



## **Dar apoio aos países da LNCT na avaliação e abordagem da sua hesitação perante a vacinação:**

### **Relatório de entrevistas com partes interessadas nacionais**

Outubro de 2019. Versão 2.

de Graaf K, Paterson P, Larson HJ

Gostaríamos de agradecer aos participantes da entrevista nos países da LNCT pelo seu tempo e por terem estado dispostos a estarem envolvidos nas entrevistas aprofundadas e discussões em grupos focais.

Também gostaríamos de agradecer aos nossos financiadores e colaboradores:

Fundação Bill e Melinda Gates: Logan Brenzel

Gavi, Aliança global para vacinas: Joanna Wisniewska, Santiago Cornejo

Curatio International Foundation: Ivdity Chikovani, Salome Keshelashvili, Galyna Romaniuk, Mari Tvaliashvili

Results for Development Institute (R4D): Grace Chee, Leah Ewald, Leah List, Elizabeth Ohadi, Christina Shaw, Cristiana Toscano

## Índice

<b>Contexto</b> .....	3
<b>Propósito</b> .....	4
<b>Objetivos</b> .....	4
<b>Design</b> .....	4
<b>População do estudo, recrutamento e amostragem</b> .....	4
<b>Recolha de dados</b> .....	5
<b>Análise de dados</b> .....	6
<b>Considerações éticas</b> .....	6
<b>Resultados</b> .....	7
<b>Limitações</b> .....	26
<b>Resumo das conclusões</b> .....	27
<b>Recomendações e próximos passos</b> .....	27
<b>References and additional resources</b> .....	28

## Contexto

A Gavi, a Aliança global para vacinas (Gavi) proporciona apoio aos países ao cofinanciar a aquisição de vacinas e melhorias no sistema de saúde e proporcionando assistência técnica direcionada em colaboração com os seus parceiros. Os países qualificam-se para apoio da Gavi, Aliança global para vacinas, com base no seu rendimento nacional bruto per capita. À medida que os níveis de rendimento nacionais crescem, as suas obrigações de cofinanciamento aumentam lentamente de início e, depois, mais rapidamente, à medida que os países ultrapassam o limite de elegibilidade da Gavi e entram na transição acelerada, até estarem eventualmente a autofinanciarem totalmente os seus programas de imunização. Até 2020, estima-se que metade dos 73 países pertencentes à Gavi tenham feito a transição, estejam em transição ou perto de entrarem na fase de transição acelerada. O objetivo final da Gavi é que os países consigam sustentar de forma independente uma elevada cobertura da imunização e assegurar o acesso igualitário às vacinas pós-transição.

A Learning Network for Countries in Transition (LNCT - que se pronuncia “linked” [ligada, em inglês]) é uma plataforma dedicada ao apoio de países à medida que fazem a transição do apoio Gavi para o financiamento doméstico completo dos seus programas nacionais de imunizações. Lançada no início de 2017, a LNCT permite aos profissionais da saúde e aos legisladores em países em transição do apoio da Gavi acederem a uma rede de pares, peritos e recursos de vanguarda para compreensão e partilha do “como” prático da transição de funções essenciais relacionadas com a imunização e da manutenção de programas de vacinação de alto desempenho. Existem actualmente 17 países-membros da LNCT que estão dentro do prazo de dois anos da entrada na transição acelerada da Gavi, em transição acelerada, ou do prazo de dois anos de autofinanciamento total. Financiado pela Fundação Bill e Melinda Gates e a Gavi, Aliança global para vacinas, o Results For Development Institute (R4D) coordena a LNCT com apoio na região europeia da Curatio International Foundation.

O Vaccine Confidence Project na London School of Hygiene & Tropical Medicine foi solicitado pelo R4D para liderar o fluxo de trabalho de hesitação perante a vacinação para a LNCT, devido a pedidos nacionais de ajuda no apoio à avaliação e à resolução dos seus problemas sobre hesitação perante a vacinação. A hesitação perante a vacinação refere-se a um atraso na aceitação ou recusa das vacinas apesar da disponibilidade dos serviços de vacinação. A hesitação perante a vacinação é complexa e específica do contexto, variando ao longo do tempo, lugar e vacinas (Larson HJ & Jarrett C, et al. 2014; grupo de trabalho SAGE sobre hesitação perante a vacinação 2014). Inclui fatores tais como a complacência, a conveniência e a confiança (grupo de trabalho SAGE sobre hesitação perante a vacinação 2014). Literatura extensa demonstrou que compreender os motivos para e os grupos particulares que escolhem não vacinar é essencial para adaptar de forma precisa estratégias para endereçar a hesitação e aumentar a aceitação das vacinas (Jarrett et al. 2015; OMS 2013).

O Coordenador da Rede da LNCT organizou um encontro da LNCT no Vietname em dezembro de 2017, onde Pauline Paterson foi convidada para conduzir duas sessões sobre hesitação perante a vacinação. Neste encontro, equipas de Angola, da RDP Lau, da Nigéria, de São Tomé e Príncipe e do Vietname deram exemplos de questões de acesso, resultando em alguns membros da população, incluindo populações de difícil acesso, não se vacinarem. A Moldávia, o Sri Lanka e Timor-Leste reportaram aumentos recentes na recusa das vacinas associados ao aumento rápido da desinformação através

das redes sociais e SMS móvel. As preocupações em relação à segurança de vacinas foram levantadas como um problema que afeta a hesitação perante a vacinação na RDP Lau, na Moldávia, na Nigéria, no Sri Lanka, em São Tomé e Príncipe, em Timor-Leste e no Vietname. Outras questões que afetam a aceitação das vacinas foram a utilização de componentes suínos nas vacinas na Indonésia, falta de consciencialização em alguns grupos populacionais em Angola e alguns grupos populacionais, incluindo profissionais da saúde, que questionam o valor das vacinas devido à redução nas doenças preveníveis por vacinação.

## Propósito

Dar apoio aos países da LNCT na aferição das suas questões relacionadas com a hesitação perante a vacinação para informarem onde são necessárias intervenções para construir a confiança nas vacinas. Isto conseguido através de entrevistas aprofundadas, discussões em grupos focais, aprendizagem por pares, troca de conhecimento facilitada e desenvolvimento de estratégias durante um workshop de construção de competências

## Objetivos

1. Capturar e enquadrar as experiências nacionais da hesitação perante a vacinação:
  - a) Identificar os principais motivos para a hesitação perante a vacinação, incluindo questões contextuais, bem como preocupações específicas relacionadas com as vacinas
  - b) Compreender se e como a hesitação perante a vacinação está a ser monitorizada e medida
  - c) Compreender se e como a hesitação perante a vacinação está a ser endereçada
2. Caracterizar as necessidades dos países, incluindo as falhas de capacidade e/ou recursos para endereçar a hesitação perante a vacinação e identificar/quantificar os serviços parceiros e recursos para dar apoio ao endereçamento da hesitação perante a vacinação;
3. Facilitar a aprendizagem entre países e dar apoio ao desenvolvimento de materiais que irão auxiliar e dar assistência aos países da LNCT, etc.

## Design

### População do estudo, recrutamento e amostragem

A população do estudo incluiu peritos em imunização (por exemplo, programa PAV, Ministério da Saúde e Comitês Técnico-Assessores para Imunizações (NITAG)) de países da LNCT que solicitaram apoio para aferirem e endereçarem a hesitação perante a vacinação.

Os 12 países incluídos no estudo são: Arménia, Geórgia, Gana, Indonésia, República Democrática Popular Lau, Moldávia, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Sudão, Timor-Leste, Usbequistão e Vietname. Esses países foram seleccionados porque se registaram em ou estiveram presentes nas sessões de troca sobre a hesitação perante a vacinação no encontro da LNCT no Vietname, em dezembro de 2017,

ou porque expressaram interesse no fluxo de trabalho relacionado com a hesitação perante a vacinação após a reunião. O Coordenador da Rede da LNCT confirmou a sua participação através de e-mail e telefonemas.

Aqueles que expressaram interesse receberam por e-mail uma folha de informação sobre o estudo (consultar o Anexo 1). Foram então contactados através de telefone (ou Skype) por um investigador do estudo, que analisou mais detalhadamente a folha de informação sobre o estudo, dando-lhes a oportunidade de fazerem quaisquer perguntas. O investigador perguntou-lhes então se estariam dispostos a participarem numa entrevista telefónica (ou por Skype). No caso de confirmarem, foram marcadas uma data e hora para a entrevista.

