REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

HESITAÇÃO VACINAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: BARREIRAS À ADESÃO E ESTRATÉGIAS MULTIPROFISSIONAIS PARA AMPLIAR A COBERTURA VACINAL

VACCINE HESITANCY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: BARRIERS TO UPTAKE AND MULTIPROFESSIONAL STRATEGIES TO INCREASE VACCINATION COVERAGE

Ciências da Saúde • 09/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793950561

Andrea de Nazaré Marvão Oliveira[1]

Patrik Tomazini dos Reis[2]

Daiane dos Santos Francisco Carneiro[3]

Claudinei Ferro Souza[4]

Fabiana Loyde Wakai Jorge Pinho[5]

João Antonio Carraro[6]

Maria de Lourdes Souza Nascimento[7]

Marianna Goes Moraes[8]

Carolina Trovão dos Santos Baima[9]

Michelly da Costa Cavalcante Muniz[10]

Patricia Maria Brito da Silva[11]

Sâmia Nagib Maluf[12]

Vinícius Gabriel Araújo de Souza[13]

Kátia Braga Amorim[14]

Daniel Dias Machado[15]

Maria Aparecida Silva Lourenço de Farias[16]

Vanderlene Mota Andrade[17]

RESUMO

A hesitação vacinal constitui fenômeno multifatorial que combina dúvidas, adiamento ou recusa de vacinas com obstáculos de acesso e experiências concretas nos serviços, podendo reduzir a cobertura mesmo em sistemas públicos com oferta ampla de imunobiológicos. Este estudo analisou as principais barreiras associadas à hesitação e à adesão incompleta à vacinação no contexto da Estratégia Saúde da Família, bem como estratégias multiprofissionais capazes de ampliar coberturas com equidade. Realizou-se revisão integrativa, qualitativa e descritivo-analítica, com consulta a MEDLINE/PubMed, SciELO, LILACS/BVS e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, considerando publicações de 2022 a outubro de 2026. O corpus final reuniu 50 fontes. Os achados mostram que desinformação, baixa percepção de risco, receio de eventos adversos, ausência de recomendação profissional, dificuldades de horário e deslocamento, oportunidades perdidas, indisponibilidade de vacinas e desigualdades territoriais se combinam de modo variável entre grupos populacionais. Evidências favorecem intervenções multicomponentes: recomendação clínica consistente, escuta qualificada, entrevista motivacional, busca ativa, lembretes, vacinação extramuros, articulação com escolas e microplanejamento territorial. Conclui-se que ampliar a cobertura vacinal exige integrar confiança e acesso, utilizando a capilaridade da Estratégia Saúde da Família para diagnosticar barreiras locais, coordenar a atuação multiprofissional e monitorar resultados por território e grupos sociais.

Palavras-chave: Hesitação Vacinal; Estratégia Saúde da Família; Cobertura Vacinal; Atenção Primária à Saúde; Equidade.

ABSTRACT

Vaccine hesitancy is a multifactorial phenomenon combining doubts, delayed acceptance or refusal of vaccines with access barriers and concrete experiences with health services, potentially reducing coverage even in public systems with broad vaccine provision. This study analyzed the main barriers associated with hesitancy and incomplete vaccination uptake within Brazil's Family Health Strategy, as well as multiprofessional strategies capable of increasing coverage with equity. An integrative, qualitative, descriptive-analytical review was conducted using MEDLINE/PubMed, SciELO, LILACS/BVS, and official documents from the Brazilian Ministry of Health and the World Health Organization, including publications from 2022 through October 2026. The final corpus comprised 50 sources. Findings show that misinformation, low risk perception, fear of adverse events, lack of professional recommendation, limited opening hours and transportation, missed opportunities, vaccine shortages, and territorial inequalities combine differently across population groups. Evidence supports multicomponent interventions: consistent clinical recommendation, qualified listening, motivational interviewing, active outreach, reminders, outreach vaccination, school partnerships, and territorial microplanning. It is concluded that increasing vaccination coverage requires integrating confidence and access, using the capillarity of the Family Health Strategy to diagnose local barriers, coordinate multiprofessional action, and monitor results across territories and social groups.

