levado a cabo ativamente numa campanha de promoção da vacinação (#UnitedInProtection) [33].

Além disso, vários projetos plurinacionais receberam financiamento através de subvenções de investigação e inovação da União Europeia e do programa EU4Health para iniciativas destinadas a aumentar a adesão à vacinação. Estas incluem [JITSUVAX](#) (Jiu Jitsu com desinformação na era da COVID-19: utilizar a aprendizagem baseada na refutação para melhorar a adoção e o conhecimento das vacinas), [RIVER-EU](#) (Reduzir as desigualdades na adoção da vacinação na região europeia) e [AcToVax4NAM](#) (Acesso à vacinação para migrantes recém-chegados) [34-36]. As descrições dos projetos globais, bem como de algumas intervenções nacionais e subnacionais ligadas ao JITSUVAX e ao RIVER-EU, estão incluídas no acervo de intervenções para aumentar a aceitação da vacinação na Secção 2.2 do presente relatório.

Na região europeia alargada, o Gabinete Regional da OMS para a Europa desenvolveu a abordagem do Programa de Imunização por Medida (TIP) para apoiar os países na obtenção de uma adesão à vacinação elevada e equitativa [37].

# A Parte 2. Ferramentas e métodos para promover a aceitação e a adesão à vacinação ao longo da vida

## 2.1 Ferramenta de inquérito para a recolha de dados comportamentais sobre a aceitação e a adesão à vacinação

Esta ferramenta de inquérito pode ser utilizada para recolher dados sociais e comportamentais sobre a aceitação e a adesão à vacinação, apoiando assim o diagnóstico dos obstáculos e dos fatores que facilitam a vacinação em populações específicas (Quadro 1; a ferramenta também está disponível em [documento Word editável](#)). A ferramenta foi desenvolvida com base em questões de inquérito que foram validadas psicometricamente em estudos anteriores [15,18,19,31,40-42] e inclui:

- Apoio à recolha do consentimento esclarecido;
- Oito perguntas introdutórias sobre os fatores sociodemográficos e o comportamento de vacinação;
- Quinze elementos baseados no modelo dos 5 Cês, em que os inquiridos podem classificar até que ponto concordam ou discordam de uma série de afirmações; e
- Sete sugestões de perguntas qualitativas.

Nos 15 itens baseados no Modelo dos 5 Cês, há três itens para cada C, sendo um designado como o indicador principal para cada C. É ideal que o inquérito seja realizado utilizando o conjunto completo de 15 itens; no entanto, se houver restrições de recursos, pode ser limitado aos cinco itens principais.

A lista de sugestões de perguntas qualitativas abertas pode ser adicionada a um estudo de inquérito para dar uma ideia mais clara dos processos e ações mentais das pessoas, ou ser utilizada como base para estudos qualitativos separados (Quadro 1; as perguntas também estão disponíveis na versão de [documento Word editável](#) da ferramenta de inquérito). As perguntas qualitativas que permitem uma resposta aberta podem constituir uma oportunidade valiosa para os inquiridos responderem com as suas próprias palavras.

Antes de utilizar a ferramenta, é importante reunir uma equipa de investigação multidisciplinar, incluindo, de preferência, alguém com competências em conceção de inquéritos e análise estatística. A equipa deve decidir sobre as questões exatas da investigação e desenvolver em conjunto um protocolo de estudo e um plano de análise. Após a ferramenta, são fornecidas informações pormenorizadas sobre como adaptar a ferramenta de inquérito e desenvolver um protocolo de estudo. Um exemplo de plano de análise é apresentado mais adiante nesta secção e o código de análise (Caixas 1-3), escrito em Stata e R, também pode ser descarregado.

**Tabela 1. Ferramenta de inquérito para a recolha de dados comportamentais sobre a aceitação e a adesão à vacinação**

### Consentimento esclarecido

Obrigado pelo seu interesse no nosso estudo. Somos investigadores de (inserir nome da instituição) e estamos interessados em (inserir objetivos do estudo). As suas respostas ajudar-nos-ão a informar e a adaptar as nossas intervenções para aumentar a adesão à vacinação. Serão necessários aproximadamente (estimativa do número de minutos) minutos para responder às nossas perguntas. Antes de concordar com o estudo, leia atentamente as informações abaixo.

A sua participação neste estudo é inteiramente voluntária e não há respostas certas ou erradas às perguntas. As perguntas são sobre a vacinação e as suas atitudes em relação à vacinação. Pediremos também algumas informações sobre si, como o sexo, a idade e a nível de escolaridade. As suas respostas serão anonimizadas, o que significa que não podemos associá-las a si. Os dados serão recolhidos por (inserir nome da agência de recolha de dados) e serão partilhados com a equipa de investigação de (inserir nome da instituição dos investigadores). A Comissão de Análise Interna da (inserir instituição da CAI) analisou o protocolo do estudo e deu a sua aprovação para a realização do mesmo (inserir o número da aprovação entre parênteses retos).

Os seus dados serão armazenados nos servidores de (inserir local de armazenamento de dados) e só serão acessíveis aos investigadores associados a este projeto. Os seus dados serão armazenados aqui durante (indicar o número de anos). Os seus dados podem ser utilizados para outros projetos de investigação no futuro que visem, de forma semelhante, compreender as atitudes em relação à vacinação. A utilização e o armazenamento

de dados estarão em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) e as legislações nacionais.

Se tiver perguntas ou dúvidas sobre este estudo ou sobre a forma como utilizaremos e armazenaremos os seus dados, pode entrar em contacto com (inserir nome) em (inserir endereço de correio eletrónico).

### Consentimento

Ao concordar em participar, compreendo que:

A minha participação é voluntária.

Os meus dados serão utilizados para investigação sobre as atitudes em relação à vacinação.

Os meus dados serão anonimizados.

Os meus dados serão armazenados de forma segura, de acordo com as regras do RGPD e as legislações nacionais.

Posso retirar a minha participação a qualquer momento.

Concorda em participar neste estudo?

Sim / Não

Tópico	Item	Pergunta	Opções de resposta
<b>Dados sociodemográficos</b>	1	Que idade tem?	Número de anos
	2	Qual é o seu sexo?	1. Masculino 2. Feminino 3. Não binário 4. Outro / Prefiro não dizer
	3	Em que zona do país vive?	Opções de região adaptadas à configuração do país (a numerar a partir de 1)
	4	Qual é o nível de escolaridade mais elevado que completou?	Opções adaptadas à configuração dos países (a numerar a partir de 1)
	5	Qual é a sua situação profissional atual?	1. Empregado 2. Trabalhador por conta própria 3. Desempregado 4. Estudante 5. Reformado 6. Inapto para trabalhar 7. Outra 99. Prefiro não dizer
<b>Comportamento de vacinação</b>	6	Tanto quanto é do seu conhecimento, recebeu todas as vacinas que lhe foram recomendadas?	1. Nenhuma 2. Algumas 3. Todas 99. Não sei / Prefiro não dizer
	7	Recusou ou adiou alguma vacinação que lhe foi recomendada?	1. Nenhuma 2. Algumas 3. Todas 99. Não sei / Prefiro não dizer
	8	No futuro, tenciona vacinar-se de acordo com as recomendações do seu país?	1. Seguramente que não 2. Provavelmente, não

			3. Talvez 4. Provavelmente, sim 5. Seguramente que sim 99. Não sei / Prefiro não dizer
--	--	--	---

5 Cês	Item	Pergunta	Opções de resposta para todas as perguntas relacionadas com os 5 Cês
		Assinale em que medida concorda ou discorda das seguintes afirmações:	1. Discordo totalmente 2. Discordo parcialmente 3. Não concordo nem discordo 4. Concordo parcialmente 5. Concordo totalmente 99. Não sei / Prefiro não dizer
<b>Confiança</b>	<b>9 (principal)</b>	<b>De um modo geral, penso que as vacinas são seguras [31].</b>	
	10	De um modo geral, penso que as vacinas são eficazes [31].	
	11	Confio nas autoridades de saúde pública para recomendarem apenas vacinas seguras e eficazes [19].	
<b>Complacência</b>	<b>12 (principal)</b>	<b>Vacino-me porque não quero correr o risco de ser infetado[19].</b>	
	13	A vacinação é desnecessária para mim porque, de qualquer forma, raramente fico doente [19].	
	14	A vacinação é desnecessária porque as doenças preveníveis pela vacinação já não são comuns [18].	
<b>Constrangimentos</b>	<b>15 (principal)</b>	<b>Na prática, será difícil para mim ser vacinado [40].</b>	
	16	Asseguro-me de que recebo as vacinas mais importantes em tempo útil [19].	
	17	É fácil para mim aceder aos serviços de vacinação[15].	
<b>Cálculo</b>	<b>18 (principal)</b>	<b>Quando penso em vacinar-me, pondero os benefícios e os riscos para tomar a melhor decisão possível [18].</b>	
	19	De um modo geral, faço o que o meu médico ou profissional de saúde recomenda sobre a vacinação [41].	
	20	As informações que recebo das autoridades sanitárias sobre as vacinas são fiáveis [42].	
<b>Responsabilidade coletiva</b>	<b>21 (principal)</b>	<b>Vou vacinar-me porque assim estou a proteger outras pessoas [19].</b>	
	22	Se todos estiverem vacinados, não preciso de ser vacinado também [18].	

	23	A maioria dos meus familiares e amigos mais próximos quer que eu seja vacinado [15].	
<b>Perguntas qualitativas de resposta aberta</b>			
1. Que perguntas ou preocupações tem quando pensa em ser vacinado?			
2. Quais são as primeiras coisas que lhe vêm à cabeça quando pensa em vacinas?			
3. <b>Confiança:</b> De um modo geral, o que pensa sobre a segurança e a eficácia das vacinas?			
4. <b>Complacência:</b> Como avalia o seu risco de ficar doente devido a doenças que podem ser evitadas através da vacinação?			
5. <b>Constrangimentos:</b> Que tipo de obstáculos enfrenta quando tenta vacinar-se? Isto pode incluir desafios físicos, psicológicos ou de outro tipo.			
6. <b>Cálculo:</b> Que tipo de informação procura e lê quando tenta tomar uma decisão sobre se deve ou não ser vacinado?			
7. <b>Responsabilidade coletiva:</b> O que acha de ser vacinado como forma de proteger os outros?			

## Como adaptar a ferramenta de inquérito e desenvolver o protocolo de estudo e o plano de análise

Esta ferramenta de inquérito deve ser adaptada às questões de investigação, particularmente à população de interesse do estudo e à(s) vacina(s) específica(s), se aplicável. Apresentam-se a seguir considerações e orientações importantes sobre como desenvolver o protocolo de estudo e o plano de análise.

### População alvo

As questões de investigação e o protocolo de estudo devem indicar claramente a população-alvo do estudo. As perguntas do instrumento de inquérito podem então ser adaptadas com base na população-alvo. Por exemplo, dependendo das questões de investigação, poder-se-á estudar a aceitação e a adesão à vacinação na população adulta em geral ou entre os prestadores de cuidados a crianças pequenas, populações migrantes, profissionais de saúde, pessoas com mais de 65 anos de idade ou outras populações vulneráveis ou carenciadas. Por exemplo, se um estudo tiver como objetivo compreender as atitudes em relação à vacinação infantil, a afirmação «Em geral, penso que as vacinas são seguras» pode ser atualizada para «Em geral, penso que as vacinas para as crianças são seguras».

As perguntas também terão de ser adaptadas com base na(s) vacina(s) alvo, se aplicável. A ferramenta de inquérito visa as atitudes de vacinação em geral, mas pode ser facilmente adaptada para visar vacinas específicas.

As perguntas sociodemográficas sugeridas também terão de ser adaptadas ao contexto local. Por exemplo, quando se pergunta qual o nível de escolaridade de um inquirido, as opções de resposta devem refletir o sistema educativo do contexto. Em segundo lugar, uma vez que a ferramenta de inquérito original foi redigida em inglês, a distribuição de traduções entre as pessoas da sua população-alvo informará se os itens do inquérito traduzidos são compreendidos, são culturalmente adequados e/ou precisam de ser revistos.

### Tamanho da amostra

Em conjunto com um técnico de estatísticas, os cálculos da dimensão das amostras devem informar o número mínimo de inquiridos necessário para o estudo, a fim de garantir uma relevância estatística adequada para detetar efeitos significativos. A dimensão da amostra pode ter de ser aumentada para compensar as potenciais não respostas e o desgaste. Para permitir um número adequado de inquiridos, é necessário um conhecimento aprofundado da população-alvo e da forma de a alcançar antes do início do estudo.

### Recolha de dados

O método de recolha de dados deve ser selecionado com base em considerações relacionadas com a população-alvo, os recursos disponíveis e o tipo de amostragem. Se o objetivo for alcançar a população adulta em geral de um país com elevada penetração da Internet, os inquéritos ou entrevistas em linha podem ser métodos adequados. As entrevistas presenciais podem ser mais adequadas para determinados grupos da população (por exemplo, adultos mais velhos).

## Amostragem

A amostragem da população-alvo do estudo pode ser feita de várias formas [43]. Quando é necessária uma amostra representativa da população, a melhor abordagem é a amostragem de probabilidade. Algumas das formas mais comuns de o fazer incluem a amostragem aleatória simples ou sistemática, bem como a amostragem por conglomerados ou estratificada. Se os recursos permitirem, a amostragem pode ser subcontratada a empresas com experiência neste domínio. Se a representatividade - e, com ela, a possibilidade de generalizar a uma população mais vasta - não for necessária para atingir os objetivos do estudo, pode recorrer-se a uma amostragem não probabilística. Algumas formas comuns de amostragem não probabilística incluem a amostragem por conveniência, a amostragem em bola de neve e a amostragem intencional.