Uma vez que as entrevistas eram com uma série de países, estas decorreram por telefone (Skype ou WhatsApp). Antes da entrevista, o investigador voltou a analisar a folha de informação sobre o estudo com o entrevistado, de modo a assegurar que este tinha compreendido o propósito da investigação, estava ciente de como a informação que tinham partilhado iria ser utilizada e de como a sua confidencialidade iria ser mantida. O investigador pediu então o consentimento oral através do telefone e fez uma gravação do mesmo (consultar o Anexo 2). Foi utilizado o consentimento oral em vez do consentimento escrito, uma vez que as entrevistas foram executadas por telefone ou Skype e era improvável que os participantes tivessem acesso a digitalizadores.

Suplementámos a nossa amostragem orientada com amostragem tipo “bola de neve”, perguntando aos peritos se conheciam outros que poderiam proporcionar conhecimentos e estariam interessados em participar no estudo. Antecipámos que iríamos conduzir 20 a 30 entrevistas no total (1 a 3 entrevistas por país).

## Recolha de dados

Os dados do estudo foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas. Esta abordagem permitiu-nos cobrir tópicos pré-definidos e proporcionar a flexibilidade necessária para a entrevista ser moldada pelos interesses dos entrevistados, pelas suas funções e experiências. Desenvolvemos um guia de tópicos da entrevista (consulte o Anexo 3). Nele, cobrimos as experiências dos países em relação à hesitação perante a vacinação e estratégias em vigor para endereçar a hesitação perante a vacinação. O guia de tópicos foi desenvolvido com base no conhecimento e experiência prévios dos investigadores, nas sessões de hesitação perante a vacinação no encontro da LNCT no Vietname, em Dezembro de 2017, e no inquérito aos gestores de imunização do SAGE (grupo de trabalho sobre hesitação perante a vacinação do SAGE, 2014, Dube et al. 2014).

As entrevistas foram conduzidas em inglês ou na língua local dos entrevistados, dependendo da sua preferência.

Com a permissão dos participantes, as entrevistas foram gravadas literalmente com um gravador digital. As notas de campo também foram mantidas ao longo das entrevistas.

## Análise de dados

As entrevistas em inglês foram transcritas anonimamente pela Transcript Divas Limited, um serviço de transcrição registado no Reino Unido. As entrevistas numa língua estrangeira foram traduzidas e transcritas para inglês pela Language Connect, um prestador de serviços linguísticos global, e pelo Goga Askurava Language Center. Todas as transcrições foram codificadas no Nvivo, um programa de software de análise de dados qualitativos.

A abordagem à análise dos dados foi temática e envolveu uma combinação de codificação dedutiva e indutiva (Boyatzis, 1998). Isto envolveu a organização dos dados sob áreas de tópicos pré-definidas do guia da entrevista e, depois, a exploração destes dados de forma indutiva, para identificar os temas principais e subpontos associados.

A análise dos dados prosseguiu em conjunto com a recolha dos dados e os investigadores encontraram-se com regularidade para discutirem as conclusões emergentes, por conseguinte, afinarem as perguntas da entrevista, definirem códigos e temas e categorias de nível mais elevado e, depois, mapearem e finalizarem uma estrutura de codificação.

## Considerações éticas

Este estudo foi revisto e aprovado pelo Comité de Ética na Investigação Observacional da LSHTM e não foram iniciadas quaisquer actividades de investigação antes da aprovação do comité, a 24 de janeiro de 2019 (número de referência Ética da LSHTM 16197). Foi perguntado a cada país se existiam quaisquer aprovações éticas adicionais requeridas a nível local. Não foram requisitadas quaisquer aprovações éticas adicionais por nenhum dos países participantes.

Os investigadores do estudo obtiveram o consentimento informado dos participantes e asseguraram aos mesmos que o seu anonimato seria mantido.

Os participantes foram informados de que a sua participação era voluntária e de que lhes era permitido recusarem-se a responder a qualquer pergunta ou terminarem a entrevista em qualquer momento.

As entrevistas foram submetidas a gravação áudio, com o consentimento dos participantes, e transcritas. As gravações e transcrições das entrevistas estão armazenadas de forma anónima utilizando um identificador numérico em computadores protegidos por palavra-passe. Apenas os investigadores têm acesso aos ficheiros que ligam um identificador numérico ao nome de um participante. Os nomes ou organizações dos participantes não se encontram nos relatórios ou publicações. As citações anonimadas das entrevistas dos participantes poderão ser utilizadas noutros relatórios do estudo ou em artigos publicados. A confidencialidade foi mantida referindo as citações utilizando o método de recolha de dados e país (por exemplo, Participante de discussão em grupos focais, Nome do país) e foram tomadas precauções adicionais para assegurar que os participantes ou organizações não podem ser identificados através de informação contextual.

## Resultados

A LSHTM contactou 28 peritos em imunização dos países da LNCT selecionados para os convidar a participar numa entrevista aprofundada, (consulte a Figura 1). A Curatio contactou 32 peritos em imunização para os convidar a participar em discussões em grupos focais.

Dezassete peritos em imunização responderam de forma positiva ao e-mail enviado pela LSHTM e 14 dos 28 convidados acabaram por ter uma entrevista aprofundada, quer por Skype quer por WhatsApp (dois peritos participaram numa entrevista aprofundada da República Democrática Popular Lau). A Curatio facilitou discussões em grupos focais com um total de 27 dos 32 peritos convidados com participantes da Moldávia (n = 7), Geórgia (n = 10), Usbequistão (n = 2) e da Arménia (n = 8).

No total, dos 60 convidados, 41 peritos em imunização de 12 países participaram no estudo (68%), quer nas entrevistas aprofundadas ou nas discussões em grupos focais.

No total, (consulte a Tabela 1).

*Tabela 1 Resumo das Entrevistas Aprofundadas e das Discussões em Grupos Focais*

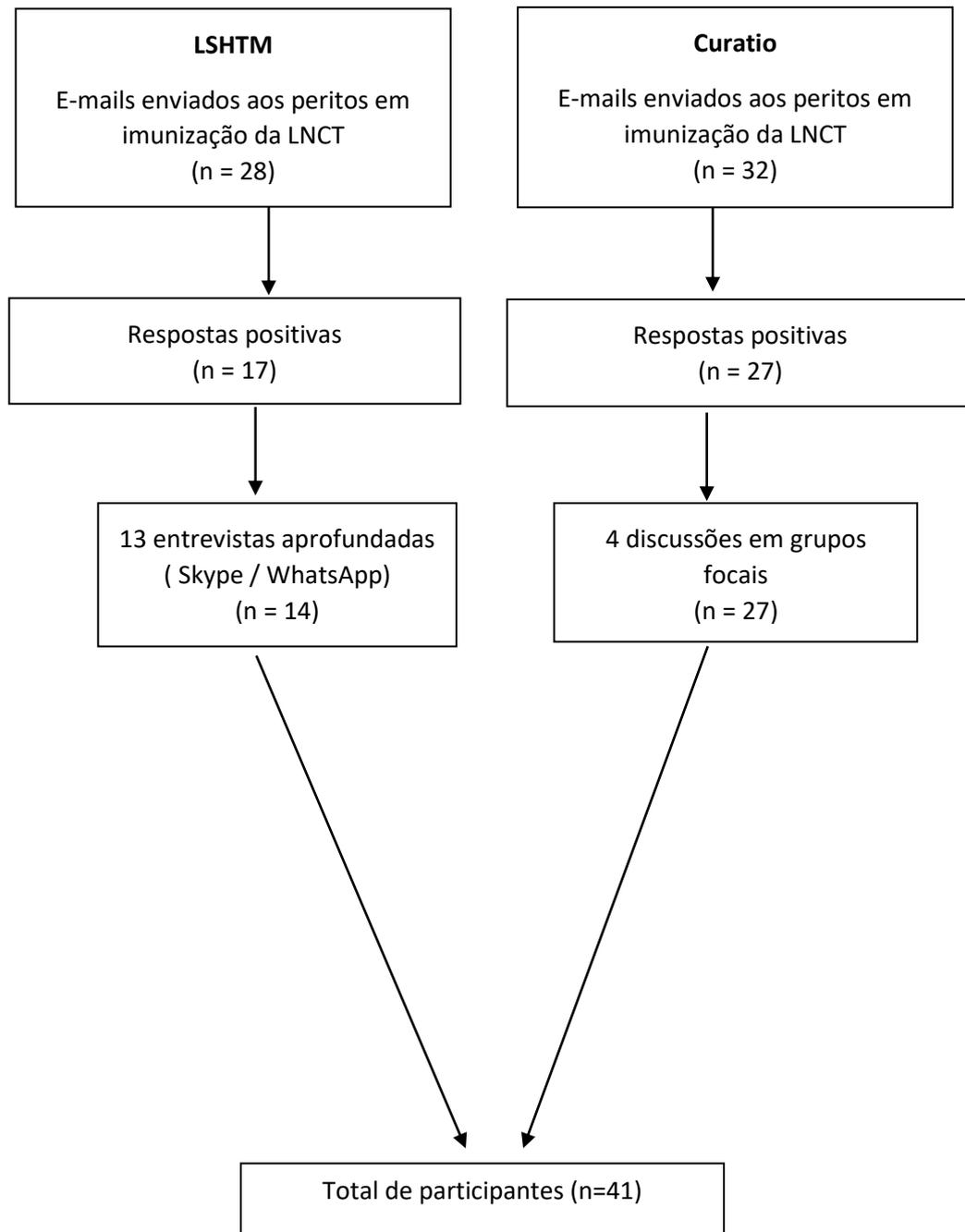
	País	Perito em imunização - título/organização	Método de recolha de dados	Data(s)	Número total de participantes por país
1	Arménia	Centro Nacional de Controlo de Doenças; pediatra; Autoridade Nacional Regulatória; especialista em comunicação, UNICEF; especialista em comunicação, OMS	1 discussão em grupo focal	24 de maio de 2019	8
2	Geórgia	Gestor nacional do PAV, Centro Nacional de Controlo de Doenças e Saúde pública; médico de família; Sabine Vaccine Institute; Membro de grupos de consultoria técnica sobre vacinação nacionais (GCTV); presidente do GCTV; pediatra; profissional de saúde pública; epidemiologista; chefe da unidade de imunização no Centro de Saúde Pública Municipal de Tbilisi; Especialista em promoção da saúde e comunicação (NCDC)	1 discussão em grupo focal	20 de maio de 2019	10