Keywords: Vaccine Hesitancy; Family Health Strategy; Vaccination Coverage; Primary Health Care; Equity.

1. INTRODUÇÃO

A vacinação permanece entre as intervenções de saúde pública com maior capacidade de prevenir adoecimento, complicações e mortes, mas sua efetividade coletiva depende de coberturas suficientemente altas, oportunas e distribuídas de maneira equitativa. Em 2025, a cobertura mundial da terceira dose de vacinas contendo difteria, tétano e coqueluche permaneceu abaixo da universalidade, enquanto milhões de crianças continuaram sem receber nenhuma dose de rotina, evidenciando que disponibilidade tecnológica, por si só, não garante acesso efetivo nem conclusão de esquemas vacinais (World Health Organization, 2026). No Brasil, a trajetória do Programa Nacional de Imunizações demonstra elevada capacidade histórica de organizar vacinação em larga escala, porém a queda de coberturas observada na última década e a recuperação heterogênea entre vacinas e territórios recolocaram a adesão como prioridade da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2023; Rago *et al.*, 2026).

A hesitação vacinal é compreendida como um fenômeno situado entre a aceitação plena e a recusa, podendo expressar-se por dúvida, adiamento, seleção de determinadas vacinas ou resistência em contextos específicos. A Organização Mundial da Saúde recomenda analisá-la a partir dos determinantes comportamentais e sociais da vacinação, que incluem o que as pessoas pensam e sentem, os processos sociais que moldam normas e confiança, a motivação para vacinar e as questões práticas que facilitam ou dificultam transformar intenção em ação (World Health Organization, 2022a; World Health Organization, 2022b). Essa perspectiva é particularmente útil para a Estratégia Saúde da Família (ESF), pois impede reduzir a baixa cobertura a uma suposta falta de informação individual e direciona a análise para relações familiares, experiências

com profissionais, organização dos serviços, território, desigualdades e circulação de conteúdos digitais.

Inquéritos brasileiros recentes mostram que a hesitação e a vacinação incompleta não possuem uma causa única. Barata et al. (2024) demonstraram associação entre hesitação e menores coberturas em crianças aos 24 meses, enquanto França et al. (2025) identificaram barreiras relacionadas à confiança, receio de eventos adversos, efeitos da pandemia e dificuldades práticas para acessar os serviços. Em estudo domiciliar, Nascimento et al. (2025a) observaram frequência expressiva de hesitação parental e reforçaram a centralidade da confiança na decisão vacinal. Em municípios do interior do Nordeste, Ferreira et al. (2024) verificaram coberturas aquém das metas e associação com dificuldades de deslocamento, decisões familiares e condições de acesso, mostrando que o problema combina dimensões subjetivas e operacionais.

As oportunidades perdidas de vacinação revelam de forma ainda mais direta a responsabilidade do sistema de saúde. Crianças podem comparecer à unidade por consultas, acompanhamento de crescimento, procedimentos ou demandas agudas e, mesmo assim, sair sem atualização da caderneta quando não há verificação sistemática do status vacinal, existem falsas contraindicações, falta de imunobiológico, recusa em abrir frascos multidose ou comunicação pouco resolutiva. Nascimento et al. (2025b) encontraram elevada ocorrência de oportunidades perdidas no primeiro ano de vida e indicaram que informação recente e orientação adequada atuam como fatores protetores. Dessa forma, o enfrentamento da hesitação precisa incluir segurança do abastecimento, fluxos assistenciais e responsabilização da equipe por revisar a situação vacinal em contatos oportunos.