## Apresentação do inquérito

A forma como o inquérito é apresentado aos inquiridos depende do método de recolha de dados que será utilizado para o inquérito. Todas as perguntas relacionadas com os 5 Cês têm as mesmas opções de resposta com base numa escala Likert de 5 pontos (de «Discordo totalmente» a «Concordo totalmente»). Por conseguinte, o inquérito poderia ser apresentado por escrito como um grande quadro, com a escala de Likert apresentada verticalmente ao lado de cada pergunta (como no quadro 1). Em alternativa, as perguntas podem ser feitas uma a uma durante uma entrevista presencial ou em linha, sendo a escala de Likert partilhada com o entrevistado como opções de resposta. É preferível não utilizar os cabeçalhos da ferramenta de inquérito (por exemplo, variáveis sociodemográficas, confiança, constrangimentos) no inquérito propriamente dito, para não influenciar as respostas dos inquiridos.

Na ferramenta de inquérito, cada resposta tem um valor numérico atribuído (por exemplo, Pergunta 6: 1 = Nenhuma, 2 = Algumas, 3 = Todas, 99 = Não sei/prefiro não dizer). Estes valores atribuídos não precisam de ser visíveis para os inquiridos, devendo pelo contrário constar no verso do inquérito, para que os resultados sejam apresentados neste formato. O código de análise pré-escrito baseia-se nestes números.

## Protocolo de estudo e plano de análise

O protocolo do estudo deve descrever a população-alvo, a dimensão da amostra, o método de recolha de dados e a abordagem de amostragem. Deve também conter uma secção sobre a forma como será feita a análise dos dados.

As análises devem ser concisas e responder às perguntas de investigação. Para as análises descritivas, poderão ser criados quadros resumidos da demografia dos inquiridos do estudo. Os indicadores principais de cada Cê podem ser resumidos e estratificados por variáveis demográficas, como o género e a escolaridade, se necessário. Os três principais indicadores comportamentais da ferramenta de inquérito - i) adesão à vacinação no passado, ii) recusa de vacinação no passado e iii) intenção de se vacinar - podem ser resumidos de forma descritiva e estratificados por variáveis demográficas. Podem ser efetuadas análises estatísticas inferenciais para testar as associações entre os resultados comportamentais, os 5 Cês e os dados demográficos.

Para poder realizar esta análise, é importante seguir os valores numéricos atribuídos às opções de resposta, tal como sugerido na ferramenta de inquérito. Apresenta-se a seguir um exemplo de plano de análise que inclui análises descritivas e inferenciais dos resultados do inquérito (Caixas 1-3), podendo também ser descarregado um [código de análise](#) pré-escrito (em Stata e R).

## Análise qualitativa

Se forem incluídas no estudo perguntas de resposta livre e qualitativas, as perguntas sugeridas no quadro 1 devem ser cuidadosamente revistas e adaptadas de modo a refletir o contexto local. As respostas escritas às perguntas abertas de um inquérito ou as transcrições das entrevistas devem ser cuidadosamente analisadas e codificadas. A análise indutiva pode ajudar a identificar temas abrangentes que emergem dos códigos para proporcionar uma visão mais completa dos processos de raciocínio e das ações das pessoas. A análise também pode ser efetuada de forma dedutiva, utilizando os 5 Cês como temas ou utilizando uma combinação de ambas as abordagens. Para captar todo o benefício deste tipo de investigação, a liderança da análise deve ser assumida por um investigador qualitativo experiente. No final da presente secção, podem ser encontrados conselhos adicionais sobre a recolha e análise de dados qualitativos.

## Autorização ética

Antes do início de qualquer recolha de dados, é importante garantir que as orientações éticas nacionais são seguidas. Isto pode incluir a necessidade de obter autorização ética para o estudo. As Comissões de Análise Interna (CAI) analisarão os planos do estudo e determinarão se é necessária uma autorização e, em caso afirmativo, analisarão pormenorizadamente os planos de estudo para conceder a autorização. É provável que os CAI analisem se os planos de recolha e análise de dados cumprem o Regulamento Geral sobre a Proteção de

Dados (RGPD). Isto significa que a proposta de estudo deve descrever claramente como tratar a anonimização, o armazenamento de dados e o acesso aos dados. Todos os estudos devem informar os potenciais participantes sobre os objetivos do estudo e a forma como os seus dados serão utilizados e armazenados, bem como salientar que as respostas serão anonimizadas, a participação é voluntária e que podem interromper o estudo em qualquer momento sem quaisquer consequências adversas. Esta informação deve ser seguida de uma pergunta dirigida ao participante se concorda com esta informação e se está disposto a participar no estudo. Este processo permite obter o consentimento informado, que deve ser obtido antes de serem apresentadas quaisquer questões ao participante. É fornecido um modelo para este efeito na ferramenta de inquérito (Quadro 1), bem como no [documento Word editável](#).

## Comunicação e interpretação dos dados

Após a análise dos dados, é importante destilar os principais resultados e considerar potenciais intervenções. Os principais resultados podem ser resumidos através de quadros e figuras e podem ser descritos num relatório ou publicados numa revista científica com revisão por pares. A equipa multidisciplinar que trabalha no estudo terá de considerar a(s) melhor(s) forma(s) de apresentar os dados obtidos às partes interessadas e utilizá-los para diagnosticar obstáculos e facilitadores da vacinação em populações específicas. Os dados darão provavelmente orientações para potenciais estratégias e intervenções, especificamente no que diz respeito a quais dos 5 Cês poderão ser mais relevantes como áreas de incidência. No acervo de intervenções para aumentar a aceitação da vacinação (secção 2.2), são apresentados exemplos de como os países da UE/EEE têm visado determinados Cês.

## Exemplo de plano de análise

Este exemplo de plano de análise fornece uma estrutura básica para a análise dos dados do inquérito (caixas 1-3; o [código de análise](#) completo, escrito tanto em Stata como em R, também está disponível para descarregamento). Idealmente, a análise deve ser efetuada em três fases:

- Fase 1: preparação dos dados (caixa 1);
- Fase 2: análise descritiva (caixa 2); e
- Fase 3: análise inferencial (caixa 3).

Preparar os dados significa depurar os dados e prepará-los para as análises (caixa 1). A depuração dos dados pode implicar verificar se as respostas são realistas (por exemplo, ninguém pode ter 178 anos de idade) e assegurar que todas as variáveis estão em formato numérico. Com o código pré-escrito, pode verificar se todas as variáveis têm os valores e etiquetas corretos. Por exemplo, para a variável sexo, pode ser atribuído ao homem o número 1 e à mulher o número 2.

Como parte da preparação dos dados, algumas variáveis precisam de ser codificadas de forma inversa. Mas antes de o fazer, é necessário definir o significado de uma pontuação elevada (quadro 2).

### Quadro 2. Significado de uma pontuação elevada, com base no código de análise pré-escrito

Constructo	Significado de uma pontuação elevada
Confiança	Elevada confiança na vacinação, elevada apetência para se vacinar
Complacência	Elevada complacência, pouca apetência para se vacinar
Constrangimentos	Constrangimentos que impedem a vacinação, pouca apetência para se vacinar
Cálculo	Fortemente envolvido em análises de custo-benefício da vacinação, pouca apetência para se vacinar
Responsabilidade coletiva	A vacinação é entendida como uma responsabilidade coletiva, elevada apetência para se vacinar

Por exemplo, em relação à complacência, a pergunta 12 refere: «Vacino-me porque não quero correr o risco de ser infetado». Uma pontuação elevada nesta pergunta (ou seja, uma pessoa que responde «5. Concordo totalmente») refletiria alguém que tem um baixo nível de complacência e, por conseguinte, uma elevada apetência para se vacinar. No entanto, o valor numérico é elevado, o que pode ser incorretamente interpretado como um elevado grau de complacência e, por conseguinte, pouca apetência para se vacinar. Para atenuar esta situação, é importante inverter o código destas perguntas, como demonstrado na caixa 3 (note-se que o [código de análise](#) para esta pergunta pode ser descarregado). Depois de efetuada a codificação inversa, podem ser calculadas as pontuações médias para cada Cê, ficando os dados prontos para a análise descritiva.

Para as análises descritivas, os três principais indicadores comportamentais do instrumento de inquérito - i) adesão à vacinação no passado, ii) recusa de vacinação no passado e iii) intenção de se vacinar - podem ser resumidos e estratificados por variáveis sociodemográficas relevantes (caixa 2). Em seguida, os indicadores principais para cada um dos 5 Cês podem ser resumidos.

Para as análises inferenciais, são apresentadas várias sugestões (caixa 3). Poderá ser interessante compreender os fatores de previsão sociodemográficos para cada um dos 5 Cês. Por exemplo, as mulheres têm uma complacência mais elevada do que os homens? A parte seguinte das análises inferenciais tem por objetivo compreender os fatores de previsão dos três indicadores-chave comportamentais acima referidos. Para estas análises, as variáveis sociodemográficas e os 5 Cês são tratados como potenciais indicadores. São também dados conselhos adicionais sobre a forma de efetuar estas análises inferenciais.

## Caixa 1. Preparação dos dados

Codificação inversa dos seguintes elementos:

- Complacência (pontuações elevadas = elevada complacência e, por conseguinte, pouca apetência para se vacinar)
  - P12: Vacino-me porque não quero correr o risco de ser infetado.
- Constrangimentos (pontuações elevadas = muitos constrangimentos - ou seja, obstáculos quotidianos que impedem a vacinação - e, por conseguinte, pouca apetência para se vacinar)
  - P16: Asseguro-me de receber as vacinas mais importantes em tempo útil.
  - P17: É fácil para mim aceder aos serviços de vacinação.
- Cálculo (pontuações elevadas = considerações extensas sobre a relação custo-benefício e pouca apetência para se vacinar)
  - P19: De um modo geral, faço o que o meu médico ou profissional de saúde recomenda sobre a vacinação.
  - P20: As informações que recebo das autoridades sanitárias sobre as vacinas são fiáveis.
- Responsabilidade coletiva (pontuações elevadas = apetência para se vacinar para proteger os outros).
  - P22: Se toda a gente for vacinada, eu não tenho de ser vacinado também.

Calcular as pontuações médias de cada C:

- Some as pontuações dos três itens em Confiança e divida por 3
- Some as pontuações dos três itens em Complacência e divida por 3
- Some as pontuações dos três itens em Constrangimentos e divida por 3
- Some as pontuações dos três itens em Cálculo e divida por 3
- Some as pontuações dos três elementos da responsabilidade coletiva e divida por 3

## Caixa 2. Análise descritiva

Resumos dos resultados comportamentais:

- % de vacinados de acordo com as recomendações:
  - Por idade
  - Por sexo
  - Por escolaridade
  - Por região
- % de vacinas recomendadas recusadas:
  - Por idade
  - Por sexo
  - Por escolaridade
  - Por região
- % das pessoas que tencionam ser vacinadas de acordo com as recomendações:
  - Por idade
  - Por sexo
  - Por escolaridade
  - Por região

Indicadores principais:

- Confiança: % das pessoas que concordam que as vacinas são seguras (ou seja, responderam 4 ou 5)
- Complacência: % das pessoas que foram vacinadas porque não querem correr o risco de serem infetados (ou seja, responderam 4 ou 5)
- Constrangimentos: % das pessoas que afirmam que, na prática, será difícil vacinarem-se (ou seja, responderam 4 ou 5)
- Cálculo: % das pessoas que concordam que, quando pensam em vacinar-se, pesam os benefícios e os riscos para tomar a melhor decisão possível (ou seja, responderam 4 ou 5)
- Responsabilidade coletiva: % das pessoas que concordam que se vacinam porque estão a proteger outras pessoas (ou seja, resposta 4 ou 5)

Pontuação média por Cê estratificada por idade, sexo, escolaridade, região e situação profissional.

## Caixa 3. Análise inferencial

indicadores sociodemográficos para cada Cê:

Resultado: Confiança (pontuação média 1-5): indicadores: idade, sexo, escolaridade, região, situação profissional

Resultado: Complacência (pontuação média de 1 a 5): indicadores: idade, sexo, escolaridade, região, situação profissional

Resultado: Constrangimentos (pontuação média de 1 a 5): indicadores: idade, sexo, escolaridade, região, situação profissional

Resultado: Cálculo (pontuação média de 1 a 5): indicadores: idade, sexo, escolaridade, região, situação profissional

Resultado: Responsabilidade coletiva (pontuação média de 1 a 5): indicadores: idade, sexo, escolaridade, região, situação profissional

Nesta análise, cada um dos 5 Cês é tratado como um resultado, e as variáveis sociodemográficas são testadas como indicadores. Isto ajudará a compreender se as variáveis sociodemográficas têm um impacto na pontuação média de cada um dos 5 Cês. Como o resultado é uma pontuação média, pode ser efetuada uma regressão linear. O resultado destas análises é um coeficiente que quantifica a relação entre o fator de previsão e o resultado, indicando a alteração esperada na pontuação média do resultado para uma alteração de uma unidade na variável de previsão.

### Indicadores de vacinação de acordo com as recomendações

Resultado: Recebeu as vacinas de acordo com as recomendações (nenhuma, algumas, todas). Indicadores: Pontuações médias de todos os 5 Cês, idade, sexo, escolaridade, região, situação profissional

### Indicadores de adiamento ou recusa de vacinação

Resultado: recusa de vacinação (nenhuma, algumas, todas). Indicadores: Pontuações médias de todos os 5 Cês, idade, sexo, escolaridade, região, situação profissional

### Indicadores da intenção de se vacinar

Resultado: intenções de se vacinar (pontuação de 1 a 5). Indicadores: Pontuações médias de todos os 5 Cês, idade, sexo, escolaridade, região, situação profissional

## Conselhos adicionais sobre a análise inferencial

Ao analisar uma variável de resultado com três ou cinco categorias ordinais, a escolha de um modelo de regressão adequado depende da forma como o resultado é tratado. Além disso, o número de observações em cada categoria desempenha um papel crucial. Se algumas categorias tiverem muito poucas observações, poderá ser necessário agrupá-las para garantir a relevância estatística.