3	Gana	Coordenador de Novas Vacinas e de Segurança das Vacinas PAV	1 entrevista aprofundada	5 de julho de 2019	1
4	Indonésia	Programa PAV, Chefe de imunização básica, Direcção-Geral de Prevenção e Controlo de Doenças, Ministério da Saúde	2 entrevistas aprofundadas	29 de maio de 2019, 3 de junho de 2019	2
5	República Democrática Popular Lau	Departamento de Higiene e Promoção da Saúde, Ministério da Saúde; gestor nacional do PAV	2 entrevistas aprofundadas (a primeira com um participante e a segunda com dois participantes)	15 de maio de 2019, 3 de julho de 2019	3
6	Moldávia	Epidemiologista, Departamento de Doenças Preveníveis por Vacinas, Agência Nacional para a Saúde Pública; chefe de departamento no Centro de Cuidados de Saúde Primários; médico de família; Chefe de instalação de cuidados de saúde materno-infantis; profissional de saúde pública; chefe de redação para uma plataforma de notícias online	1 discussão em grupo focal	17 de maio de 2019	7
7	Nigéria	Agência Nacional de Desenvolvimento de Cuidados de Saúde Primários, Funcionário do Gabinete Focal da Gavi; Associação de Pediatras / Iniciativa da Sociedade Civil	2 entrevistas aprofundadas	15 de maio de 2019, 25 de maio de 2019	2
8	São Tomé e Príncipe	Director do PAV, Ministério da Saúde	1 entrevista aprofundada	24 de junho de 2019	1
9	Sudão	Unidade de Planeamento, PAV	1 entrevista aprofundada	4 de julho de 2019	1
10	Timor-Leste	PAV	2 entrevistas aprofundadas	10 de maio de 2019, 23 de maio de 2019	2
11	Usbequistão	PAV, Ministério das Finanças <i>NOTA: Apenas 2 participantes concordaram com a discussão em grupo focal, mas foi conduzida seguindo a mesma metodologia do que as</i>	1 discussão em grupo focal	22 de maio de 2019	2

		<i>discussões em grupos focais, pelo que recebeu essa denominação.</i>			
12	Vietname	Director do PAV, Gestor-delegado do PAV	2 entrevistas aprofundadas	16 de abril de 2019, 14 de junho de 2019	2
	<b>TOTAL</b>				<b>41</b>

Figura 1 Diagrama de fluxo das respostas

(Tenha em atenção que as posições dos entrevistados ou envolvidos em discussões de grupos focais estão delineadas na Tabela 1)



Os peritos em imunização dos países entrevistados identificaram todos a hesitação perante a vacinação como uma preocupação. Os resultados das entrevistas aprofundadas e das discussões em grupos focais revelaram uma ampla variação nos motivos reportados para a hesitação perante a vacinação nos 12 países.

Foi perguntado aos participantes o que consideravam serem os motivos principais para a baixa cobertura da vacinação. As respostas a esta pergunta foram agrupadas em redor do modelo de Complacência, Conveniência e Confiança (“3 C”) (Grupo de trabalho SAGE sobre hesitação perante a vacinação 2014).

O modelo “3 C” descreve a confiança, complacência e conveniência das seguintes formas:

- **Confiança** é definida como confiança 1) na eficácia e segurança das vacinas; 2) no sistema que as fornece, incluindo a fiabilidade e competência dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde; e 3) nas motivações dos legisladores que decidem sobre as vacinas necessárias.
- **Complacência** existe quando os riscos percebidos das doenças preveníveis por vacinação são baixos e a vacinação não é considerada uma ação preventiva necessária.
- **Conveniência** é medida pela extensão em que a disponibilidade física, acessibilidade e disposição para pagar, acessibilidade geográfica, capacidade de compreensão (língua e literacia na saúde) e o apelo dos serviços de imunização afetam a aceitação.

## 1. Confiança

O fator mais comum para a hesitação perante a vacinação em todos os países participantes da LNCT foi a falta de confiança. Um participante numa discussão em grupo focal da Geórgia comentou: «*[Os pais hesitam] devido a diferentes motivos, incluindo **falta de confiança no medicamento** - nos seus componentes, bem como na sua qualidade - e também **falta de confiança nos médicos e no processo**»*, destacando a natureza complexa da hesitação perante a vacinação e os vários influenciadores de confiança no processo de tomada de decisões sobre as vacinas.

### Preocupações relacionadas com a segurança e efeitos secundários

Muitos participantes mencionaram as preocupações dos pais em relação à segurança da vacina, efeitos secundários e medo de eventos adversos pós-vacinação (EAPV) como os motivos para o adiamento ou recusa das vacinas.

Timor-Leste, o Usbequistão e a Indonésia reportaram todas preocupações dos pais relacionadas com efeitos secundários, incluindo febre, choro e dor provocada pela injeção:

«*Acreditam que a[s] vacina[s] causa[m] febre e é por isso **que têm medo de voltar a levar os filhos... outra coisa, após a injeção [a criança] não vai parar de chorar toda a noite.***» (Participante na entrevista de peritos, Timor-Leste)

«*Muitas vezes recusam levar a vacina DTaP... dizem que tem **efeitos secundários bastante graves.** Foram observados muitos casos de hesitação perante a vacinação em relação a esta vacina.*» (Participante de discussão em grupo focal, Usbequistão)

«*[Existe] hesitação devido ao medo da febre, alguns dos pais têm o problema do medo da febre.*» (Participante na entrevista de peritos, Indonésia)

Também ouvi relatos de preocupações dos pais de que as crianças recebem demasiadas vacinas de uma só vez: *Quando trazem os filhos à vacinação e eles recebem várias injeções ao mesmo tempo, portanto esse é um dos motivos [para a não vacinação].*» (Participante na entrevista de peritos, Timor-Leste)

O impacto de EAPV graves foi particularmente destacado pela República Democrática Popular Lau e pela Moldávia.