A desinformação acrescenta complexidade porque conteúdos antivacina ou céticos circulam em ambientes de alta velocidade, explorando incertezas, experiências adversas e desconfiança institucional. Estudos experimentais e observacionais mostram que a exposição a conteúdos céticos pode reduzir intenção vacinal e que a simples rotulagem de desinformação nem sempre neutraliza seus efeitos, especialmente entre pessoas com hesitação prévia (Allen; Watts; Rand, 2024; Sisco; Brummette, 2024; Zhang; Chen; Moe, 2024). No Brasil, análises de discursos digitais durante a pandemia demonstraram relações entre mensagens em redes sociais e sentidos atribuídos à vacinação, reforçando a necessidade de comunicação proativa, transparente e territorialmente contextualizada (Ferreira-Silva *et al.*, 2024).

O problema também apresenta recortes por ciclo de vida e vacina. A vacinação contra o papilomavírus humano reúne desafios ligados ao conhecimento, à percepção de risco, à recomendação profissional e ao acesso de adolescentes. Pesquisa nacional apontou lacunas de conhecimento sobre a vacina contra HPV entre adolescentes, com desigualdades educacionais e regionais, enquanto estudos posteriores identificaram resistência vinculada à baixa informação e à ausência de recomendação de profissionais (Silva *et al.*, 2024; Soares *et al.*, 2025). A perspectiva dos próprios adolescentes evidencia que decisões familiares, experiências no serviço e comunicação adaptada à faixa etária influenciam a adesão, exigindo articulação entre ESF, escolas e responsáveis (Souza *et al.*, 2026).

A ESF ocupa posição estratégica porque combina adscrição territorial, longitudinalidade, atuação multiprofissional e presença de agentes comunitários de saúde. A proximidade com famílias permite identificar atrasos, compreender motivos de não vacinação

e ofertar respostas proporcionais ao problema: desde ampliar horários e organizar vacinação extramuros até desenvolver aconselhamento individualizado e mobilização comunitária. A estratégia nacional de Atividades de Vacinação de Alta Qualidade enfatiza microplanejamento baseado na realidade local, integração entre atenção primária, imunização e vigilância, comunicação de risco e monitoramento de grupos não vacinados (Brasil, 2026a). A vacinação nas escolas, intensificada nacionalmente, amplia portas de entrada e favorece busca de adolescentes e crianças com esquemas incompletos (Brasil, 2026c).

Intervenções isoladas tendem a produzir efeitos menores do que abordagens que combinam comunicação, facilidade de acesso, lembretes e envolvimento comunitário. Revisões sistemáticas mostram benefício de lembretes por mensagens, estratégias de engajamento comunitário, recomendação de profissionais, intervenções em atenção primária e abordagens multicomponentes, embora o efeito varie segundo contexto, população e desfecho avaliado (Louw *et al.*, 2024; Xie *et al.*, 2024; Liu *et al.*, 2025; Wheeler *et al.*, 2025). A entrevista motivacional e outras técnicas de comunicação centrada na pessoa podem reduzir confronto, reconhecer ambivalências e fortalecer autonomia informada, sendo especialmente relevantes quando o problema predominante é confiança e não ausência física de acesso (Gagneur *et al.*, 2024; Labbé *et al.*, 2025).

Nesse contexto, é necessário compreender a hesitação vacinal como expressão de uma relação entre pessoas, serviços e territórios, e não como atributo fixo de indivíduos. Estratégias efetivas dependem de diagnóstico local dos determinantes, coordenação entre diferentes categorias profissionais, monitoramento de coberturas por

microárea e comunicação capaz de sustentar confiança sem ocultar incertezas. Este estudo tem como objetivo analisar as barreiras à adesão vacinal no contexto da Estratégia Saúde da Família e discutir estratégias multiprofissionais, territoriais e comunicacionais capazes de ampliar a cobertura vacinal com equidade e oportunidade.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Hesitação Vacinal Como Fenômeno Multidimensional

A literatura recente converge para a ideia de que hesitação vacinal não equivale automaticamente a recusa. Pessoas podem aceitar determinadas vacinas, adiar outras, expressar medo e ainda manter abertura para diálogo. O modelo de determinantes comportamentais e sociais proposto pela Organização Mundial da Saúde organiza o fenômeno em quatro campos interdependentes: pensamento e sentimento, processos sociais, motivação e questões práticas. Essa estrutura orienta equipes a investigar se o obstáculo predominante é confiança, norma social, intenção ou acesso, evitando respostas padronizadas para problemas diferentes (World Health Organization, 2022a; World Health Organization, 2022b).