Se o resultado for mantido na sua forma ordinal, pode ser utilizado um modelo de regressão logística ordinal, assumindo que se mantém o pressuposto da proporcionalidade de probabilidades. Este tipo de regressão trata as respostas como etapas ordenadas, assumindo que mudar de uma resposta de 1 («Discordo totalmente») para 2 («Discordo») é semelhante a mudar de 4 («Concordo») para 5 («Concordo totalmente») em termos de fatores de influência. Por exemplo, se o facto de ser mulher aumenta as probabilidades de passar de 1 para 2, também aumenta as probabilidades de passar de 3 («Não concordo nem discordo») para 4 («Concordo») na mesma proporção, em comparação com os homens. Do mesmo modo, se ser mais velho aumenta as probabilidades de subir um ponto (por exemplo, de 2 para 3), presume-se que tem o mesmo efeito proporcional em todos os níveis da escala (por exemplo, também de 4 para 5). Este pressuposto é designado por «pressuposto da probabilidade proporcional».

Em alternativa, se o resultado for subdividido em apenas duas categorias (por exemplo, o resultado «Recebeu vacinas de acordo com as recomendações» é dividido em 0 = Não totalmente vacinado (inclui «Nenhuma» e «Algumas») e 1 = Totalmente vacinado («Recebeu todas as vacinas recomendadas»), então a escolha mais adequada é um modelo de regressão logística binária, estimando a forma como estes fatores aumentam ou diminuem a probabilidade de estar totalmente vacinado. Tanto para uma regressão logística ordinal como para uma regressão logística binária, o resultado será apresentado em rácios de probabilidades.

Se o resultado de cinco categorias for reduzido a três categorias, pode utilizar-se um modelo de regressão logística multinomial. Suponhamos que agrupamos as respostas sobre a intenção de vacinação (pontuação de 1 a 5) em três categorias: intenção baixa (1-2 = «Improvável que seja vacinado»), intenção moderada (3 = «Não tenho a certeza» ou «Não concordo nem discordo») e intenção elevada (4-5 = «Provável que seja vacinado»). Uma vez que estas três categorias não têm uma ordem rigorosa (ou seja, ser «moderado» não é necessariamente o meio caminho entre «baixo» e «elevado»), podemos utilizar a regressão logística multinomial em vez de um modelo ordinal. O modelo seleciona uma categoria como o grupo de referência (por exemplo, «intenção baixa») e estima as probabilidades para «moderada» vs. «baixa e alta» vs. «baixa». O resultado da regressão logística multinomial é dado sob a forma de rácios de risco relativo.

Em última análise, a escolha do modelo depende tanto de considerações teóricas como de restrições práticas, tais como a dimensão das amostras de observações em todas as categorias. Estas considerações realçam a importância de contar com um profissional de estatísticas qualificado na equipa de investigação multidisciplinar.

## Conselhos adicionais sobre métodos qualitativos

Os resultados da ferramenta de inquérito fornecerão uma compreensão fundamental dos obstáculos e dos fatores que facilitam a aceitação da vacinação numa população específica. No entanto, é pouco provável que expliquem por que razão estes obstáculos e facilitadores existem. Os métodos qualitativos podem fornecer informações neste domínio, ajudando a descobrir as nuances do contexto, apresentando ideias sobre a forma de abordar os obstáculos e facilitadores específicos à aceitação da vacinação [44].

## Métodos quantitativos vs. qualitativos

Os métodos quantitativos são úteis para a aquisição de dados numéricos e para a realização de análises estatísticas relativas à área de interesse da investigação. Por exemplo, os inquéritos quantitativos podem ajudar a compreender a vontade de uma pessoa ou comunidade de se vacinar e os obstáculos que podem enfrentar. No entanto, como muitos instrumentos de recolha de dados quantitativos - como inquéritos ou registos -, são pré-concebidos pelos investigadores com respostas fixas limitando-se os conhecimentos gerados a questões que já se sabe serem inadequadamente compreendidas. Os métodos quantitativos também se centram na compreensão das tendências centrais de uma população, o que pode limitar uma análise mais aprofundada das razões subjacentes a essas tendências ou exceções.

Os métodos qualitativos, por outro lado, utilizam o investigador como instrumento de recolha de dados. Seguem uma abordagem sistemática mas flexível para a recolha de dados, utilizando a conceção emergente com adaptações efetuadas ao longo de todo o processo. A utilização de perguntas abertas é fundamental nos métodos qualitativos, pois permite que os inquiridos respondam e descrevam as suas experiências e pontos de vista com as suas próprias palavras e linguagem. A recolha dos pensamentos, sentimentos e atitudes dos participantes é crucial para a obtenção de conhecimentos culturais e sociais, uma vez que os participantes podem ajudar a definir e a levantar as questões que são importantes para eles.

## Seleção dos participantes

Podem ser utilizadas várias técnicas de amostragem para selecionar os participantes na investigação qualitativa, sendo a amostragem intencional (ou seja, escolher os participantes que provavelmente serão os mais relevantes para a investigação) a mais utilizada. O número de participantes é geralmente definido com base na «saturação de dados», que é atingida quando não são recolhidas informações analíticas/relevantes substancialmente novas, momento em que o processo de recolha de dados pode ser concluído [45]. Os métodos de recolha de dados e as técnicas de análise utilizadas serão orientados pelas questões de investigação.

## Recolha de dados

Dois métodos de recolha de dados qualitativos que podem ser relevantes neste contexto incluem [46]:

- **Entrevistas semiestruturadas**, realizadas individualmente com um investigador e um participante. Utilizam frequentemente um guião de entrevista, que contém perguntas relevantes para responder às questões gerais da investigação. As entrevistas semiestruturadas duram normalmente 40 a 60 minutos e podem ser realizadas presencialmente ou em linha, de preferência num ambiente calmo e sem distrações. As entrevistas são ideais para compreender os pontos de vista, as experiências, as crenças e as motivações dos indivíduos sem a influência de terceiros, bem como para discutir questões sensíveis.
- Em contrapartida, os **debates no âmbito de grupos focais** são realizados em grupos, com um facilitador e normalmente com três a oito participantes. Também utilizam frequentemente um guia de discussão adaptado às questões gerais da investigação. Ao contrário das entrevistas, este método é útil para compreender as dinâmicas e normas de grupo numa comunidade, incluindo semelhanças e diferenças de perspetivas. Os grupos de discussão devem ser habilmente facilitados para garantir que todos os participantes se sintam à vontade para partilhar as suas opiniões.

Há alguns aspetos comuns a ter em conta em ambos os métodos:

- O guia de entrevista/debate deve prever tempo para estabelecer a confiança entre o investigador e o(s) participante(s). As perguntas iniciais podem ser mais informais para quebrar o gelo, seguidas de perguntas gerais sobre o tema e posteriormente perguntas mais específicas ou sensíveis.
- As perguntas devem ser abertas, ou seja, não podem ser respondidas com «sim» ou «não». O objetivo é incentivar os participantes à partilha aberta e alargada.
- Devem ser evitadas perguntas de orientação, ou seja, perguntas que dirijam os participantes para uma resposta específica.

- A entrevista e a facilitação devem ser flexíveis. O participante pode levantar tópicos relevantes para as questões gerais da investigação, mas que não são abordados no guia. Deve prever-se tempo para estas discussões, e a conversa pode ser retomada para o resto das perguntas quando apropriado.
- Os entrevistadores e facilitadores devem ser empáticos e manter-se recetivos a efetuar pausas, mudar ou interromper a conversa para garantir o conforto dos participantes, especialmente quando se discutem questões sensíveis.

## Análise dos dados

Os métodos qualitativos oferecem uma variedade de opções para a análise dos dados e flexibilidade na sua utilização, permitindo-lhe escolher os que se adequam às suas necessidades específicas. Duas delas são a análise de conteúdo e a análise temática. Situando a análise qualitativos de dados num espetro, a análise de conteúdos tende a ser mais descritiva, ao passo que a análise temática tende a ser mais interpretativa.

A **análise de conteúdos** é um termo genérico para «codificação e categorização sistemáticas» dos dados textuais [47]. Com base nas teorias da comunicação, as tendências e frequências das palavras são analisadas para encontrar padrões e significados. Os «códigos» (ou seja, pequenas unidades de texto com significado) são organizados em categorias baseadas em padrões comuns. Tal pode ser feito tanto de forma indutiva (ou seja, criada a partir dos dados) como dedutiva (ou seja, com categorias preexistentes derivadas de uma teoria, quadro ou modelo). A análise de conteúdo pode ser realizada quantitativamente, por exemplo, através da contagem do número de vezes que uma questão específica é levantada num debate. No entanto, com uma abordagem qualitativa, o contexto das palavras é igualmente tido em conta para compreender tanto o sentido aparente como o sentido subjacente.

A **análise temática** refere-se ao processo de identificação de temas ou padrões de interesse no âmbito dos dados [48]. Embora comece com um processo de codificação semelhante ao da análise de conteúdo, a análise temática vai além da categorização dos dados e tenta interpretar o significado latente num texto (ou seja, infere que ideias, pressupostos, conceptualizações e ideologias podem estar a moldar o que é dito pelos participantes). Estes temas podem ser criados de forma indutiva ou dedutiva; no entanto, haverá a necessidade de efetuar frequentemente ajustamentos aos temas dedutivos para refletir os significados latentes identificados no seu conjunto de dados.

## Ferramentas para permitir a autorreflexão e mitigar os preconceitos

É importante recordar que em qualquer investigação no domínio da saúde pública, seja ela qualitativa ou quantitativa, os investigadores não são meros observadores passivos, mas podem influenciar ativamente a investigação e os seus resultados. Todos os passos dados pelos investigadores durante o processo, desde a definição das questões de investigação até à análise dos dados, são influenciados pelos seus antecedentes específicos, perspetivas e preconceitos conscientes ou inconscientes. É importante abordar este aspeto de forma proativa durante o processo de investigação e interpretar os resultados em conformidade. A metodologia de investigação qualitativa proporciona algumas ferramentas para permitir este processo de autorreflexão e mitigar os preconceitos, incluindo:

- **Declarações de reflexividade** — Os investigadores devem fazer uma autorreflexão e perguntar a si próprios por que razão estão a participar na investigação, que preconceitos podem ter sobre o grupo-alvo em relação ao tópico da investigação e até que ponto a sua identidade ou antecedentes podem influenciar a forma como conduzem a investigação ou interpretam os resultados. Esta autorreflexão é então resumida num curto parágrafo e incluída na divulgação dos resultados por razões de transparência [49].
- **Triangulação de investigadores/verificação de membros** — Dois ou mais investigadores podem codificar uma secção de dados de forma independente e, em seguida, comparar códigos para encontrar diferenças e semelhanças, antes de chegar a um consenso sobre a forma de interpretar e categorizar os dados, o que aumenta a credibilidade dos resultados. Pode também ser conduzido um processo semelhante com participantes do grupo-alvo, como forma de validar as informações obtidas a partir dos dados para os quais contribuíram. Isto é conhecido como verificação dos membros [50].

## Outros recursos

Existem vários recursos disponíveis que descrevem o processo de investigação de forma mais pormenorizada, incluindo a forma de realizar a análise dos dados e interpretar os resultados. Entre eles, incluem-se:

- «[A field guide to qualitative research for new vaccine introduction](#)» (Guia de campo para a investigação qualitativa da introdução de novas vacinas) da OMS
- «[Rapid qualitative research to increase COVID-19 vaccination uptake: a research and intervention tool](#)» (Investigação qualitativa rápida para aumentar a taxa de vacinação contra a COVID-19: um instrumento de investigação e intervenção) da OMS

A lista de verificação «[Consolidated criteria for reporting qualitative research \(COREQ\)](#)» (Critérios consolidados para a comunicação de investigação qualitativa) é um guia útil para a comunicação e descrição de investigação qualitativa.

## 2.2 Métodos para abordar os obstáculos comportamentais à vacinação

### Acervo de intervenções para aumentar a aceitação da vacinação

Os quadros que se seguem apresentam um acervo de intervenções a nível nacional e subnacional para inspirar e informar a conceção de intervenções destinadas a abordar a cobertura vacinal insuficiente. Os exemplos dizem respeito à vacinação infantil (quadro 3), à vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) (quadro 4), à vacinação contra a COVID-19 e a gripe (quadro 5) e à vacinação contra outras doenças (tosse convulsa e mpox) (quadro 6). Muitas das intervenções centram-se em populações vulneráveis, como os migrantes, e baseiam-se no apoio ao diálogo entre os profissionais de saúde responsáveis pela vacinação e os doentes. São também apresentadas as intervenções plurinacionais financiadas pela UE ou parcialmente financiadas pela UE (quadro 7).

Para recolher estes exemplos de intervenções nacionais e subnacionais, o diretor do ECDC contactou, em 4 de setembro de 2024, os organismos de coordenação competentes do Centro. Solicitou-lhes que nomeassem um ou mais peritos em matéria de aceitação da vacinação no seu país, que pudessem responder a um inquérito (caixa 4) e que estivessem disponíveis para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais necessários. Foi enviado um lembrete na primeira semana de outubro de 2024.