«*O primeiro motivo principal, penso eu, há muitos anos atrás, as crianças que recebiam a vacina poderiam ter como consequência o evento adverso, resultando em morte ou em deficiência severa... portanto, diziam uns aos outros que, OK, os meus filhos morrem por causa da vacina, **pelo que se tornou uma certa crença de que a vacina poderá provocar a morte.***» (Participante na entrevista de peritos, República Democrática Popular Lau)

«*Se a sua família teve algo de desagradável com as vacinas, ou um irmão ou irmã que [teve] a vacina e aconteceu algo de mal, então é muito difícil mudar a opinião deles.*» (Participante de discussão em grupo focal, Moldávia)

Outra preocupação identificada pelos participantes do Sudão e de São Tomé foram os boatos sobre o facto de as vacinas provocarem esterilidade.

«*Temos alguns núcleos que já são conhecidos do programa, alguns deles, têm as suas próprias crenças - como nas partes orientais - **acreditam que a vacina contra a Td [provoca] infertilidade para uma mulher.***» (Participante na entrevista de peritos, Sudão)

«*Temos mais casos de hesitação em relação à vacina contra o HPV em que as pessoas se queixam imenso que a vacina provoca infertilidade e nós [autoridades de cuidados de saúde] não queremos*

*que as pessoas tenham filhos e por aí fora.»* (Participante na entrevista de peritos, São Tomé e Príncipe)

Um perito em imunização da Nigéria explicou como se tinham espalhado os boatos sobre o facto de a vacina contra a poliomielite causar paralisia.

*«Tivemos alguns pais com bebés muito pequenos que receberam esta vacina contra a poliomielite ao domicílio e agora, eles têm alguma forma de paralisia e relacionam isso com a vacina contra a poliomielite. Sabe? E então **um pai vai falar com outro e com outro e não pára de se espalhar. Agora é aí que reside o problema.»*** (Participante na entrevista de peritos, Nigéria).

Os boatos negativos sobre os ingredientes da vacina na Indonésia foram destacados como um desafio, incluindo boatos de que *«a vacina pode envenenar a comunidade.»* (Participante na entrevista de peritos, Indonésia). Apesar de os meios específicos de disseminação dos boatos não terem sido articulados na entrevista, os relatos dos meios de comunicação locais referem-se às redes sociais como principais disseminadoras dos boatos.

#### Confiança nos profissionais de saúde

Os profissionais de cuidados de saúde, incluindo médicos e enfermeiros, foram referidos pelos participantes como tendo influência em relação às decisões sobre a vacinação. As questões com os profissionais de cuidados de saúde, incluindo as atitudes dos prestadores de cuidados de saúde em relação à vacinação e a falta de educação sobre as vacinas, foram particularmente destacadas como influenciando as decisões em relação às vacinas pelos participantes da discussão em grupo focal do Usbequistão e da Geórgia.

*«Existem imensas pessoas que têm hesitação perante a vacinação... têm **medo de que as vacinas possam gerar o desenvolvimento de doenças diferentes** - os profissionais de saúde e os pais também.* (Participante na discussão em grupo focal, Usbequistão)

*«Todos os inquiridos demonstraram que o que previne os médicos de falarem da imunização é a sua própria **falta de competência em tópicos sobre a imunização.**»* (Participante na discussão em grupo focal, Geórgia)

A questão de os prestadores de cuidados de saúde darem informações incorretas sobre os efeitos secundários foi sublinhada por um participante da Geórgia.

*«Quase 80% das crianças que vêm ter comigo... (quando) pergunto porque não foram vacinadas, a resposta é que não foram vacinadas **devido aos efeitos secundários falsos, que foram mencionados pelo médico.**»* (Participante na discussão em grupo focal, Geórgia)

Foi indicado pelos participantes na discussão em grupo focal da Geórgia que os médicos poderão não gastar tempo a comunicar a importância da imunização e a explicar os potenciais efeitos secundários com os pacientes devido a restrições de tempo, falta de motivação e regulamentos fracos. Para além disso, sentiam que os médicos não se sentem confiantes a fornecerem imunização aos pacientes com fatores de risco, pois não são protegidos pelo Estado no caso de EAPV.

Um dos participantes destacou a importância de os prestadores de cuidados de saúde dedicarem tempo a proporcionarem informações sobre a imunização aos pacientes: *«Estamos a enfrentar o problema do pessoal médico, há falta de educação, informações fornecidas ou mais uma coisa que mencionou, é que mencionou é que o médico não reserva tempo para a imunização, o que significa que o médico não cumpre as suas obrigações, uma vez que isso faz parte da obrigação do médico.»* (Participante na discussão em grupo focal, Geórgia)

#### Falta de confiança

Uma série de participantes descreveu mais confiança nas vacinas do sector privado em comparação com as oferecidas de modo gratuito.

*«As clínicas privadas estão a influenciar os programas de imunização, uma vez que há uma confiança mais elevada na qualidade das vacinas para o sector privado, mas os preços são mais elevados ali e, alguns deles permanecem sem vacinas, porque o preço é elevado e nós temos-as gratuitamente.»* (Participante na discussão em grupo focal, Moldávia)

*«Por exemplo, eles não gostam de uma determinada vacina, mas poderão, em vez disso, pagar 1000 lari georgianos pela vacinação fornecida pelo sector privado. A verdade é que eles não conhecem a vacina e não importa que tipo de vacina oferecemos e eles nem sequer conhecem as características da vacina e, mesmo se lhes oferecermos a vacina bivalente, eles não sabem.»* (Participante na discussão em grupo focal, Geórgia)

Na Arménia, havia uma percepção de menor confiança na qualidade nas vacinas que eram produzidas fora da Europa.

*«Acreditam que se uma fábrica fabrica [uma vacina] na Coreia, é uma vacina de baixa qualidade, existe essa mentalidade. Nos últimos anos, mudámos a vacina pentavalente, até 2015, havia uma francesa, depois a vacina era fabricada pela República da Coreia do Sul. Isso afetou enormemente a taxa de cobertura da vacinação pentavalente.»* (Participante na discussão em grupo focal, Arménia)

Um participante na discussão em grupo focal da Geórgia identificou como desafio o medo da manipulação.

*«Penso que não é a desconfiança em relação à própria vacina, no caso dos adultos, penso que é mais o medo da manipulação, e não é que receiem que os injetemos com a vacina do sarampo e que adoeçam. E não se trata apenas da população, a dinâmica mostra que mesmo o pessoal médico não está disposto a fazer a vacinação.»* (Participante na discussão em grupo focal, Geórgia)

### Religião e política

Alguns participante indicaram que a religião desempenha um papel na recusa ou adiamento dos pais em relação à vacinação. Na Indonésia, a principal preocupação religiosa era sobre o estatuto *halal* da vacina.

*«Portanto, para a nova vacina, **muitas pessoas perguntaram sobre o estatuto halal da vacina**, independentemente de a vacina halal ser bastante difícil de atingir, o que não é um processo simples. Imensas pessoas não trouxeram os filhos ao posto de vacinação devido a esta questão.»*  
(Participante na entrevista de peritos, Indonésia)

O estatuto *halal* surge como uma questão em inúmeros países com populações muçulmanas. Muitos líderes islâmicos informaram a OMS de que acreditam que as vacinas são *halal*, uma vez que a gelatina nas vacinas é um derivado de porco, mas numa forma diferente. Também declararam que as vacinas com porcino são aceitáveis para a saúde de uma criança quando não está disponível outra alternativa sem porcino. Porém, o debate mantém-se aos níveis locais e as comunidades seguem muitas vezes a orientação do seu imã em preterimento de uma declaração global. Dado o acordo geral ao nível global, apesar de com interpretações locais variadas, isto torna-se mais numa questão de confiança com a baixa confiança no governo a aumentar a fiabilidade na interpretação do líder local.

No geral, dada a função essencial do governo na aprovação, recomendação e, por vezes, obrigatoriedade das vacinas, aqueles que desconfiam do governo têm mais propensão a desconfiar da vacinação.

Os participantes da Arménia descreveram o impacto da política nos desafios de hesitação perante a vacinação.