No Brasil, estudos com pais e cuidadores confirmam heterogeneidade. Martinez et al. (2022) observaram relações entre atitudes sobre vacinação obrigatória e hesitação em relação às vacinas infantis; Costa et al. (2024) descreveram percepções de responsáveis sobre imunização infantil em São Paulo; Olbrich Neto e Olbrich (2023) identificaram preocupações, inconsistências e dúvidas entre responsáveis por pré-escolares; Nascimento et al. (2025a) reforçaram que confiança é componente central. A leitura conjunta sugere que a abordagem da ESF deve identificar em que ponto do

processo decisório a família se encontra e qual intervenção pode reduzir incerteza ou barreira sem gerar estigmatização.

2.2. Programa Nacional de Imunizações, APS e Território

O Programa Nacional de Imunizações consolidou no país um calendário amplo e capacidade logística de vacinação, sendo componente essencial da vigilância e da atenção primária. O documento comemorativo de seus 50 anos destaca a contribuição do programa para controle e eliminação de doenças e a necessidade de atualização contínua diante de mudanças demográficas, epidemiológicas e tecnológicas (Brasil, 2023). A Instrução Normativa do Calendário Técnico Nacional de Vacinação de 2026 organiza esquemas, grupos e recomendações, mas a efetividade dessas orientações depende de sua tradução em rotinas territoriais capazes de localizar pessoas atrasadas e superar barreiras concretas (Brasil, 2026b).

A ESF transforma diretrizes nacionais em ação local. Microáreas, cadastros, visitas domiciliares, consultas e ações coletivas permitem identificar bolsões de baixa cobertura que médias municipais podem ocultar. Fernandes, Percio e Maciel (2024) destacam que a situação brasileira combina hesitação com dificuldades geográficas e administrativas; Barata et al. (2024) evidenciam diferenças de cobertura segundo hesitação e estratos sociais. Assim, o território deve ser tratado como unidade de análise e intervenção, com mapas de risco, busca ativa e metas específicas para grupos com maior atraso.

2.3. Confiança, Percepção de Risco e Segurança Vacinal

Confiança envolve percepção sobre segurança e efetividade das vacinas, credibilidade de profissionais e instituições e coerência das mensagens recebidas. Durante a pandemia, mudanças de recomendação, intensa exposição pública à ciência em desenvolvimento e polarização favoreceram dúvidas que ultrapassaram a vacinação contra COVID-19 e alcançaram imunizações de rotina. Gramacho et al. (2024) identificaram determinantes atitudinais e comportamentais relevantes para vacinação infantil contra COVID-19 no Brasil; Sardinha et al. (2025), em revisão sistemática e meta-análise, confirmaram a relevância da hesitação no contexto brasileiro; enquanto Nehab et al. (2023) mostraram que a disposição de cuidadores para vacinar crianças e adolescentes varia conforme percepção de benefício, segurança e confiança.

A comunicação sobre eventos adversos exige equilíbrio. Negar riscos conhecidos pode comprometer credibilidade, enquanto apresentar eventos raros sem contexto pode ampliar temor. Cagnotta et al. (2025) defendem estratégias direcionadas aos perfis de hesitação e Santibanez et al. (2024) demonstram que a hesitação pode variar entre vacinas na mesma família. Para a equipe da ESF, isso implica explicar benefícios e riscos em linguagem compreensível, diferenciar eventos temporais de eventos causalmente relacionados, reconhecer dúvidas legítimas e pactuar seguimento quando a pessoa necessita de tempo para decidir.