### Caixa 4. Questionário destinado aos peritos nacionais sobre a aceitação e a adesão à vacinação

1. Entidade coordenadora (ou seja, nome da organização que liderou a intervenção global)
2. Colaboradores (ou seja, nomes de quaisquer organizações que ajudaram na conceção/execução e/ou avaliação da intervenção)
3. Nível de intervenção (ou seja, a que nível foi aplicada a intervenção?) - Resposta de escolha única:
  - a. Nacional
  - b. Regional
  - c. Local/comunitário
  - d. Vários níveis
  - e. Outro: Especifique: \* Texto livre \*
4. População-alvo (ou seja, quais eram os grupos de população-alvo para a sua intervenção?) - Resposta de escolha única:
  - a. Público em geral
  - b. Adultos (a partir de 18 anos)
  - c. Crianças (até aos 12 anos inclusive)
  - d. Adolescentes (13-17 anos de idade)
  - e. Pais/prestadores de cuidados
  - f. Idosos
  - g. Populações socialmente vulneráveis
  - h. Profissionais de saúde
  - i. Comunicação social
  - j. Outro - Especifique: \* Texto livre \*
6. Forneça mais informações relevantes sobre a sua população-alvo: \* Texto livre \*
7. Descreva sucintamente a intervenção. Estamos interessados nos seguintes aspetos (resposta curta mas abrangente):
  - a. Qual foi o objetivo específico da intervenção em relação à(s) população(ões)-alvo?
  - b. Qual foi a lógica subjacente à intervenção? (Refira os fundamentos ou motivação subjacente à intervenção, incluindo dados/experiências anteriores de investigação/cobertura, conforme aplicável)
  - c. Quando e onde decorreu a intervenção?
  - d. Quais foram as principais atividades?
  - e. Quais foram os resultados ou impactos da intervenção? (Refira dados de avaliações formais ou informais, se aplicável)
  - f. Quais foram os principais ensinamentos que retirou do processo de conceção/execução/avaliação da intervenção? Refira eventuais facilitadores, obstáculos e desafios, bem como soluções ou ideias que tenha recolhido durante o processo.
8. Dispõe de um sítio Web ou de um documento público externo que resuma a intervenção ou forneça informações sobre as principais atividades? Partilhe uma ligação aqui (se aplicável): \* Texto livre \* Ou carregue os ficheiros pertinentes aqui (se aplicável): \* Caixa de carregamento do ficheiro \*

Há mais alguma coisa que gostaria de partilhar sobre a intervenção e a sua experiência? \* Texto livre \*

Catorze dos 30 países da UE/EEE responderam, fornecendo um total de 26 exemplos de intervenção, 24 dos quais estão incluídos nos quadros abaixo. As descrições das intervenções que se seguem foram ligeiramente editadas para garantir a coerência do estilo e da apresentação, mas são apresentadas tal como foram partilhadas pelos países nas suas respostas ao inquérito (incluindo ligações, quando fornecidas). Em alguns casos, a informação foi complementada por correio eletrónico durante a fase de revisão externa, o que foi incorporado no texto abaixo.

Foi realizada uma sessão de trabalho técnica com o pessoal do ECDC e um perito externo para analisar os exemplos de intervenção e classificar cada intervenção utilizando o modelo dos 5 Cês. Muitas das intervenções abrangeram dois ou mais dos 5 Cês, tendo a maioria abordado a Confiança e/ou os Constrangimentos. Foram menos os exemplos que abordaram o Cálculo ou a Complacência, e nenhum exemplo abordou a Responsabilidade coletiva.

O ECDC também contactou vários projetos plurinacionais financiados pela UE através de coordenação com a Eurohealthnet, incluindo o RIVER-UE (Reduzir as desigualdades na adesão à vacinação na região europeia) e o AcToVax4NAM (Acesso à vacinação para migrantes recém-chegados) [34,35]. Um perito nacional em França, identificado pelo organismo de coordenação competente do ECDC em França, também estabeleceu contacto com os coordenadores do JITSUVAX (Jiu Jitsu com desinformação na era da COVID-19) [36]. O quadro 7 contém mais informações sobre estes projetos plurinacionais financiados pela UE.

### Quadro 3. Intervenções relacionadas com os programas de vacinação infantil

Estado-Membro	Público-alvo	Descrição da intervenção	Cês correspondentes
Dinamarca[51]	Profissionais de saúde	<p>Foi realizado um módulo de formação de meio dia para enfermeiros de saúde pública de vários dos 98 municípios da Dinamarca. A formação incluiu conhecimentos sobre o Programa Dinamarquês de Vacinação Infantil e as doenças evitáveis pela vacinação, bem como orientações sobre a comunicação com pais hesitantes em relação à vacinação. Os enfermeiros foram designados «embaixadores da vacinação» e encorajados a partilhar as lições aprendidas com outros colegas. Os enfermeiros foram escolhidos como grupo-alvo para a formação devido às suas visitas regulares a novos pais e à sua presença nas escolas. O programa foi realizado em 2019, 2021 e 2022.</p> <p>Não foi realizada uma avaliação sistemática, mas foi recolhido <i>feedback</i> no final de cada dia. Os enfermeiros apreciaram a informação atualizada sobre as doenças abrangidas pelo programa de vacinação e valorizaram a oportunidade de se encontrarem e discutirem experiências com colegas. O interesse pelo programa manteve-se constante todos os anos.</p>	Confiança
França[52-54]	Pais/prestadores de cuidados	<p>As parteiras receberam formação sobre a utilização da entrevista motivacional (EM) para preparar as mães puérperas e os seus parceiros para a vacinação dos recém-nascidos. A experiência adquirida no Quebeque demonstrou que, ao criar uma parceria com o profissional de saúde, a EM pode ajudar a reforçar a motivação e o empenho de uma pessoa na mudança de comportamento. A intervenção decorreu de novembro de 2021 a abril de 2022 em duas maternidades: Sainte Musse, Toulon; Saint Joseph, Marselha, no sudeste da França.</p> <p>Foi realizado um ensaio aleatório controlado que revelou uma redução significativa de 33 % nas preocupações com a vacinação no braço da EM, em comparação com uma redução não significativa de 17 % no braço de controlo (folheto). A redução inicialmente medida das preocupações com a vacinação manteve-se igualmente grande quando as mães foram contactadas sete meses depois de deixarem a maternidade. Um grupo de trabalho colaborativo está a analisar a transferibilidade desta intervenção para outras populações-alvo.</p> <p>Esta intervenção foi parcialmente apoiada pela subvenção 964728 (JITSUVAX) do programa de investigação e inovação</p>	Confiança, Cálculo

		Horizonte 2020 da União Europeia, descrito no quadro 7. Mais informações: <a href="http://www.iitsuvax.com">www.iitsuvax.com</a>	
Suécia [55,56]	Profissionais de saúde	<p>Os Programas de Imunização à Medida (TIP) da OMS, que incluem um processo faseado para identificar obstáculos e facilitadores da vacinação no seu contexto local, conceber e desenvolver intervenções à medida, e implementar e acompanhar atividades, foram traduzidos e adaptados ao contexto sueco para implementação regional. Até à data, quatro regiões iniciaram projetos-piloto com base neste guia. As principais atividades incluem seminários para facilitar o método dos PIM com cada um dos intervenientes regionais responsáveis pela execução do Programa Nacional de Imunização (PNI). Foram também realizadas reuniões e palestras conjuntas com os intervenientes regionais, bem como cooperação e intercâmbio de experiências. A adaptação baseia-se em trabalhos anteriores sobre o guia dos PIM em 2013, com foco numa comunidade somali fora de Estocolmo. Isto porque, apesar da cobertura vacinal geralmente elevada na Suécia para a vacinação infantil no PNI, há necessidade de apoiar melhor os atores regionais e locais para compreender as mudanças na cobertura e aceitação da vacinação.</p> <p>Um dos ensinamentos é que, para além da tradução, é necessária uma adaptação contextual contínua. Os projetos-piloto facilitam a criação de capacidades conjuntas e a aprendizagem coletiva e a geração de conhecimentos. Os projetos-piloto tiveram início em 2021 e estão em curso até 2025, estando prevista uma avaliação para mais tarde. O guia dos PIM sueco será revisto e atualizado em 2025 com base nas reações e lições aprendidas no trabalho com os quatro projetos-piloto.</p>	Confiança, Constrangimentos, Complacência
Suécia [57,58]	Profissionais de saúde	<p>Foram desenvolvidos materiais informativos para apoiar o diálogo sobre a vacinação. Esta intervenção destina-se a enfermeiros e médicos que trabalham com a vacinação nos serviços de saúde infantil ou escolar. Pode também ser utilizado por outros profissionais de saúde que trabalhem com a vacinação. O objetivo é apoiar os enfermeiros vacinadores na criação de confiança durante a conversa com os pais, fornecendo uma ferramenta para um diálogo estruturado e aberto e módulos de formação para reflexão e formação em conjunto com colegas no contexto local. Sabe-se que o diálogo entre o pessoal de saúde e os pais é um instrumento poderoso para criar confiança na vacinação. Os resultados de um estudo de entrevistas qualitativas realizado em 2019 pela Agência de Saúde Pública da Suécia com enfermeiros (cuidados de saúde infantil e cuidados de saúde escolar) indicaram uma lacuna no apoio e na estrutura para os enfermeiros lidarem com algumas ocasiões em que se sentiam desconfortáveis e não sabiam como responder às perguntas específicas dos pais e/ou à hesitação geral antes de uma decisão de vacinação. Para responder a esta necessidade, foi desenvolvido o material de formação adaptado, inspirado no material de formação da OMS «Conversations to build trust in vaccination and other studies» (Conversas para reforçar a confiança na vacinação e noutros estudos). Os principais materiais informativos disponíveis para descarregamento desde 2023 para os profissionais de saúde incluem um manual do utilizador sobre como conduzir a formação, uma apresentação em PowerPoint para a formação e um folheto que resume a ferramenta em cinco etapas para apoiar o diálogo.</p> <p>A abordagem em cinco etapas visa gerar um diálogo aberto com os pais sobre a vacinação, explorando e abordando simultaneamente as questões que possam ter. A disponibilidade de materiais foi comunicada várias vezes durante a Semana Europeia da Imunização e através de várias mensagens de correio eletrónico a redes profissionais. Durante o desenvolvimento do material, foram realizados vários seminários para testar e cocriar o material com os grupos-alvo em algumas regiões e redes profissionais. Após a publicação,</p>	Confiança, Constrangimentos, Complacência

		foram realizadas várias apresentações e seminários para divulgar o material e acompanhar as reações ao mesmo. A ferramenta ainda não foi avaliada de forma sistemática. Este processo terá início em 2025.	
Roménia	Pais/prestadores de cuidados	A intervenção centra-se no envio de mensagens de texto de lembrete aos pais e encarregados de educação. Na Roménia, está em vigor desde 2011 um registo eletrónico nacional de vacinação. O envio de lembretes por mensagem de texto foi uma intervenção implementada em 2018, com o objetivo de aumentar a adesão dos cuidadores à vacinação das crianças de acordo com o plano nacional de imunização. A adesão dos prestadores de cuidados às vacinas recomendadas para as crianças normalmente diminuiu, exceto no caso das vacinas recomendadas nos primeiros dias após o nascimento. Tal poderá ser causado por hesitação, mas também devido a informações insuficientes sobre as idades recomendadas para a vacinação e a disponibilidade das vacinas. As mensagens de texto são enviadas a nível nacional, para todas as crianças, antes da data estimada para a vacinação. Existem planos para avaliar o impacto desta intervenção.	Constrangimentos

#### Quadro 4. Intervenções relacionadas com a vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV)

Estado-Membro	Público-alvo	Descrição da intervenção	Cês correspondentes
Dinamarca [59]	Populações socialmente vulneráveis	<p>A intervenção centrou-se no diálogo com pessoas oriundas de minorias étnicas com o objetivo de partilhar conhecimentos sobre a vacinação contra o HPV e outros serviços de saúde, adquirir conhecimentos sobre os obstáculos existentes nos grupos-alvo e aumentar a confiança nos serviços de saúde, nos profissionais de saúde e nas autoridades de saúde.</p> <p>A Autoridade de Saúde Dinamarquesa colaborou com a Mino Danmark para realizar as «Mini Talks», um evento que promove o diálogo democrático e que dá a palavra aos cidadãos oriundos de minorias para debater e partilhar desafios.</p> <p>Foram realizadas seis palestras «Mini Talks», e foram iniciados esforços de sensibilização em todas as áreas que contribuíram para o recrutamento para os eventos. Cada «Mini Talk» foi composta por dois painéis de discussão, o primeiro dos quais especificamente dedicado à vacinação contra o HPV e ao rastreio do cancro do colo do útero. Os painéis variavam de cidade para cidade para que as pessoas locais pudessem ser ouvidas. Os eventos tiveram lugar em outubro e novembro de 2023 nas regiões de Vejle, Brøndby, Gellerupparken (Aarhus), Vollsmose (Odense), Tingbjerg e Slagelse. Estas regiões foram selecionadas por aí viverem muitos cidadãos pertencentes a minorias étnicas.</p> <p>De um modo geral, o público esteve muito empenhado e fez muitas perguntas. Além disso, funcionou bem o facto de os painéis incluírem pessoas com experiências vividas que puderam partilhar as suas histórias e que criaram um espaço seguro.</p>	Confiança, Constrangimentos, Complacência
Alemanha [60]	Crianças (com 12 ou menos anos de idade), Adolescentes (13-17 anos de idade)	<p>O exame de saúde dos adolescentes (J1) - efetuado por médicos de clínica geral e pediatras - pode ser realizado entre os 12 e os 14 anos de idade. Trata-se de uma oportunidade para verificar o estado geral de saúde, a situação vacinal e o desenvolvimento da puberdade.</p> <p>Estes exames de saúde regulares são gratuitos e permitem a interação dos adolescentes e dos seus pais com os profissionais de saúde, pelo que constituem uma boa oportunidade para recordar aos grupos-alvo a vacinação contra o HPV.</p> <p>Os resultados da avaliação sugeriram uma maior probabilidade de adesão à vacinação contra o HPV quando as raparigas adolescentes utilizam o «exame de saúde» J1. A associação do exame de saúde J1 com a adesão à vacinação contra o HPV foi mais forte nas raparigas de 12 anos e diminuiu com o aumento</p>	Constrangimentos, Confiança, Complacência