*«Penso que, no nosso país, o ambiente político tem impacto nisto, a hesitação perante a vacinação deriva da posição positiva da parte do nosso Primeiro-ministro (em relação à poliomielite), enquanto a parte da oposição que o odeia liga isto à vacinação.»* (Participante na discussão em grupo focal, Arménia)

*«Uma antipropaganda e intervenção deliberadas não devem ser desconsideradas, muitas vezes estas são as mesmas pessoas que também estão envolvidas em questões políticas e a vacinação tornou-se numa das ferramentas pela sua luta com algo e, muito frequentemente, talvez devido ao facto de a língua russa ser amplamente falada no nosso país, este movimento vem da Rússia.»*

(Participante na discussão em grupo focal, Arménia)

### Influência da comunicação social

Os participantes sugeriram que os meios de comunicação, incluindo as redes sociais e os meios de comunicação estrangeiros, desempenham um papel no facto de as pessoas atrasarem ou recusarem vacinas. O desafio dominante suscitado entre os participantes do estudo foi a influência da disseminação da desinformação nas redes sociais.

*«Considerando que existe disseminação da informação sobre as vacinas provocarem algumas doenças, artigos com conteúdo semelhante foram publicados e o Facebook em particular tem uma influência dramática na Geórgia. Digo pessoalmente que o **inimigo número um da imunização na Geórgia é a página das “Mães” no Facebook...** e este grupo tem um número enorme de seguidoras, o número é enorme, como dez mil mães ou assim e este é um problema muito grande.»* (Participante na discussão em grupo focal, Geórgia)

*«As cidades têm um acesso amplo à Internet e **muita da informação negativa pode ser encontrada na Internet**, existe um grupo muito grande de bloggers que não louva a vacinação, mas pelo contrário, diz que a vacina poderá ter um resultado fatal. Isto, como é evidente, **interfere muito com o nosso trabalho**, e provavelmente **requer muito esforço** para trabalhar com os trabalhadores dos meios de comunicação, com os jornalistas, etc.»* (Participante na discussão em grupo focal, Usbequistão)

*«[**A hesitação perante a vacinação**] também é alimentada pelos meios de comunicação e não apenas os moldavos, mas os de países desenvolvidos. Tenho agora em mente, especialmente, os Estados Unidos e também a Rússia.»* (Participante na discussão em grupo focal, Moldávia)

Não apenas as fontes da informação são uma influência importante na confiança do público nas vacinas, mas também o dilúvio de informação contraditória.

*«Os pais têm medo de vacinar os filhos devido ao facto de terem imensa informação e de não saberem como lidar com ela, mas **ao invés não sabem que informação é verdadeira e que informação é falsa.**»* (Participante na discussão em grupo focal, Moldávia)

O Usbequistão e a Moldávia identificaram o papel e a importância dos jornalistas nos relatos sobre a vacinação e EAPV como influenciando as percepções sobre as vacinas

«Também posso acrescentar que o problema não é que os **jornalistas** não escrevam sobre a vacinação. Eles escrevem e muitos escrevem correctamente, **muitos cometem erros.**» (Participante na discussão em grupo focal, Moldávia).

No Usbequistão, houve desafios após a publicação de um artigo de jornal a relatar informações falsas sobre as vacinas.

«Existem aldeias... há assinantes deste jornal... quando os enfermeiros e médicos os visitaram para vacinarem as crianças, mostraram-lhes a revista e disseram-lhes: “Somos pessoas simples, porque é que estão a mentir-nos?”... Ligámos para o editor desta revista, pedimos-lhe que apresentasse um pedido de desculpas público e que dissesse que o artigo utilizou materiais da Internet não comprovados cientificamente. Contudo, ainda temos medo, porque existem muitos jornalistas, revistas e jornais assim, que podem escrever tudo eles próprios.» (Participante na discussão em grupo focal, Usbequistão)

### Novas vacinas

Com a introdução de uma nova vacina ou novo produto de vacinas, os participantes nacionais descreveram resistência à aceitação da vacinação.

«Posso dizer que **surgiu atualmente desconfiança em relação às novas vacinas.** Estamos agora a fazer a do vírus do papiloma [humano] e os pais não sabem o que esperar desta vacina e têm medo de a dar, apesar de os informarmos, **damos toda a informação necessária, mas ainda assim há resistência a estas vacinas.**» (Participante na discussão em grupo focal, Moldávia)

## **2. Complacência**

Apesar de terem sido mencionados alguns casos de complacência, não é um tema que tenha surgido em força nas entrevistas aprofundadas e nas discussões em grupos focais.

Contudo, ao discutirem preocupações, dois participantes (um da Geórgia e um da República Democrática Popular Lau) indicaram que alguns pais não entendiam a necessidade da vacinação, mas também expressaram preocupações sobre potenciais efeitos secundários. Esses motivos combinados não são invulgares e reforçam a sua hesitação o suficiente para racionalizarem a recusa de uma vacina.

«Sim, alguns pais estão preocupados, “o meu filho é forte”, mas com a vacina o miúdo vai ficar com febre.» (Participante em entrevista a peritos, República Democrática Popular Lau).

### 3. Conveniência

As questões de acessibilidade, como viver em zonas de difícil acesso e o registo numa nova clínica, foram reportadas pelos participantes como desafios à aceitação da vacinação. Um participante indicou pessoas que residem em locais de difícil acesso ou remotos como um motivo para a baixa taxa de cobertura da vacinação em determinadas áreas de Timor-Leste.

*«Um dos grandes problemas é que, por vezes, têm de andar, por exemplo, uma milha, porque a grande maioria do nosso país, de Timor-Leste, é montanhosa, portanto a maior parte deles vive em zonas rurais, pelo que **o acesso ao centro de saúde é um dos grandes problemas para eles trazerem os filhos.**»* (Participante em entrevista a peritos, Timor-Leste)

Um participante de São Tomé e Príncipe indicou que devido aos desafios na deslocação às clínicas e ao facto de as equipas de vacinação móveis serem activas, os pais se tornaram complacentes.

*«Ouvimos muitas vezes de que foi **falta de tempo, problemas com o transporte e levarem os filhos com eles** e estão um pouco acomodados devido às equipas de vacinação móvel que trabalham na área e, por conseguinte, alguns pais limitam-se a esperar que eles apareçam.»* (Participante em entrevista a peritos, São Tomé e Príncipe)

Uma hesitação perante a vacinação determinante que foi indicada por um participante na discussão em grupo focal da Geórgia estava relacionada com o inconveniente e as regulamentações relacionadas com onde um paciente é registado.

*«De certo modo, **a acessibilidade ao serviço não está apenas relacionada com problemas geográficos**, também está relacionada com as regulamentações. [Um] paciente poderá aparecer em determinado lugar e se não estiver registado, os profissionais de saúde poderão não prestar o serviço. Os pacientes podem registar-se num local novo e este processo previne o processo de vacinação.»* (Participante na discussão em grupo focal, Geórgia)

### 4. Impacto da hesitação perante a vacinação no programa de vacinação

Foi perguntado aos participantes se a hesitação perante a vacinação tem impacto no programa de vacinação, incluindo baixa cobertura da vacinação, surtos de doenças e suspensão do programa de vacinação. Para além disso, foi-lhes perguntado se havia áreas de baixa cobertura da vacinação nos termos de qual vacina, qual região, qual grupo populacional e quando. A percepção dos participantes das consequências da hesitação perante as vacinas na cobertura da imunização

variava. Alguns atribuíram as baixas taxas de cobertura a surtos de doenças preveníveis por vacinação.

*«A desconfiança nas vacinas afecta os programas de vacinação, tem uma enorme influência. Mesmo, digamos, voltámos a registar casos de sarampo. Há vários anos que não tínhamos sarampo, mas agora apareceu. Aqui, há praticamente 2 semanas, houve o primeiro caso de tétano nos últimos 3 anos. Para além disso, temos uma incidência aumentada de tosse convulsa e todas estas ocorrências são consequências directas da desconfiança nas vacinas, desconfiança na qualidade das vacinas.»* (Participante na discussão em grupo focal, Moldávia)

Outros participantes indicaram a baixa cobertura de vacinas específicas, incluindo as vacinas contra o HPV, sarampo e poliomielite.