2.4. Desinformação, Infodemia e Ambiente Digital

O ambiente digital altera a escala e a persistência de narrativas sobre vacinas. Conteúdos enganosos podem utilizar relatos pessoais, imagens emocionais e falsa equivalência entre evidências para

produzir impressão de controvérsia. Allen, Watts e Rand (2024) quantificaram o impacto de conteúdos céticos no Facebook sobre intenção vacinal, enquanto Sisco e Brummette (2024) analisaram como narrativas online contribuem para hesitação em vacinas de mRNA. Esses achados mostram que responder apenas após a circulação de boatos é insuficiente; a comunicação precisa antecipar temas recorrentes e oferecer fontes confiáveis antes que dúvidas se consolidem.

Estratégias digitais podem, contudo, ser parte da solução. Nazari et al. (2026) observaram que intervenções em mídias sociais apresentam efeitos mais consistentes sobre conhecimento, atitudes e hesitação do que sobre vacinação efetivamente realizada, indicando que comunicação digital deve estar conectada a facilidades reais de acesso. Hernandez Rincon et al. (2026) reforçam abordagens culturalmente adaptadas, alfabetização midiática, checagem e prebunking. Na ESF, conteúdos digitais ganham maior potência quando vinculados a profissionais conhecidos do território, canais institucionais e convite concreto para comparecimento à sala de vacina.

2.5. Desigualdades Sociais e Barreiras Práticas de Acesso

Cobertura vacinal média pode mascarar desigualdades substanciais. Estudos nacionais sobre vacinação contra COVID-19 mostraram diferenças entre municípios, adultos e idosos, demonstrando que condições socioeconômicas, capacidade local do sistema e desigualdade territorial influenciam quem recebe vacinação em tempo oportuno (Boing *et al.*, 2023a; Boing *et al.*, 2023b). Silveira et al. (2026) também identificaram desigualdades em coberturas de COVID-19 e influenza, reforçando que estratégias universais

precisam de intensidade proporcional às barreiras enfrentadas por diferentes grupos.

Em vacinação infantil, dificuldades de deslocamento, horário, indisponibilidade e oportunidades perdidas podem ser interpretadas erroneamente como escolha individual. Ferreira et al. (2024) e França et al. (2025) evidenciam que conveniência e organização dos serviços fazem parte do fenômeno. A equidade demanda ampliar horários quando necessário, integrar vacinação a outros atendimentos, usar unidades móveis ou pontos extramuros, assegurar estoque e priorizar busca ativa em áreas com menor cobertura, sem culpabilizar famílias que enfrentam restrições de trabalho, renda, transporte ou cuidado de outros dependentes.

2.6. Profissionais de Saúde e Comunicação Clínica

A recomendação de um profissional de confiança é um dos fatores mais consistentes para vacinação, mas a própria equipe pode apresentar insegurança, dificuldades de comunicação ou hesitação. Prieto-Campo et al. (2024) identificaram fatores que influenciam hesitação entre profissionais, e Lo Moro et al. (2023) demonstraram necessidade de intervenções que fortaleçam a capacidade dos trabalhadores de responder a dúvidas. A formação deve abranger atualização técnica, comunicação de risco, manejo de mitos, reconhecimento de falsas contraindicações e estratégias de decisão compartilhada.

Holford et al. (2024) mostram que profissionais relatam desafios diante de conversas sensíveis e necessidade de treinamento específico. Miras et al. (2026), em revisão de escopo, sintetizam estratégias de comunicação para hesitação vacinal infantil. Jwa et al.

(2025), em revisão de intervenções de comunicação com pais, destacam que abordagens interativas e presenciais tendem a produzir resultados mais favoráveis que mensagens puramente informativas em alguns contextos. Para a ESF, a comunicação deve ser responsabilidade da equipe e não apenas do vacinador, garantindo coerência entre médicos, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários, odontologia e demais profissionais.