		<p>da idade. Este resultado sugere uma associação positiva do exame de saúde J1 com a vacinação contra o HPV em geral e também com a vacinação atempada antes do início da vida sexual. No entanto, o exame de saúde J1 ainda não é suficientemente utilizado pelos adolescentes na Alemanha.</p> <p>Mais informações sobre o exame de saúde J1:</p> <p>Todas as crianças na Alemanha têm direito, por lei, a 10 exames U. Os custos são cobertos pelo seguro de saúde. Os exames U são efetuados nos primeiros seis anos de vida. Nestas consultas, o pediatra verifica se a criança está a desenvolver-se de forma adequada à idade, onde se exploram temas como a proteção vacinal. Os exames U ajudam a detetar doenças ou atrasos de desenvolvimento numa fase precoce. Um tratamento atempado ou um apoio especial podem evitar ou, pelo menos, reduzir as possíveis consequências para a saúde. Na adolescência, existe um exame preventivo adicional, o J1.</p>	
Alemanha [61]	Profissionais de saúde	<p>A formação dos profissionais de saúde em técnicas de entrevista motivacional, incluindo pediatras e assistentes médicos que trabalham em consultórios privados em Bremen e na Baviera, foi realizada para apoiar os doentes na sua decisão sobre a vacinação contra o HPV. A intervenção incluiu uma avaliação das necessidades de formação dos profissionais de saúde, por exemplo quais são os tópicos problemáticos sobre a vacinação contra o HPV, através de um inquérito representativo. Foram desenvolvidas atividades de formação que relacionam as técnicas de entrevista motivacional com os temas de vacinação contra o HPV. Os consultórios privados participantes receberam: a) formação clássica sobre o HPV, b) formação sobre entrevistas motivacionais, ou c) nenhuma formação.</p> <p>A avaliação das capacidades dos profissionais de saúde participantes para conduzir diálogos sobre a vacinação contra o HPV utilizando técnicas de entrevista motivacional está em curso no momento da apresentação de dados ao ECDC, em outubro de 2024. As limitações incluíram dificuldades em recrutar profissionais de saúde e em convencê-los a aprender novos métodos.</p>	Confiança
Roménia	Grupos de risco	<p>São oferecidas vacinas reembolsadas (50 % a 100 %) para alguns grupos de alto risco (HPV, varicela, meningocócicos – B, ACWY; hepatite B), com foco nas pessoas com doenças crónicas. Na Roménia, a vacinação de adultos, incluindo a vacinação dos profissionais de saúde, não estava muito bem representada antes de setembro de 2023. Apenas a COVID-19, a gripe, a dTpa para mulheres grávidas, a vacina contra a hepatite B para as pessoas não vacinadas em diálise e a vacina contra o HPV para adolescentes do sexo feminino foram fornecidas gratuitamente no âmbito do programa nacional de vacinação. No final de agosto de 2023, foi adotado um novo quadro jurídico que regula o reembolso de algumas vacinas para certos grupos de alto risco, com o objetivo de aumentar a disponibilidade e a aceitação de algumas vacinas. São ministrados cursos aos prestadores de cuidados de saúde, juntamente com melhores campanhas de comunicação.</p> <p>Algumas das razões para uma fraca adesão à vacinação entre alguns grupos de alto risco são o custo das vacinas e a dificuldade de acesso às mesmas, bem como a falta de recomendação por parte do prestador habitual de cuidados de saúde.</p> <p>A avaliação desta intervenção em 2023-2024 revelou um aumento da vacinação contra o HPV. Nos primeiros 10 meses de vacinação reembolsada, mais de 70 000 indivíduos iniciaram o seu esquema de vacinação. Observou-se também um aumento da taxa de vacinação contra a gripe, especialmente em crianças, em comparação com a época anterior.</p>	Constrangimentos

**Quadro 5. Intervenções relacionadas com a vacinação contra a COVID-19 e a gripe**

Estado-Membro	Público-alvo	Descrição da intervenção	Cês correspondentes
Bulgária [62]	Público em geral, profissionais de saúde	<p>Foi lançada uma plataforma informativa baseada na Web «+men (+me)» sobre vacinação durante a pandemia da COVID-19 para promover a vacinação contra a COVID-19 e responder às preocupações sobre a vacinação. O objetivo era ajudar o público em geral a fazer escolhas informadas sobre a vacinação, fornecendo informações linguísticas simples de profissionais de saúde de confiança. Após a pandemia de COVID-19, o sítio Web foi alargado para incluir o programa completo de imunização.</p> <p>Os temas abordados incluem explicações sobre os riscos das doenças evitáveis pela vacinação e os benefícios da vacinação, bem como informações sobre a segurança e o acesso à vacinação. A informação destinada aos diferentes grupos do público em geral é diferenciada de acordo com as suas necessidades. As informações destinadas aos profissionais de saúde incluem material cientificamente fundamentado sobre os benefícios da vacinação, informações sobre as características das vacinas e gravações de seminários em linha de interesse para os profissionais. Desta forma, o projeto pretende melhorar a preparação dos profissionais de saúde para aplicar a imunoprofilaxia da melhor forma possível e responder às preocupações dos doentes.</p>	Cálculo, Complacência, Confiança
Dinamarca [63,64]	Populações socialmente vulneráveis	<p>Durante o programa de vacinação contra a COVID-19, foram implementadas várias intervenções de envolvimento comunitário, incluindo vacinação temporária (<i>pop-up</i>) e a partilha de informações, a fim de chegar às populações socialmente vulneráveis com uma taxa de vacinação inferior à média. Eis uma seleção dessas intervenções:</p> <p>O Conselho Dinamarquês para os Refugiados criou uma linha direta onde os cidadãos pertencentes a minorias étnicas podem obter respostas às suas perguntas sobre a vacinação contra a COVID-19 na sua língua materna e através de funcionários que conhecem e compreendem o seu contexto cultural.</p> <p>Uma rede de médicos pertencentes a minorias étnicas realizou sessões de vacinação temporária em áreas locais frequentadas pelo grupo-alvo.</p> <p>Estiveram presentes profissionais de saúde do Corpo de Diálogo sobre Saúde em locais de vacinação <i>pop-up</i>, por exemplo em escolas, liceus, espaços públicos, locais de trabalho e eventos culturais, para partilhar informações e responder a perguntas.</p>	Constrangimentos, Confiança
		<p>A Fundação para a Responsabilidade Social desenvolveu materiais informativos que foram distribuídos por «embaixadores» distritais voluntários, todos eles refletindo a composição do grupo-alvo em termos de género e de origem étnica.</p> <p>A vacinação <i>pop-up</i> foi disponibilizada a funcionários que trabalham em lojas em cadeia, onde a organização que representa as lojas disponibilizou instalações e pessoal, incluindo postos de vacinação em armazéns.</p> <p>A Cruz Vermelha ofereceu acompanhamento vacinal aos cidadãos vulneráveis em todos os municípios e estava presente nos locais de vacinação.</p> <p>A cooperação com a associação de habitação social («Danmarks Almene Boliger») permitiu que os seus empregados e residentes fossem informados sobre a vacinação através de artigos e outros canais de comunicação social.</p> <p>Foi realizada uma avaliação qualitativa das experiências dos esforços específicos envidados. Embora não tenha sido possível estabelecer onexo de causalidade, os dados de monitorização a nível local revelaram um aumento da cobertura vacinal de antes para depois dos esforços específicos.</p>	

		Uma aprendizagem importante foi que os locais de vacinação instantânea são significativamente menos bem-sucedidos se não forem acompanhados de um esforço substancial no que diz respeito ao envolvimento da comunidade e à partilha de informações.	
Estónia	Idosos, Grupos de risco	<p>O Fundo de Seguro de Saúde enviou mensagens personalizadas de lembrete da vacinação contra a gripe e a COVID-19 por telemóvel aos idosos e a outros grupos de risco. Foram identificados indivíduos que se enquadram nos grupos de risco-alvo para a gripe e a COVID-19 e foi criado um sistema de mensagens por telemóvel para enviar atempadamente lembretes aos grupos identificados com informações sobre quando e onde devem ser vacinados. Esta intervenção foi concebida devido à necessidade de responder a questões sobre quando, onde e quem deve ser vacinado, e de reforçar as campanhas existentes nas redes sociais e nos meios de comunicação tradicionais. A intervenção começou há dois anos e prossegue atualmente durante a época da gripe.</p> <p>As reações informais da população em geral e dos profissionais de saúde foram positivas, apontando esta como uma medida abrangente para melhorar a adesão à vacinação.</p>	Constrangimentos, Complacência
Finlândia	Crianças (com idade igual ou inferior a 6 anos), pais/cuidadores	<p>Foi levada a cabo uma iniciativa de vacinação contra a gripe nos centros de dia com vacinadores de centros de saúde municipais. Os grupos-alvo da vacinação incluíam as crianças com cinco anos de idade ou menos, bem como as crianças de 6 anos de idade que passam algum tempo em creches antes e depois do ensino pré-escolar, e os seus pais e prestadores de cuidados, caso pertencessem a grupos de risco. A intervenção teve lugar em Etelä-Savo entre 2020 e 2022. O objetivo era proteger as crianças e a comunidade da gripe, que pode propagar-se facilmente, especialmente em ambientes fechados como as creches. Foram afixados cartazes nas creches para informar os pais de que estava a ser oferecida vacinação, sem necessidade de marketing adicional. Não foram necessárias marcações separadas, sendo a vacina administrada no momento em que a criança é deixada ou recolhida na creche.</p> <p>Foi possível chegar a muitas famílias com filhos com recursos mínimos e a cobertura vacinal aumentou a nível local.</p>	Constrangimentos, Complacência
Finlândia	Público em geral, adultos (a partir de 18 anos)	<p>Em muitas cidades, por exemplo Espoo e Tampere, foram disponibilizadas vacinas em grandes centros comerciais. O pessoal era proveniente do centro de saúde do município/cidade, sendo as vacinas distribuídas pelo centro farmacêutico/farmácia hospitalar local. Considerou-se que a localização central e de fácil acesso dos centros comerciais os torna um local conveniente para a administração de vacinas. Quando a vacinação é oferecida em locais facilmente acessíveis, pode aumentar a cobertura vacinal e ajudar a proteger as comunidades contra a gripe e a COVID-19, poupando tempo e esforço às pessoas. Receber vacinação num ambiente familiar, como num centro comercial, pode reduzir o stress e a ansiedade associados aos procedimentos médicos.</p> <p>O elevado fluxo de clientes nos centros comerciais permite que as vacinas sejam administradas a um grande número de pessoas num curto período de tempo. No entanto, as iniciativas de vacinação organizadas em centros comerciais requerem um bom planeamento e organização para garantir que tudo corra de forma segura e eficaz.</p> <p>Através de discussões com as zonas onde esta opção foi implementada a partir de 2020-22, tornou-se claro que os residentes dessas zonas estavam satisfeitos com esta opção. As pessoas não precisavam de planear tempo extra para serem vacinadas, uma vez que a vacinação era feita a par de outras tarefas.</p>	Constrangimentos
Grécia [65]	Populações residentes em zonas remotas, populações socialmente vulneráveis	<p>Desde janeiro de 2021, foram implementadas muitas ações para facilitar o acesso à vacinação contra a COVID-19 a todos os cidadãos. O programa de imunização foi implementado em zonas remotas e ilhas através do desenvolvimento de centros de vacinação adicionais.</p> <p>O programa de vacinação em casa, em que participaram médicos do setor privado e unidades móveis de imunização, foi desenvolvido</p>	Constrangimentos

		para facilitar a vacinação das pessoas que não podiam ir a um centro de vacinação, incluindo grupos vulneráveis da população, como refugiados, migrantes e pessoas ciganas. Para apoiar este projeto, foi desenvolvida uma nova aplicação de <i>software</i> para o planeamento e registo de consultas por médicos e centros de saúde privados. Foram recolhidos dados relativos à vacinação através da implementação, pela primeira vez, de um registo eletrónico de imunização (IIS).	
Irlanda [66]	Profissionais de saúde, mulheres grávidas	<p>A intervenção visou aumentar a aceitação da vacinação entre as mulheres grávidas, respondendo às suas perguntas e preocupações, com destaque para o desenvolvimento de materiais e formação para as parteiras. Foi criado um fórum nacional para ouvir e compreender as preocupações das mulheres e para desenvolver materiais em colaboração com os tutores das parteiras, incluindo vídeos para apoiar as parteiras na sua comunicação com as pacientes. As parteiras são vozes de confiança que são influentes no apoio às mulheres durante a gravidez. Além disso, foram realizados seminários em linha regulares com os agentes comunitários de saúde para os apoiar no seu papel de principais mensageiros do programa de vacinação contra a COVID-19, para que possam também responder rapidamente a questões com factos e apoio.</p> <p>Foi realizado um trabalho de colaboração com ONG que representam comunidades vulneráveis, como a comunidade itinerante (por exemplo, Pavee Point), e com profissionais de saúde para desenvolver vídeos com conselhos claros e exatos em 10 línguas. A vacina foi disponibilizada nas farmácias e em algumas maternidades. As atividades tiveram lugar de setembro a dezembro de 2021 em hospitais de maternidade e farmácias. Alguns serviços de maternidade instalaram clínicas de vacinação em maternidades com uma elevada taxa de aceitação. Durante a intervenção, registou-se uma taxa de adesão de 58 % entre as grávidas internadas e de 77 % entre os seus parceiros.</p>	Confiança, Constrangimentos
Irlanda [67]	Populações socialmente vulneráveis	<p>Entre 2021 e 2023, foi criado um fórum comunitário para as organizações de migrantes, a fim de partilhar atualizações sobre o programa de vacinação contra a COVID-19, compreender as suas necessidades e apoiar os seus pedidos de apoio. Em 2022, quase 12 % da população irlandesa eram cidadãos não irlandeses. O objetivo era apoiar todas as pessoas que viviam na Irlanda e que eram elegíveis para a vacinação contra a COVID-19 e compreender as suas necessidades de informação, tendo em conta a língua, o formato da informação e a forma como falamos sobre vacinas e abordamos as preocupações e questões.</p> <p>As atividades incluíam uma reunião mensal em linha com grupos comunitários para ouvir as suas preocupações e responder às perguntas que recebiam dos seus membros, e uma atualização semanal sobre a atividade de campanha do serviço de saúde partilhada por correio eletrónico para os grupos partilharem com os seus membros. Foi também ministrada à comunidade uma formação adaptada sobre entrevistas motivacionais. Foi disponibilizado um pequeno montante de financiamento a grupos comunitários para desenvolver materiais para as comunidades.</p>	Constrangimentos, Confiança
Irlanda [68]	Público em geral, populações socialmente vulneráveis	<p>O objetivo foi tornar a vacina contra a COVID-19 acessível ao maior número possível de pessoas e reduzir o peso da doença. As atividades em curso a partir de 2021 incluem clínicas na comunidade, aconselhamento sobre os riscos da doença COVID-19 e os benefícios da vacinação contra a COVID-19, e múltiplas oportunidades para receber a vacinação contra a COVID-19.</p> <p>Foi dada especial atenção às pessoas que vivem em contextos congregados, fornecendo vacinas nesses contextos (por exemplo, pessoas que vivem em prisões, centros de cuidados continuados e refugiados que procuram proteção) e aos que vivem em populações vulneráveis (por exemplo, pessoas que acedem a serviços sem abrigo). O acesso à vacinação contra a COVID-19 também foi concedido em contextos em que ocorreram surtos, por exemplo em instalações de acondicionamento de carne.</p> <p>Foram instaladas clínicas móveis de vacinação em locais comunitários acessíveis e centros comerciais. A vacina está</p>	Constrangimentos