*«Individualmente, a cobertura mais baixa - trata-se da vacina contra o HPV, que está nos 65%. É seguida pela vacina contra o rotavírus. Introduzimo-la em 2019, mas, até agora, os pais conseguem não fazer a vacina contra o rotavírus devido ao facto de algumas crianças serem mais velhas do que 3 meses e meio e pronto! Já não podem ser vacinadas.»* (Participante na discussão em grupo focal, Arménia)

*«A vacina com a taxa de cobertura mais baixa é a segunda dose da vacina contra o sarampo e a rubéola.»* (Participante em entrevista a peritos, São Tomé e Príncipe)

*«Cada vez mais, especialmente depois da campanha de MR, a comunidade tem mais probabilidade em recusar a vacina contra o sarampo/rubéola.»* (Participante em entrevista a peritos, Indonésia)

Foi observada hesitação em várias rondas de campanhas de imunização em massa contra a poliomielite no Sudão:

*«E a poliomielite, relativamente à repetição da vacina contra a poliomielite durante a campanha, portanto a hesitação ocorre principalmente na campanha, não para a imunização de rotina, porque [as vacinas de] rotina são aceites por toda a gente.»* (Participante em entrevista a peritos, Sudão)

Na Nigéria, um participante indicou o impacto dos desafios das campanhas em massa contra a poliomielite anteriores:

*«A coisa de casa a casa, as pessoas ainda estão preocupadas com isso. Alguém ligou para perguntar se devia permitir que o filho fosse vacinado. Mesmo apesar de a criança estar totalmente vacinada... eles [profissionais de saúde] ainda andam por aí a colocar as gotas nas bocas das crianças menores de cinco anos. As pessoas ainda estão preocupadas e houve... efeitos negativos recentes e algumas*

*peças estão a relacioná-los com a (vacina contra a) poliomielite. Portanto, essas coisas ainda persistem, ainda fazem com que as pessoas hesitem.» (Participante em entrevista a peritos, Nigéria).*

## 5. Como é que os países estão a avaliar a hesitação perante a vacinação

Também foi perguntado aos participantes sobre as atividades e estratégias empreendidas para avaliar a hesitação perante a vacinação. As suas respostas incluíram monitorização dos meios de comunicação, inquéritos e questionários, estudos quantitativos e qualitativos e encontros periódicos com os prestadores de cuidados de saúde. Os sistemas de vigilância dos meios de comunicação - utilizados para analisar as preocupações do público sobre as vacinas - foram identificados como uma forma de os países da LNCT estarem a monitorizar a hesitação perante a vacinação. Por exemplo, na Moldávia, existe um sistema de monitorização 24 horas que avalia os sentimentos negativos em relação às vacinas nas plataformas de redes sociais. Os relatórios são partilhados com o gestor do programa de vacinação e um especialista no Ministério da Saúde, que decidem como responder.

Na Geórgia, um estudo de método misto revelou preocupações do público sobre a qualidade e segurança das vacinas e destacou a hesitação entre os profissionais de saúde. Contudo, não existe medição e um sistema de resposta que monitorize os meios de comunicação e responda conforme o caso. Por outro lado, um estudo da UNICEF no Usbequistão entre os profissionais de saúde demonstrou uma elevada confiança nas vacinas nesta população. Na Nigéria, são feitas reuniões periódicas com os profissionais de saúde onde é solicitado o seu feedback sobre os desafios e sucessos. Estas fontes de dados podem ajudar os países da LNCT a determinarem a hesitação perante a vacinação do público e dos prestadores de cuidados de saúde, bem como a informarem as intervenções apropriadas para endereçar a diminuição da confiança.

Figura 2 Como é que os países da LNCT estão a avaliar a hesitação perante a vacinação



Questionnaires / surveys (Armenia, Moldova)	Questionários / inquéritos (Arménia, Moldávia)
Media monitoring (Armenia, Moldova, Vietnam)	Monitorização dos meios de comunicação social (Arménia, Moldávia, Vietname)
Quantitative and qualitative studies (Georgia, Uzbekistan)	Estudos quantitativos e qualitativos (Geórgia, Usbequistão)
Regular meetings with healthcare workers (Nigeria)	Encontros regulares com os profissionais de saúde (Nigéria)
Assessing Vaccine Hesitancy	Avaliação da hesitação perante a vacinação

## 6. Ações que os programas nacionais da LNCT estão a empreender para endereçar a hesitação perante a vacinação

Também foi perguntado aos participantes do estudo sobre as actividades e estratégias empreendidas para endereçar a hesitação perante a vacinação. A maioria dos participantes dos países da LNCT relatou a implementação de intervenções para endereçar a hesitação perante a vacinação, apesar de um número das intervenções reportadas se assemelharem a táticas padrão de comunicação da imunização sem atenção específica ao endereçamento da questão da hesitação. Na maioria dos casos, ainda não foi feita uma avaliação rigorosa destas intervenções - alguns planeiam fazê-la e outros estão interessados em saber mais sobre como avaliarem estratégias.

### Utilização dos meios de comunicação

- No Sudão, estão a endereçar as preocupações utilizando um programa de rádio na língua local.
- São Tomé e Príncipe utiliza as redes sociais, o rádio e a televisão para espalhar mensagens sobre a vacinação.
- O Ministério da Saúde da Indonésia utiliza anúncios na TV para encorajar o público a aceitar a vacinação e desenvolveu mensagens para as redes sociais e para o WhatsApp.
- A República Democrática Popular Lau utiliza desenhos animados, traduzidos para as línguas locais, nas instalações de saúde e na TV local.
- Dar formação aos jornalistas sobre como relataram os EAPV e como comunicarem os benefícios das vacinas foi identificado como uma prioridade para o Vietname e a Moldávia. Contudo, na Moldávia, relataram um sucesso limitado até à data com esta intervenção.
- O Vietname e a Arménia estão envolvidos e dão workshops de formação com os meios de comunicação, incluindo jornalistas.

## Mobilização social

- O Sudão envolve uma série de partes interessadas, incluindo líderes comunitários e médicos locais, numa campanha de mobilização social direcionada em áreas onde tiveram hesitação perante a vacinação.
- O Gana utiliza uma estratégia de mobilização social que inclui vários comités de planeamento que fazem monitorização dos meios de comunicação nas plataformas de meios de comunicação sociais, tradicionais e internacionais.
- A Moldávia tem uma estratégia nacional, incluindo um plano de comunicação abrangente, aprovado pelo Ministério da Saúde, contudo o financiamento das atividades tem sido um desafio (apenas uma pequena parte vem do orçamento nacional).
- A Geórgia está envolvida em várias atividades para endereçar a hesitação, incluindo grupos de foco, comunicação com médicos, comunicação com pais de crianças menores de 5 anos e envolvendo-se no sistema educativo.
- O Usbequistão desenvolveu e utiliza alguns vídeos promocionais, mas gostaria de desenvolver mais esta intervenção e traduzir vídeos de outros países para utilizar em russo.

## Formações e formações de reciclagem para profissionais de saúde

- As formações de reciclagem para profissionais de saúde foram consideradas importantes no que diz respeito a construir a confiança nas vacinas na Indonésia, Nigéria e Sudão.
- Os médicos de família e parteiras ajudam a identificar crianças por vacinar e oferecem a vacina em Timor-Leste.

## Envolvimento com os líderes religiosos

- A Indonésia e a Nigéria envolvem-se com os líderes religiosos e comunitários, fornecendo-lhes informações sobre as vacinas, para darem apoio aos programas de vacinação locais.

## **7. Áreas identificadas pelos participantes para mais apoio**

Foi perguntado aos participantes se havia quaisquer áreas específicas que seriam úteis para mais apoio, formação de contactos e aprendizagem. Para além disso, foi-lhes perguntado que materiais de aprendizagem seriam mais úteis para dar apoio aos países da LNCT na avaliação e abordagem das suas questões relacionadas com a hesitação perante a vacinação.