		<p>disponível gratuitamente para as pessoas elegíveis nas farmácias participantes, bem como nos consultórios dos médicos de clínica geral.</p> <p>Os surtos foram reduzidos em resultado da elevada taxa de vacinação. Criou-se confiança com as comunidades através da compreensão e da resposta às suas preocupações. A acessibilidade da vacinação foi um ponto central na análise da forma como as clínicas de vacinação devem ser estabelecidas.</p> <p>Foram também enviadas mensagens de texto e lembretes por correio eletrónico aos grupos elegíveis.</p>	
Lituânia [69]	Profissionais de saúde	<p>Uma intervenção para aumentar a vacinação dos grupos de risco contra a COVID-19, incluindo um incentivo financeiro para as profissões do setor da saúde instarem as pessoas em risco a atualizarem a vacinação contra a gripe sazonal e a COVID-19 na mesma visita. Os grupos de risco a quem é recomendada a vacinação incluem pessoas com doenças crónicas, com mais de 65 anos de idade, profissionais de saúde, indivíduos que vivem em lares de idosos e mulheres grávidas.</p> <p>A vacinação contra a COVID-19 pode ser administrada em todos os estabelecimentos de cuidados de saúde pessoais que disponham de vacinas contra a COVID-19, e não necessariamente no estabelecimento de cuidados de saúde pessoais onde a pessoa está registada. O registo para vacinação é efetuado através do Sistema Avançado de Registo de Doentes (IPR IS); a vacinação contra a COVID-19 é gratuita para todos.</p>	Constrangimentos
Eslováquia [70]	Grupos socialmente vulneráveis	<p>Foi realizada uma campanha para abordar os obstáculos à vacinação contra a COVID-19 específicas do distrito de Rožňava, uma área com aldeias escassamente povoadas a grandes distâncias umas das outras, com o objetivo de abordar a desinformação e a baixa sensibilização para os benefícios da vacinação. Os principais grupos-alvo foram os grupos marginalizados e minoritários, ou seja, comunidades ciganas e uma minoria húngara. A campanha teve lugar entre maio de 2021 e março de 2022 e envolveu equipas móveis de vacinação que visitaram cidades, pequenos municípios, locais de trabalho e lares e se reuniram com representantes de locais com baixas taxas de vacinação e dias adicionais de vacinação nos hospitais. Foi criada uma linha telefónica para o registo para efeitos de vacinação e resposta a perguntas sobre a vacinação. Foram fornecidas informações específicas através de folhetos disponíveis em várias línguas, de anúncios televisivos, de uma página Web da campanha e de publicações nas redes sociais.</p> <p>O resultado desta intervenção foi o aumento das taxas de vacinação de 21 % em maio de 2021 para 42 % em março de 2022 no distrito de Rožňava, com uma variação de 13 a 60 % em diferentes municípios. Outros serviços regionais de saúde pública na Eslováquia mostraram interesse em aplicar os ensinamentos desta experiência às suas próprias atividades.</p>	Confiança, Constrangimentos, Complacência
Suécia	Grupos de risco	<p>Os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos que pertencem aos grupos de risco médico para vacinação contra a gripe são identificados através de registos de saúde eletrónicos (com base nos códigos ICD-10). São-lhes enviadas informações sobre a vacinação contra a gripe sazonal por carta. Isto ocorre anualmente antes da campanha de vacinação contra a gripe sazonal.</p> <p>Ao fornecer as informações diretamente às pessoas em causa, os profissionais de saúde podem encorajá-las e, assim, aumentar a cobertura da vacinação.</p>	Constrangimentos
Roménia	População geral, grupos de risco	<p>A vacinação contra a gripe foi ministrada nas farmácias comunitárias, juntamente com um programa de formação para farmacêuticos para promover e ministrar a vacinação contra a gripe. As farmácias foram autorizadas a fornecer a vacinação contra a gripe, tendo sido promovidas as que prestaram este serviço.</p> <p>Na Roménia, a adesão à vacinação contra a gripe é baixa, tanto entre os grupos de risco como entre a população em geral. Esta intervenção, com início em 2022-2023, visava aumentar o acesso à</p>	Constrangimentos

		vacinação contra a gripe, especialmente para a população em geral, e reduzir a circulação comunitária dos vírus da gripe.  Um número crescente de farmacêuticos recebeu formação. O número de farmácias inscritas também aumentou, assim como o número de vacinações contra a gripe efetuadas nas farmácias.	
--	--	--	--

### Quadro 6. Intervenções sobre vacinação contra outras doenças (mpox, tosse convulsa)

Estado-Membro	Público-alvo	Descrição da intervenção	Cês correspondentes
Finlândia [71]	Grupos de risco de mpox	<p>Em 2022, a vacinação contra a mpox foi administrada ao pessoal do Ponto VIH nas suas instalações. O Ponto VIH é gerido pela Fundação Finlandesa do VIH e tem por objetivo promover a saúde, o bem-estar e a igualdade das pessoas mais afetadas pelo VIH, centrando-se na prevenção do VIH e de outras infeções sexualmente transmissíveis. São prestados serviços de testes, apoio e aconselhamento a pessoas com VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis. As pessoas podem receber a vacinação de forma anónima e obter informações sobre o VIH e a hepatite B.</p> <p>Os indivíduos ficaram satisfeitos com o serviço. O Ponto VIH foi considerado um local seguro onde os indivíduos do grupo de risco se podiam dirigir para serem vacinados sem serem isolados ou estigmatizados.</p>	Constrangimentos
Noruega [72,73]	Mulheres grávidas, profissionais de saúde materna	<p>A intervenção centrou-se em capacitar os profissionais de saúde para vacinar as mulheres grávidas contra a tosse convulsa. As atividades incluíram a adaptação das orientações de cuidados pré-natais, a inclusão da vacinação materna no currículo das parteiras, uma alteração regulamentar para dar às parteiras direitos de requisição de vacinas e esclarecimentos jurídicos sobre a vigilância adequada da cobertura, eficácia e segurança da vacinação (ou seja, acesso legal a dados pessoais de vários registos de saúde centrais). A intervenção tem âmbito nacional e é administrada durante o controlo pré-natal de rotina na 24.<sup>a</sup> semana da gravidez. As grávidas que já ultrapassaram a 24.<sup>a</sup> semana também podem receber uma vacina de atualização na consulta de controlo seguinte.</p> <p>Foram realizados inquéritos sobre as atitudes, as intenções e as necessidades de informação dos profissionais de saúde e das mulheres grávidas relativamente à vacinação contra a tosse convulsa materna, a fim de informar o planeamento da intervenção. Além disso, foram envolvidos sindicatos dos profissionais de saúde e também foram enviadas cartas aos municípios antes e durante a implementação. A implementação teve início em maio de 2024.</p> <p>Durante os primeiros seis meses da intervenção, foram vacinadas 27 058 mulheres grávidas do grupo-alvo, o que corresponde a uma taxa de cobertura estimada de 69 %.</p>	Confiança, Constrangimentos

**Quadro 7. Intervenções plurinacionais financiadas pela UE ou parcialmente financiadas pela UE**

Países	Público-alvo	Descrição da intervenção	Cês correspondentes
França, Alemanha, Roménia, Reino Unido [36,74]	Profissionais de saúde	<p>O JITSUVAX (Jiu Jitsu com desinformação na era da COVID-19) é um projeto financiado pelo Horizonte 2020 da UE, coordenado pela Universidade de Bristol, que trabalha com cinco outras instituições da UE, bem como uma no Canadá. O projeto decorrerá entre abril de 2021 e março de 2025.</p> <p>Uma estrutura de quatro passos para melhorar os diálogos sobre vacinação entre os profissionais de saúde e o público, designada por técnica da Entrevista Refutacional Empática (ERI), foi desenvolvida e testada através de estudos em linha com membros do público preocupados com a vacinação, e depois implementada como uma intervenção de formação no Reino Unido, França, Alemanha e Roménia.</p> <p>A intervenção incluiu formação dos profissionais de saúde para utilizar a ERI e a avaliação do impacto do ensino desta técnica nas competências e na confiança dos profissionais de saúde, bem como do subsequente impacto na confiança, nas atitudes e na aceitação dos doentes em relação à vacinação. A ERI tem os seus alicerces em entrevistas motivadoras, mas visa, além disso, combater diretamente a desinformação sobre a vacinação.</p> <p>A intervenção foi realizada entre 2022 e 2024. Os testes em linha revelaram que as pessoas preocupadas com a vacinação eram mais recetivas a um profissional de saúde que utilizasse a abordagem da ERI do que uma abordagem de controlo de respostas factuais diretas às ideias erradas sobre a vacinação.</p> <p>As intervenções de formação nos quatro países revelaram que a formação em ERI aumentou as competências e a confiança dos profissionais de saúde para conversarem sobre a vacinação e abordarem a desinformação.</p> <p>A intervenção da ERI foi parcialmente apoiada pela subvenção 964728 (JITSUVAX) do programa de investigação e inovação Horizonte 2020 da União Europeia.</p>	Confiança, Cálculo
Grécia, Polónia, Países Baixos, Eslováquia [34]	Comunidades desfavorecidas	<p>Reduzir as desigualdades na adoção de vacinas na região europeia — Envolver as comunidades desfavorecidas (RIVER-EU) é um projeto de cinco anos financiado pela UE (2021-2026) que implementou várias intervenções para fazer face aos obstáculos do sistema de saúde à vacinação de grupos mal servidos em quatro países europeus: Grécia, Polónia, Países Baixos e Eslováquia.</p> <p>O RIVER-EU começou por estudar os obstáculos e os fatores que facilitam o acesso à vacinação em cada grupo mal servido, com base nos elementos constitutivos do sistema de saúde da OMS [75]. Além disso, uma revisão realista identificou 36 intervenções eficazes dos sistemas de saúde para melhorar a taxa de vacinação nas comunidades desfavorecidas. Com base nessas conclusões, foi realizada uma «investigação participativa sobre a transferibilidade» em cada contexto, a fim de identificar e selecionar intervenções úteis e potencialmente transferíveis para ultrapassar os obstáculos e reforçar os fatores de promoção, em colaboração com todos os grupos de partes interessadas relevantes do respetivo contexto-alvo [76].</p> <p>As partes interessadas incluíam, por exemplo, pais, adolescentes, profissionais de saúde, professores, autoridades médicas e autoridades locais, ONG e decisores políticos. A intervenção independentemente considerada mais útil e selecionada por todos os países foi uma «intervenção de promoção da saúde». Os promotores de saúde tiram partido do seu alinhamento cultural e linguístico com a comunidade desfavorecida para fornecer informações personalizadas sobre a vacinação, ajudar a superar os obstáculos específicos da comunidade, criar confiança e ajudar as pessoas a navegar no sistema de saúde para aceder à vacinação. Além disso, foram</p>	Confiança, Constrangimentos, Complacência, Cálculo

		<p>consideradas individualmente outras abordagens de intervenção de outras intervenções baseadas em dados concretos, dependendo do contexto específico [76].</p> <p>Com base nas evidências dos promotores de saúde noutros contextos, cada país adaptou a intervenção com elementos e formas de execução específicos para implementação no seu contexto específico, utilizando os resultados da análise participativa da transferibilidade [77,78]. Em todos os contextos, o envolvimento dos profissionais de saúde, principalmente médicos, foi um aspeto importante da aceitabilidade. Os profissionais de saúde receberam formação como promotores de saúde (Polónia), foram acompanhados por um promotor de saúde (Grécia, Países Baixos) ou estiveram presentes para fornecer informações médicas especializadas quando necessário (Eslováquia). A principal conclusão comum foi que a intervenção é adaptável, flexível e responde às necessidades da comunidade no local para eliminar os obstáculos de acesso à vacinação.</p> <p>O RIVER-EU tem mantido um foco nas perspetivas dos próprios membros da comunidade através de investigação participativa.</p>	
Chipre, Alemanha, Grécia, Itália, Malta, Polónia, Roménia, Espanha [35]	Professionals FOR Health (PFH), todos os profissionais de saúde e de assistência social envolvidos na vacinação de migrantes recém-chegados	<p>O acesso à vacinação para migrantes recém-chegados (AcToVax4NAM) foi um projeto de três anos e meio, financiado pelo Programa EU4Health.</p> <p>O projeto AcToVax4NAM utilizou uma metodologia abrangente e multifacetada destinada a melhorar o acesso e a adesão à vacinação entre os migrantes recém-chegados à UE/EEE. O projeto desenvolveu uma ferramenta de estrutura concetual abrangente que representa todo o processo de vacinação, dividindo-o em cinco eixos: direito, acessibilidade, adesão, realização e avaliação. A ferramenta é útil para caracterizar os obstáculos do sistema e propor soluções para as ultrapassar.</p> <p>Para reforçar as capacidades dos profissionais de saúde e de assistência social, a AcToVax4NAM concebeu uma formação especializada e específica para cada país, centrada nas questões da Literacia Organizacional em matéria de Vacinas e da Competência Cultural.</p> <p>Outras ferramentas desenvolvidas incluem um Glossário de Termos Essenciais sobre Vacinação, que visa aumentar a capacidade de resposta do sistema de saúde a questões de literacia em matéria de vacinas, informando e partilhando, de uma forma facilmente utilizável, informações essenciais relacionadas com as vacinas.</p> <p>O glossário destina-se principalmente a todos os profissionais não ligados à saúde que se deparam com migrantes recém-chegados no seu trabalho diário e, por conseguinte, podem promover a sua saúde e convidá-los para a vacinação. Foram também produzidos fluxogramas para ajudar os países a identificar obstáculos específicos e a aplicar soluções específicas no seu contexto particular. Está também disponível uma base de dados de fácil utilização de ferramentas identificadas e recentemente desenvolvidas.</p> <p>Todos os resultados do projeto, juntamente com as soluções testadas e as recomendações finais, estão disponíveis no sítio Web do projeto.</p>	Constrangimentos

## Como utilizar o quadro das 5 etapas da OMS para estruturar o desenvolvimento de estratégias e intervenções de aceitação da vacinação

As «5 etapas para a aplicação da ciência comportamental» da OMS são um quadro passo-a-passo que pode ser útil para estruturar o desenvolvimento de estratégias e intervenções de aceitação da vacinação [2]. Utiliza uma abordagem de «pensamento sistémico» — que tem em conta a forma como as diferentes partes de um sistema interagem e se influenciam mutuamente — para abordar a complexidade das questões de saúde pública. A presente secção fornece instruções sobre a forma como o quadro das 5 etapas pode ser aplicado ao desenvolvimento de estratégias e intervenções de aceitação da vacinação, incluindo a forma de incorporar os instrumentos e métodos apresentados no presente relatório nesse processo.

As 5 etapas incluem:

- Etapa 1: **definição** do problema em termos de comportamento;
- Etapa 2: **diagnóstico** dos fatores facilitadores e os obstáculos ao comportamento identificado;
- Etapa 3, **conceção** da estratégia para ter em conta as necessidades dos públicos específicos;
- Etapa 4: **implementação** da estratégia e
- Etapa 5: **avaliação** da intervenção a fim de obter a aprendizagem e proceder aos ajustamentos necessários.

### *Etapa 1: Definição*

O primeiro passo consiste em selecionar um comportamento visado para intervenção, tendo em conta o impacto provável da mudança de comportamento no resultado que se pretende influenciar e a viabilidade de alterar o comportamento e medir a mudança. A definição de um comportamento-alvo que seja o mais específico possível facilitará a orientação do desenvolvimento e da avaliação da intervenção.

Em termos simples, para definir o problema em termos de comportamento, considere «quem» tem de fazer «o quê» de forma diferente, bem como «onde», «quando» e «com que frequência» isso deve ser feito. É importante ter em conta o comportamento de outras pessoas, bem como o comportamento do grupo-alvo.

Considere as seguintes questões:

- De quem é o comportamento que é preciso mudar?
- Qual é o comportamento que é preciso mudar? Quem precisa de fazer o quê de forma diferente?
- Onde precisam de fazê-lo?
- Quando e com que frequência precisam de fazê-lo?

### *Etapa 2: Diagnóstico*

A segunda etapa consiste em diagnosticar os obstáculos e os fatores que facilitam o comportamento desejado, quer se trate da adoção de um comportamento desejado, da cessação de um comportamento indesejado ou da alteração de um comportamento. Os obstáculos e os facilitadores podem situar-se dentro da pessoa (por exemplo, capacidades, motivações), no seu ambiente social e cultural (por exemplo, o que os outros fazem/esperam, consciente ou inconscientemente), ou noutra contexto (por exemplo, infraestruturas, acessibilidade).

A ferramenta de inquérito (secção 2.1), que se baseia no modelo dos 5 Cês (Complacência, Conveniência, Confiança, Cálculo e Responsabilidade Coletiva), apoia a recolha de dados para diagnosticar os obstáculos e os facilitadores da vacinação, permitindo assim compreender o que é necessário mudar para aumentar a adesão. A ferramenta de inquérito pode ser utilizada de forma transversal (um ponto cronológico) ou longitudinal (ao longo do tempo).

A ferramenta de inquérito inclui perguntas quantitativas e qualitativas, bem como perguntas para recolher informações sociodemográficas. A combinação de questões quantitativas e qualitativas numa abordagem de métodos mistos ajudará a fornecer informações mais aprofundadas a partir de múltiplas perspetivas, ajudando a identificar melhor as áreas para intervenções específicas.

Mesmo num contexto de escassez de competências e de recursos, o diagnóstico é uma etapa que deve ser sistematicamente coberta antes de se avançar para a conceção de estratégias e intervenções eficazes.

Considere as seguintes questões:

- Quais são os obstáculos comportamentais e os fatores que facilitam a aceitação da vacinação?
- Quais dos 5 Cês são importantes para o(s) grupo(s) populacional(is) visado(s) relativamente à vacinação específica?
- Mais do que um dos 5 Cês é importante para alguns grupos populacionais em relação à vacinação específica?

### *Etapa 3: Conceção*

Os resultados da Etapa 2 (Diagnóstico) fornecem a base para a conceção das estratégias e intervenções com maior probabilidade de ter um impacto positivo na vacinação. O acervo de intervenções para aumentar a aceitação da

vacinação, apresentada anteriormente na presente secção, fornece exemplos concretos que podem inspirar e fundamentar a conceção de estratégias e intervenções adaptadas a determinados Cês.

As estratégias e intervenções devem ser adaptadas para satisfazer as necessidades e preferências específicas da população-alvo. Devem ser concebidas em conjunto com a população-alvo e as partes interessadas pertinentes e são suscetíveis de ter maior impacto quando incluem uma combinação de intervenções que podem funcionar de forma sinérgica, em conjunto.

Considere as seguintes questões:

- Que estratégias e intervenções poderiam motivar e/ou facilitar o comportamento visado?
- As estratégias e intervenções são aceitáveis e adequadas às necessidades e preferências únicas da população-alvo?
- As estratégias e intervenções selecionadas envolvem uma combinação de abordagens sinérgicas, abrangendo, por exemplo, mais do que um dos 5 Cês?

#### **Etapa 4: Implementação**

O passo seguinte é planear a implementação de uma estratégia ou intervenção em termos de quê, onde, quando e quem. Pode ser útil um plano de intervenção pormenorizado, que inclua componentes específicas (por exemplo, modo de execução, prestador de serviços, contexto) e potenciais obstáculos e fatores facilitadores relacionados com cada componente. Tirar partido das sinergias com outras iniciativas locais, nacionais e internacionais, como a Semana Europeia da Imunização, pode ajudar a aumentar o alcance e o apoio [80].

A co-conceção com o público-alvo pode ser aproveitada para aumentar as hipóteses de uma implementação bem-sucedida. Para além de ajudar a aumentar a aceitabilidade junto do seu público-alvo e de outras partes interessadas importantes (como quem fornece a vacina), trabalhar com representantes do público-alvo pode também ajudar a identificar importantes obstáculos e facilitadores da implementação.

Exemplos de obstáculos e fatores facilitadores da implementação incluem:

- Custos para as pessoas que acedem à intervenção, por exemplo, trata-se de uma intervenção de baixo custo/elevado custo para o seu público-alvo?
- Integração num sistema mais vasto, por exemplo, de que forma a sua intervenção se integra nos processos de trabalho existentes? Conta com a adesão de outras partes interessadas?
- Constrangimentos tecnológicos, por exemplo, o seu público-alvo tem acesso à Internet e possui competências de literacia digital?
- Constrangimentos de tempo, por exemplo, o seu público-alvo tem tempo para participar na intervenção?
- Contexto político, por exemplo, de que forma o contexto político mais amplo pode ter impacto na sua intervenção?
- Acesso físico, por exemplo, o seu público-alvo é fisicamente capaz de aceder à intervenção ou é demasiado móvel em termos de mudanças de local?

Considere as seguintes questões:

- De que forma será realizada a intervenção, por exemplo, presencialmente, através de meios digitais, meios impressos, aplicação móvel?
- Que conteúdo deve ser fornecido?
- Quem irá transmitir o conteúdo?
- Onde é que a implementação terá lugar?
- Qual o período de tempo em que terá lugar a implementação?

#### **Etapa 5: Avaliação**

A avaliação é uma componente essencial de qualquer estratégia ou intervenção, a fim de compreender se os objetivos estão a ser atingidos, demonstrar o impacto e fundamentar quaisquer ajustamentos necessários ao longo do processo. Em termos concretos, a avaliação pode ajudar a

- Recolher evidências sobre a eficácia de uma intervenção;
- Compreender por que é que funcionou (ou não) e para quem;
- Identificar resultados inesperados;
- Estimar a possibilidade de generalização de um programa;
- Justificar a utilização dos recursos;
- Efetuar ajustamentos ou melhorias na intervenção com base no acompanhamento e na avaliação.

Existem três tipos principais de avaliação relacionados com as diferentes fases da estratégia ou intervenção:

- Avaliação do processo — Que tipo de atividades relacionadas com a estratégia ou a intervenção podem ser monitorizadas?

- Avaliação dos resultados — É possível tirar conclusões sobre o efeito das estratégias e intervenções, geralmente através de comparações entre o antes (a intervenção) e o depois (por exemplo, alterações nos conhecimentos, atitudes ou comportamentos)?
- Avaliação de impacto: Que impacto tiveram as estratégias e intervenções na adesão à vacinação (por exemplo, potenciais alterações na cobertura da vacina na população em risco)?

A avaliação em menor escala pode gerar dados e perspectivas úteis para aperfeiçoar e contextualizar uma estratégia ou uma intervenção para permitir um maior impacto na saúde antes da sua generalização. Os dados podem ser recolhidos a partir de várias fontes, incluindo a análise de documentos, bem como a recolha de dados primários utilizando métodos qualitativos e/ou quantitativos.

A OMS publicou orientações pormenorizadas sobre como avaliar o impacto das intervenções que abordam os comportamentos de saúde, incluindo considerações e ferramentas [81].

Considere as seguintes questões:

- A estratégia ou intervenção é viável e aceitável?
- A estratégia ou intervenção foi realizada conforme previsto?
- Que mudanças no comportamento-alvo podem ser observadas e podem ser atribuídas à estratégia ou intervenção?

# Referências

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Facilitating COVID-19 vaccination acceptance and uptake in the EU/EEA. Stockholm: ECDC, 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/facilitating-covid-19-vaccination-acceptance-and-uptake>
2. World Health Organization (WHO). Principles and steps for applying a behavioural perspective to public health. Geneva: WHO; 2021. Available at: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/bi-tag-technical-note1\\_principles-and-steps.pdf?sfvrsn=efdefb39\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/bi-tag-technical-note1_principles-and-steps.pdf?sfvrsn=efdefb39_5&download=true)
3. Boyce T, Gudorf A, de Kat C, Muscat M, Butler R, Habersaat KB. Towards equity in immunisation. Euro Surveill. 2019;24(2):1800204. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800204>
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Threat assessment brief: Measles on the rise in the EU/EEA – Considerations for public health response. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-brief-measles-rise-eueea-considerations-public-health-response>
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Increase of pertussis cases in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/increase-pertussis-cases-eueea>
6. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/survey-report-national-seasonal-influenza-vaccination-recommendations>
7. European Commission (EC). Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination. Brussels: EC; 2009. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2009/1019/oj>
8. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 vaccination coverage in the EU/EEA during the 2023–24 season campaigns. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-vaccination-coverage-eueea-during-2023-24-season-campaigns-1-september>
9. World Health Organization (WHO). Immunisation Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. Geneva: WHO; 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
10. Dubé E, Gagnon D, MacDonald N, Bocquier A, Peretti-Watel P, Verger P. Underlying factors impacting vaccine hesitancy in high income countries: a review of qualitative studies. Expert Rev Vaccines. 2018 Nov;17(11):989-1004.
11. Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data – 2015–2017. Vaccine. 2018 Jun 18;36(26):3861-7.
12. Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S. Addressing the vaccine confidence gap. Lancet. 2011 Aug 6;378(9790):526-35.
13. Vaccination Acceptance Research Network (VARN) – Sabin Vaccine Institute. VARN2022: Shaping Global Vaccine Acceptance with Localized Knowledge. Washington, DC: Sabin Vaccine Institute; 2022. Available at: <https://www.sabin.org/global-immunization/vaccination-acceptance-research-network/varn2022-conference>
14. Dudley MZ, Privor-Dumm L, Dubé È, MacDonald NE. Words matter: Vaccine hesitancy, vaccine demand, vaccine confidence, herd immunity and mandatory vaccination. Vaccine. 2020 Jan 22;38(4):709-11.
15. World Health Organization (WHO). Behavioural and social drivers of vaccination: tools and practical guidance for achieving high uptake. Geneva: WHO; 2022. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049680>
16. MacDonald SE, Russell ML, Liu XC, Simmonds KA, Lorenzetti DL, Sharpe H, et al. Are we speaking the same language? an argument for the consistent use of terminology and definitions for childhood vaccination indicators. Hum Vaccin Immunother. 2019;15(3):740-7.
17. Dubé È, Ward JK, Verger P, MacDonald NE. Vaccine Hesitancy, Acceptance, and Anti-Vaccination: Trends and Future Prospects for Public Health. Annu Rev Public Health. 2021 Apr 1;42:175-91.