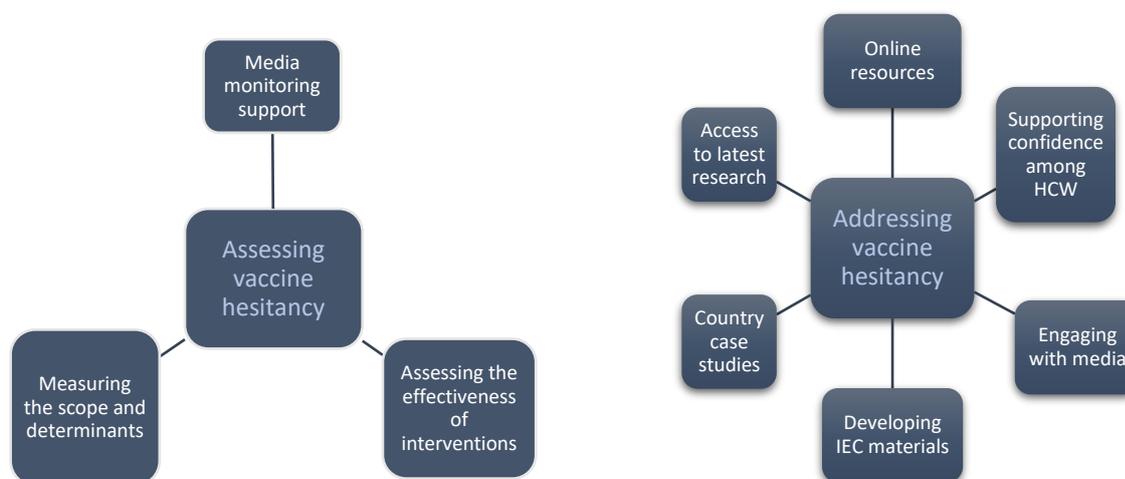
As áreas de apoio identificadas pelos participantes incluíram:

- Apoio para medir o âmbito e determinantes da hesitação perante a vacinação;

- Apoio para endereçar a hesitação entre os prestadores de cuidados de saúde;
- Estratégias para um envolvimento mais eficaz com as redes sociais e outras formas de meios de comunicação, incluindo como estabelecer a monitorização dos meios de comunicação;
- Apoio no acesso a investigação existente sobre a hesitação perante a vacinação;
- Apoio na concepção de abordagens para endereçar a hesitação perante a vacinação;
- Apoio no desenvolvimento de materiais de informação, educação e comunicação (IEC) para ajudar a aumentar a compreensão do público de e a confiança nas vacinas e na imunização;

Informação sobre como aferir a eficácia das estratégias utilizadas para endereçar a hesitação perante a vacinação.

Figura 3 Pedidos dos países da LNCT para avaliar e endereçar a hesitação perante a vacinação



Media monitoring support	Apoio da monitorização dos meios de comunicação
Assessing vaccine hesitancy	Avaliação da hesitação perante a vacinação
Measuring the scope and determinants	Medição do âmbito e determinantes
Assessing the effectiveness of interventions	Avaliação da eficácia das intervenções
Online resources	Recursos online
Access to latest research	Acesso às últimas investigações
Country case studies	Estudos de caso de país
Developing IEC materials	Desenvolver materiais IEC
Engaging with media	Envolvimento com os meios de comunicação
Supporting confidence among HCW	Dar apoio à confiança entre os profissionais de saúde

Os pedidos específicos de apoio dos países da LNCT incluem os seguintes:

- A República Democrática Popular Lau, o Usbequistão e do Gana solicitaram apoio na monitorização dos meios de comunicação;
- A Indonésia e Timor-Leste identificaram uma necessidade de um acesso aumentado e compreensão das abordagens para endereçar a hesitação perante a vacinação;
- A maioria dos países identificou a importância da aprendizagem com outros países para ganharem uma perspectiva única de como outros países da LNCT estão a endereçar a hesitação perante a vacinação;
- A Nigéria identificou o apoio para aferir a natureza e o impacto da hesitação perante a vacinação como uma prioridade.

Tabela 1 Resumo das conclusões das entrevistas

	Questão						Resposta				
	Confiança na segurança das vacinas	Impacto e medo de EAPV	Falta de confiança nos profissionais de saúde	Comunicação e meios de comunicação	Impacto dos boatos	Hesitação entre minorias étnicas	Meios de comunicação de massas	Mobilização social	Formação de profissionais de saúde	Envolvimento com os líderes religiosos	Apoio da sociedade civil e do governo
Angola		X			X						
Arménia	X						X				
Geórgia	X		X	X							
Gana				X	X			X			
Indonésia				X	X		X			X	
República Democrática Popular Lau	X	X			X	X	X				
Moldávia	X	X		X	X		X				
Nigéria					X				X		X
São Tomé e Príncipe	X	X		X	X		X				
Sudão	X				X		X	X	X		
Timor-Leste	X								X		
Usbequistão			X	X							
Vietname		X	X	X	X	X	X				

## Discussão

Através de discussões com 41 participantes (13 entrevistas aprofundadas e 4 discussões em grupos focais), identificámos uma série de razões para a não vacinação ou subvacinação, o que os países estão a fazer, se algo, para aferirem e endereçarem a hesitação perante a vacinação e que áreas de apoio adicional sentiam que necessitavam. Uma vasta variedade de motivos para as pessoas não aceitarem ou atrasarem a vacinação foram reportados pelos participantes de países da LNCT, com alguns padrões de emergência entre os países.

As **preocupações mais predominantes entre os pais eram relativas aos potenciais efeitos adversos das vacinas** conforme reportados na comunicação social, por médicos de clínica geral, ou por pessoas conhecidas; questões de confiança relacionadas com novas vacinas; o estado *halal* das vacinas; bem como desconfiança em relação ao Governo.

Vários participantes reportaram desconfiança em relação a novas vacinas e **preocupações em relação a novos produtos e fabricantes**. Por exemplo, no Vietname, houve relatórios de que os pais se queixam sobre uma nova vacina contra a tosse convulsa que é fabricada na Índia, pois associam-na a efeitos secundários mais graves, incluindo febre. Na Arménia, os participantes da discussão em grupo focal discutiram como os pais acreditam que as vacinas pentavalentes fabricadas na Coreia são de baixa qualidade e como isto afectou a taxa de cobertura da vacinação pentavalente. Um perito em imunização declarou o motivo principal para as recusas das vacinas na Moldávia devem-se a dúvida parental sobre a qualidade das vacinas disponíveis.

As questões sobre o **impacto dos boatos e concepções erradas** foram suscitadas pelos participantes da Indonésia, da República Democrática Popular Lau, Moldávia, Nigéria, São Tomé e Príncipe e Sudão. Apesar da maioria dos participantes ter reportado que existem mecanismos para investigar e responder a EAPV suspeitos, reconheceram que existem muitas vezes falhas em responder a concepções erradas de forma rápida e eficiente.

Outro tema importante - também relacionado com a confiança - era a **religião e política**. Um participante na discussão em grupo focal na Arménia destacou o ambiente político, que tem impacto na confiança do público nas vacinas. Na Indonésia, houve experiências de pais não trazerem os filhos para serem imunizados porque os pais não estavam certos do estatuto *halal* das vacinas. Foram identificadas preocupações sobre a compatibilidade religiosa das vacinas noutros países e vacinas (Paterson P, et al. 2017; Eriksson A, et al. 2013; Bashir A, et al. 2001). Estas conclusões demonstram a importância do contexto religioso e político na hesitação perante a vacinação, destacando a necessidade de respostas adaptadas às preocupações e intervenções para aumentar a confiança do público nas vacinas.

**Hesitação perante a vacinação entre os prestadores de cuidados de saúde** Os participantes nas discussões em grupos focais da Geórgia e do Usbequistão relataram desafios com os profissionais de

saúde, incluindo médicos e enfermeiros, bem como o impacto nas decisões dos pais em relação à vacinação. Apontam para atitudes negativas, falta de autoconfiança, regulamentos fracos e falta de conhecimento e formação dos prestadores de cuidados de saúde como influências na decisão dos pais de aceitarem a vacinação. Dada a influência dos prestadores de cuidados de saúde no processo de tomada de decisão das vacinas, isto é preocupante e requer atenção. Os esforços para endereçar a hesitação perante a vacinação entre os prestadores de cuidados de saúde deve incluir informações e programas de formação para endereçarem as suas preocupações e falhas de conhecimento, formação para dar apoio à comunicação entre os prestadores e os pacientes - incluindo a gestão de perguntas difíceis, bem como mecanismos de responsabilização mais fortes.

Muitos dos participantes sublinharam a **questão da antivacinação e a divulgação de desinformação nas redes sociais**. Em alguns casos, a informação veio de países vizinhos (por exemplo, as pessoas em Timor-Leste são influenciadas pelas redes sociais indonésias) ou de países longínquos (circularam na Moldávia relatos de boatos que tiveram origem nos EUA ou na Rússia). Isto demonstra que a divulgação transnacional do sentimento perante as vacinas e a importância da monitorização dos meios de comunicação para servirem como um aviso precoce para a execução de intervenções para a construção de confiança pública nas vacinas e na imunização.

As estratégias de comunicação são muitas vezes citadas pelos participantes como uma intervenção para atingir populações hesitantes; contudo, o receio dos efeitos secundários, preocupação em relação à segurança das vacinas e as informações díspares que estão acessíveis online irão requerer mais do que colmatar as falhas de informação. São necessários esforços para construir e manter a confiança pública.

## Limitações

Foi desafiante recrutar peritos em imunização para participarem nas entrevistas aprofundadas. Foram enviados inúmeros e-mails de seguimento para encorajar a participação, contudo, das 28 pessoas contactadas, 14 acabaram por participar numa entrevista aprofundada por Skype ou WhatsApp. As nossas conclusões exploram a hesitação perante a vacinação em cada um dos países, como está a ser aferida e como está a ser endereçada, com base em declarações dos peritos dos países. Vão haver falhas nesta avaliação, mesmo no seguimento das nossas tentativas para cobrir estas áreas com outras fontes de informação.

## Resumo das conclusões

Em discussões com 41 participantes da Arménia, Geórgia, Gana, Indonésia, República Democrática Popular Lau, Moldávia, Nigéria, São Tomé e Príncipe, Sudão, Timor-Leste, Usbequistão e Vietname, foram discutidas abordagens para a medição e endereçamento da hesitação perante a vacinação.

Os motivos para a não imunização ou atraso na aceitação da imunização foram diferentes nos diferentes países. Contudo, emergiram temas relacionados com a confiança, complacência e conveniência. A preocupação mais importante articulada por todos os países foi a falta de confiança na segurança das vacinas.

Os países da LNCT estão a implementar várias intervenções para endereçarem a hesitação perante a vacinação. Contudo, na maioria dos países, ainda não foi feita uma avaliação rigorosa destas intervenções - alguns planeiam fazê-la, outros estão interessados em saber mais sobre como avaliarem estratégias para endereçarem a hesitação perante a vacinação.

Apesar de existirem temas comuns relacionados com a hesitação perante a vacinação entre os países da LNCT que participaram no estudo, foi demonstrado que os determinantes para a hesitação perante a vacinação eram específicos ao contexto e ao país. Por conseguinte, é necessário endereçá-los como tal. Não existe uma solução única para endereçar a hesitação perante a vacinação. Existe uma necessidade clara de ferramentas adaptadas e de orientação para auxiliar os países na avaliação e endereçamento da hesitação perante a vacinação.

## Recomendações e próximos passos

A LSHTM, em colaboração com a Results for Development, Curatio, Gavi, UNICEF EURO e OMS EURO, irá dar um workshop de dois dias sobre hesitação perante a vacinação em Genebra, em Novembro de 2019. O propósito global do workshop é construir competências e estratégias para aferir e endereçar a hesitação perante a vacinação e para gerir desafios complexos de comunicação e de construção de confiança na vacinação.

Os objectivos do workshop são para os participantes:

1. Aprenderem com os desafios e sucessos uns dos outros ao endereçarem a hesitação perante a vacinação;
2. Familiarizarem-se com a gama de ferramentas e recursos disponíveis para medir e endereçar a hesitação perante a vacinação e determinar quais são os mais apropriados para os seus contextos;
3. Elaborarem planos nacionais para endereçar questões de hesitação perante a vacinação específicas utilizando ferramentas relevantes e outros recursos.

Planos de ação práticos para utilizarem as ferramentas relevantes e outros recursos irão ser elaborados no workshop, incluindo a identificação de recursos/materiais adicionais necessários para a implementação.

## References and additional resources

- Bashir A, Asif M, Lacey FM, Langley CA, Marriott JF, Wilson KA. Concordance in Muslim patients in primary care. *Int J Pharmacy Practice* 2001;9(S1):78.
- Betsch C, Brewer NT, Brocard P, Davies P, Gaissmaier W, Haase N, Leask J, Renkewitz F, Renner B, Reyna VF, Rossmann C, Sachse K, Schachinger A, Siegrist M, Stryk M. Opportunities and challenges of Web 2.0 for vaccination decisions. *Vaccine* (2012) 30(25):3727-33; DOI: 10.1016/j.vaccine.2012.02.025; PMID: 22365840.
- Boyatzis RE. (1998) *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. London: Sage
- Dubé E, Gagnon D, Nickels E, Jeram S, Schuster M (2014). Mapping vaccine hesitancy – Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*. (2014) 32: 6649-54.
- Eriksson A, Burcharth J, Rosenberg J. Animal derived products may conflict with religious patients' beliefs. *BMC Med Ethics* 2013;14:48.
- European Centre for Disease Prevention and Control. *Communication on immunisation – building trust*. Stockholm: ECDC; 2012.
- Herzog R, Alvarez-Pasquin MJ, Diaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, & Gil, Á. (2013). Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? A systematic review. *BMC Public Health* (2013) 13:154.
- Karafillakis E, Dinca I, Apfel F, Cecconi S, Wurz A, Takas J, Suk J, Pastore Celentano L, Kramarz P, Larson HL (2016). Vaccine hesitancy among healthcare workers in Europe: A qualitative study. *Vaccine*. (2016) 34: 5013-5020.
- Karafillakis E, Larson HJ, ADVANCE consortium (2017) The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccines in European populations. *Vaccine* (2017) 35: 4840-4850.
- Jarrett C, Wilson R, O'Leary M, Eckersberger E, Larson HJ, and the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy (2015) Strategies for addressing vaccine hesitancy – A systematic review. *Vaccine*. (2015) 33: 4180-4190.
- Larson HJ, Clarke RM, Jarrett C, Eckersberger E, Levine Z, Schulz WS, Paterson P (2018) Measuring trust in vaccination: A systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. DOI: 10.1080/21645515.2018.1459252.
- Larson HJ, Cooper LZ, Eskola J, Katz SL, Ratzan S (2011). Addressing the vaccine confidence gap. *Lancet* (2011) 378:526-35.
- Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 32; 2150-2159.

Larson HJ, Schulz W, et al. (2015). The state of vaccine confidence 2015. The Vaccine Confidence Project, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Larson HJ, Wilson R, Hanley S, Parys A, Paterson P. Tracking the global spread of vaccine sentiments: The global response to Japan's suspension of its HPV vaccine recommendation. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* (2014):1-8; DOI: 10.4161/21645515.2014.969618; PMID: 25483472 PMC

Maconachie M, Lewendon G (2004), Immunising children in primary care in the UK – what are the concerns of principal immunisers? (special issue: health promotion and public health across the UK). *Health Education Journal*. 63: 40-9.

Paterson, P, Chantler, T, Larson, HJ. Reasons for non-vaccination: Parental vaccine hesitancy and the childhood influenza vaccination school pilot programme in England. *Vaccine* (2017); DOI: 10.1016/j.vaccine.2017.08.016; PMID: 28818568

Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ (2016). Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine*. 34; 6700-6706.

Rubin GJ, Potts HW, Michie S (2011). Likely uptake of swine and seasonal flu vaccines among healthcare workers. A cross-sectional analysis of UK telephone survey data. *Vaccine*, 29; 2421-8.

SAGE working group on vaccine hesitancy (2014) Report of the SAGE working group on vaccine hesitancy. 01 October 2014.

[http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1\\_Report\\_WORKING\\_GROUP\\_vaccine\\_hesitancy\\_final.pdf](http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf)

Smith P, et al. (2006). Association between health care providers' influence on parents who have concerns about vaccine safety and vaccination coverage. *Pediatrics*, 118 (5), 1287-92.

Strauss A, Corbin J. (1988) *Basics of Qualitative Research*. London: Sage

Thomson A, Robinson K, Vallee-Tourangeau (2016). The 5As: A practical taxonomy for the determinants of vaccine uptake. *Vaccine*. 34; 1018-1034.

Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. (2015). Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France. *EbioMedicine*. 2(8):889-95.

WHO (2013) A guide to tailoring immunization programmes (TIP). Increasing coverage of infant and child vaccination in the WHO European Region. Accessed 15th September 2014.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/187347/The-Guide-to-Tailoring-Immunization-Programmes-TIP.pdf)

WHO (2016) How to respond to vocal vaccine deniers in public. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/315761/Best-practice-guidance-respond-vocal-vaccine-deniers-public.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/315761/Best-practice-guidance-respond-vocal-vaccine-deniers-public.pdf)

WHO Europe (2013) Vaccine Safety Events: managing the communications response. A guide for Ministry of Health EPI managers and Health Promotion Units.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/187171/Vaccine-Safety-Events-managing-the-communications-response.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/187171/Vaccine-Safety-Events-managing-the-communications-response.pdf)