18. 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.
19. Geiger M, Rees F, Lilleholt L, Santana AP, Zettler I, Wilhelm O, et al. Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *Eur J Psychol Assess*. 2022;38(4):261-9.
20. Rees F, Geiger M, Lilleholt L, Zettler I, Betsch C, Böhm R, et al. Measuring parents readiness to vaccinate themselves and their children against COVID-19. *Vaccine*. 2022 Jun 21;40(28):3825-34.
21. Lewandowsky S, Schmid P, Habersaat KB, Nielsen SM, Seale H, Betsch C, et al. Lessons from COVID-19 for behavioural and communication interventions to enhance vaccine uptake. *Commun Psychol*. 2023 Nov 24;1(1):35.
22. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015 Aug 14;33(34):4161-4.
23. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). 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>
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). E-learning: how to address online vaccination misinformation. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/e-learning-how-address-online-vaccination-misinformation>
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Effective communication around the benefit and risk balance of vaccination in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2024. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/effective-communication-around-benefit-and-risk-balance-vaccination-eueea>
26. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Communication on immunisation. Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-and-vaccines/communication>
27. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). European Vaccination Information Portal. Stockholm: ECDC; 2025. Available at: <https://vaccination-info.europa.eu/en>
28. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. Factsheet – Implementation of EU actions to boost vaccine confidence. Brussels: European Commission; 2022.
29. European Commission: Joint Research Centre, Hoffmann M, Baggio M, Krawczyk M. Vaccination demand and acceptance – A literature review of key behavioural insights. Publications Office of the European Union; 2023.
30. European Commission: Joint Research Centre, Baggio M, Krawczyk M, Nohlen H, Pantazi M, et al. Applying lessons from behavioural sciences to vaccination acceptance and demand – Final report. Publications Office of the European Union; 2022. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2760/420194>
31. The Vaccine Confidence Project. State of vaccine confidence in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. Available at: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b89452df-6958-11ed-b14f-01aa75ed71a1/language-en>
32. Coalition for Vaccination. Brussels: 2025. Available at: <https://coalitionforvaccination.com>
33. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety. #UnitedInProtection. Brussels: European Commission. Available at: [https://vaccination-protection.ec.europa.eu/index\\_en](https://vaccination-protection.ec.europa.eu/index_en)
34. Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region (RIVER-EU). Reducing Inequalities in Vaccine uptake in the European Region – Engaging Underserved communities. RIVER-EU [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://river-eu.org/>
35. Access to vaccination for newly arrived migrants (Act2Vax4NAM). Results. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://www.accesstovaccination4nam.eu/results>
36. University of Bristol. The JITSUVAX Project – Jiu Jitsu with misinformation in the age of COVID-19. [Accessed 11 Apr 2025]. Available at: <https://jitsuvax.info>
37. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). TIP Tailoring Immunization Programmes. Copenhagen: WHO/Europe; 2019. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289054492>
38. 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.

39. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019 Apr 24;37(18):2494-501.
40. Oudin Doglioni D, Gagneux-Brunon A, Gauchet A, Bruel S, Olivier C, Pellissier G, et al. Psychometric validation of a 7C-model of antecedents of vaccine acceptance among healthcare workers, parents and adolescents in France. *Nature. Sci Rep* 2023;13:19895. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46864-9>
41. Marron L, Ferenczi A, O'Brien KM, Cotter S, Jessop L, Morrissey Y, et al. A national survey of parents' views on childhood vaccinations in Ireland. *Vaccine*. 2023 Jun 7;41(25):3740-54.
42. Luyten J, Bruyneel L, van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019;37(18):2494-501. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.041>.
43. Guest G, Namey E. Sampling: The foundation of good research. In *Sampling: The foundation of good research*. Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publications Inc; 2015. Available at: <https://doi.org/10.4135/9781483398839.n17>
44. Stickley T, O'Caithain A, Homer C. The value of qualitative methods to public health research, policy and practice. *Perspect Public Health*. 2022 Jul;142(4):237-40.
45. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 2018 Dec;24(1):9-18.
46. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *Br Dent J*. 2008 Mar 22;204(6):291-5.
47. Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. In B. Wildemuth (Ed.), *Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science*: Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009. Available at: [https://pages.ischool.utexas.edu/yanz/Content\\_analysis.pdf](https://pages.ischool.utexas.edu/yanz/Content_analysis.pdf)
48. Moira Maguire BD. Doing a thematic analysis: A practical, step-by-step guide for learning and teaching scholars. *Dundalk: All Ireland Journal of Higher Education*; 2017. Available at: <https://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335>
49. Michelle K, Jamieson GHG, Pownall M. Reflexivity in quantitative research: A rationale and beginner's guide. 2023;17(4). Available at: <https://doi.org/10.1111/spc3.12735>
50. Stahl NA, King JR. Understanding and Using Trustworthiness in Qualitative Research. *Journal of Developmental Education*. 2020;44(1).
51. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Sundhedsplejersker som vaccinations-ambassadører [Sundheds nurses as vaccination ambassadors]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2022. Available at: <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Graviditet-og-smaaboern/Barnets-sundhed/Vaccination-af-boern/Boernevaccinationsprogrammet/Sundhedsplejersker-som-vaccinationsambassadoerer>
52. Verger P, Cogordan C, Fressard L, Gosselin V, Donato X, Biferi M, et al. A postpartum intervention for vaccination promotion by midwives using motivational interviews reduces mothers' vaccine hesitancy, south-eastern France, 2021 to 2022: a randomised controlled trial. *Euro Surveill*. 2023 Sep;28(38): 2200819. Available at: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.38.2200819>
53. Garrison A, Fressard L, Mitilian E, Gosselin V, Berthiaume P, Casanova L, et al. Motivational interview training improves self-efficacy of GP interns in vaccination consultations: A study using the Pro-VC-Be to measure vaccine confidence determinants. *Hum Vaccin Immunother*. 2023 Dec 31;19(1):2163809.
54. Mitilian E, Gosselin V, Casanova L, Fressard L, Berthiaume P, Verger P, et al. Assessment of training of general practice interns in motivational interviews about vaccination. *Hum Vaccin Immunother*. 2022 Nov 30;18(6):2114253.
55. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Metod för att förstå förändringar i vaccinationstäckning och vaccinationsvilja [A method to understand changes in vaccination acceptance and uptake]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2024. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/kommunicera-om-vaccinationer/metod-for-att-forsta-forandringar-i-vaccinationstackning-och-vaccinationsvilja>
56. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Uppföljning av orsaker till lägre vaccinationstäckning [Follow-up of reasons for lower vaccination coverage]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2022. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/vaccinationer/nationella-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-vaccinationsprogram/uppfoljning-av-orsaker-till-lagre-vaccinationstackning/>

57. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Att prata om vaccination inom barnhälsovård, elevhälsa och andra verksamheter [To talk about vaccination in child healthcare, student health and other activities]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-prata-om-vaccination-inom-barnhalsovard-elevhalsa-och-andra-verksamheter-anvandarhandledning-for-verksamhet-som-erbjuder-vaccination>
58. Folkhälsomyndigheten [Swedish Public Health Agency]. Att prata om vaccination – fem steg för att utforska och möta frågor [Talking about vaccination – five steps to explore and meet questions]. Swedish. Stockholm: Folkhälsomyndigheten; 2023. Available at: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publikationer-och-material/publikationsarkiv/a/att-prata-om-vaccination-fem-steg-for-att-utforska-och-mota-fragor>
59. Mino Danmark. Homepage. Copenhagen.. [Accessed: 11 Apr 2025]. Danish. Available at: <https://mino.dk/>
60. Rieck T, Feig M, Deleré Y, Wichmann O. Utilization of administrative data to assess the association of an adolescent health check-up with human papillomavirus vaccine uptake in Germany. *Vaccine*. 2014 Sep 29;32(43):5564-9.
61. Robert Koch Institute Germany (RKI). Intervention Study to Increase HPV Vaccination Coverage in Germany. Berlin: RKI; 2023. Available at: <https://www.rki.de/EN/Topics/Infectious-diseases/Immunisation/Research-projects/invest-hpv.html?nn=16781014>
62. Bulgarian Ministry of Health. Специализиран сайт за имунизациите в България [Specialized site for immunizations in Bulgaria]. Bulgarian. Sofia: Bulgarian Ministry of Health [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://www.плюсмен.бг>
63. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Særligt målrettede vaccinationsindsatser [Specially targeted vaccination efforts]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2022. Available at: [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Corona/Vaccination/SAERLIGT-MAALRETTEDE-VACCINATIONSINDSATSER.ashx?sc\\_lang=da&hash=9D6B47A611387F5C363CEA4506EDAF43](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Corona/Vaccination/SAERLIGT-MAALRETTEDE-VACCINATIONSINDSATSER.ashx?sc_lang=da&hash=9D6B47A611387F5C363CEA4506EDAF43)
64. Sundhedsstyrelsen [Danish Health Authority]. Evaluering af den nære vaccinationsindsats [Evaluation of the vaccination efforts]. Danish. Copenhagen: Sundhedsstyrelsen; 2021. Available at: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/Corona/Vaccination/Evaluering-af-den-saerlige-vaccinationsindsats-i-uge-22-til-25-2021.ashx>
65. Government of Greece. Εμβολιασμός κατά της COVID-19 [Vaccination against COVID-19]. Greek. Athens: Government of Greece; 2022. Available at: <https://emvolio.gov.gr>
66. Leader reporter. Covid-19 vaccination clinic to open at University Maternity Hospital Limerick. Limerick: Limerick Live; 2021. Available at: <https://www.limerickleader.ie/news/coronavirus/666433/covid-19vaccinationclinic-to-open-at-university-maternity-hospital-limerick.html>
67. Health Service Executive (HSE) Ireland. Translated COVID-19 information. Dublin: HSE Ireland; 2024. Available at: <https://www.hse.ie/eng/services/covid-19-resources-and-translations/translated-covid19-information>
68. Niamh Griffin. Vaccine uptake among homeless people reaches 80%. Dublin, Cork: Irish Examiner; 2021. Available at: <https://www.irishexaminer.com/news/arid-40308689.html>
69. Official Statistics Portal Lithuania. Šaltojo sezono skiepai [Cold season starting]. Lithuanian. Vilnius: Official Statistics Portal Lithuania. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://osp.stat.gov.lt/skiepu-svieslente>
70. RÚVZ so sídlom v Rožňave [Rožňava Regional Health Office]. VIDEOSPOT - Vakcinačná kampaň RÚVZ Rožňava [Vaccination campaign of the Rožňava Regional Health Office]. Slovak. Rožňava: Rožňava Regional Health Office; 2021. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=ODsVbK2AUJs>
71. HIV Point. Homepage (English). Helsinki: HIV Point. [Accessed: 11 Apr 2025]. Available at: <https://hivpoint.fi/en>
72. Folkehelseinstituttet [Norwegian Institute of Public Health]. Kikhostevaksine til gravide [Whooping cough vaccine for pregnant women]. Norwegian. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Available at: <https://www.fhi.no/va/kikhostevaksine-til-gravide>
73. Folkehelseinstituttet [Norwegian Institute of Public Health]. Innføring av tilbud om gratis kikhostevaksine til gravide [Introduction of offer of free whooping cough vaccine for pregnant women]. Norwegian. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Available at: <https://www.fhi.no/va/kikhostevaksine-til-gravide/om-innforingen-av-kikhostevaksine-til-gravide/>
74. Holford D, Schmid P, Fasce A, Lewandowsky S. The empathetic refutational interview to tackle vaccine misconceptions: Four randomized experiments. *Health Psychology*. 2024;43(6):426-37.

75. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO; 2010. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/258734>
76. Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: a systematic review and thematic synthesis. *Implement Sci*. 2018 Jun 26;13(1):88.
77. Molokwu J, Dwivedi A, Mallawaarachchi I, Hernandez A, Shokar N. Tiempo de Vacunarte (time to get vaccinated): Outcomes of an intervention to improve HPV vaccination rates in a predominantly Hispanic community. *Prev Med*. 2019 Apr;121:115-20.
78. Parra-Medina D, Morales-Campos DY, Mojica C, Ramirez AG. Promotora Outreach, Education and Navigation Support for HPV Vaccination to Hispanic Women with Unvaccinated Daughters. *J Cancer Educ*. 2015 Jun;30(2):353-9.
79. Willis N, Hill S, Kaufman J, Lewin S, Kis-Rigo J, De Castro Freire SB, et al. 'Communicate to vaccinate': the development of a taxonomy of communication interventions to improve routine childhood vaccination. *BMC Int Health Hum Rights*. 2013 May 11;13:23.
80. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). European Immunization Week. Copenhagen: WHO/Europe; 2025. Available at: <https://www.who.int/europe/campaigns/european-immunization-week>
81. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO/Europe). Evaluating the impact of interventions addressing health behaviour: considerations and tools for policy-makers. Copenhagen: WHO/Europe; 2024. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-10200-49972-75147>

**European Centre for Disease  
Prevention and Control (ECDC)**

Gustav III:s Boulevard 40  
16973 Solna, Sweden

Tel. +46 858 60 10 00  
[ECDC.info@ecdc.europa.eu](mailto:ECDC.info@ecdc.europa.eu)

[www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)



Publications Office  
of the European Union