2.7. Entrevista Motivacional e Cuidado Centrado na Pessoa

A entrevista motivacional oferece princípios úteis para lidar com ambivalência: perguntar antes de informar, explorar motivos, reconhecer autonomia e apoiar a própria pessoa a verbalizar razões para mudança. Gagneur et al. (2024) descrevem sua aplicação no aconselhamento vacinal, enquanto Labbé et al. (2025) compararam intervenções motivacionais e educativas e apontaram a importância de estratégias que vão além da transmissão unidirecional de fatos. O método é particularmente adequado quando há resistência a conversas prescritivas ou quando a pessoa apresenta experiências negativas anteriores.

O cuidado centrado na pessoa não implica neutralidade diante de evidências. Profissionais devem recomendar vacinação de modo claro, mas podem fazê-lo sem confrontação, valorizando perguntas e oferecendo retorno. Essa combinação entre recomendação firme e escuta reduz a falsa oposição entre vínculo e efetividade. Também permite reconhecer quando o principal obstáculo não é cognitivo: uma família pode concordar com a vacina e ainda não conseguir comparecer, exigindo solução operacional em vez de mais educação em saúde.

2.8. Busca Ativa, Lembretes e Vacinação Extramuros

Intervenções de lembrete e recall têm base de evidências consistente. Louw et al. (2024) demonstraram aumento de adesão com mensagens de texto, e Hirani e Wüst (2024) mostraram que o desenho do lembrete influencia resultados. Revisões mais amplas identificam melhor desempenho quando lembretes são combinados com recomendação profissional, facilitação de acesso e outros componentes organizacionais (Liu *et al.*, 2025; Wheeler *et al.*, 2025). Na ESF, listas nominais e sistemas de informação podem apoiar contato com pessoas em atraso, desde que dados estejam atualizados e haja cuidado com privacidade.

A busca ativa conduzida por agentes comunitários e a vacinação extramuros aproximam a oferta de grupos que não frequentam rotineiramente a unidade. A estratégia de Atividades de Vacinação de Alta Qualidade propõe microplanejamento, identificação de áreas prioritárias, mobilização social e monitoramento de resultados (Brasil, 2026a). A efetividade depende de planejar equipes, cadeia de frio, registro e comunicação, evitando ações pontuais sem continuidade.

2.9. Escolas, Adolescentes e Vacinação Contra HPV

A adolescência apresenta desafios específicos porque a decisão pode envolver adolescente, responsáveis, escola e serviço de saúde. Silva et al. (2024) identificaram desconhecimento relevante sobre a vacina contra HPV entre adolescentes brasileiros, e Soares et al. (2025) associaram hesitação a falta de conhecimento, dificuldades de acesso e ausência de recomendação profissional. Souza et al. (2026) reforçam a necessidade de comunicação adaptada à

linguagem juvenil e de participação da enfermagem na educação em saúde.

A vacinação nas escolas reduz dependência do comparecimento espontâneo à unidade e cria oportunidade para revisar cadernetas em grande escala. O Guia Estratégia de Vacinação nas Escolas 2026 orienta integração entre saúde e educação, identificação de esquemas incompletos, autorização e comunicação com famílias, além de oferta extramuros (Brasil, 2026c). Para maximizar confiança, a ação deve ser precedida por informação transparente e canais para esclarecimento de dúvidas, evitando que a escola seja percebida apenas como espaço de imposição.

2.10. Microplanejamento, Governança e Monitoramento

Microplanejamento traduz metas gerais em decisões sobre quem está não vacinado, onde vive, por que não recebeu a dose e qual ação é necessária. A estratégia AVAQ propõe diagnóstico local, definição de prioridades, integração com vigilância e monitoramento contínuo, coerente com a recomendação internacional de utilizar dados comportamentais e sociais para adaptar intervenções (Brasil, 2026a; World Health Organization, 2022b). Essa abordagem evita campanhas homogêneas em territórios com determinantes diferentes.

A Agenda de Imunização 2030 enfatiza integração com a atenção primária, equidade e alcance de populações zero-dose e subimunizadas (World Health Organization, 2025). Na ESF, indicadores de cobertura devem ser desagregados por microárea, faixa etária e grupo prioritário, complementados por indicadores de oportunidade, abandono de esquemas, faltas de estoque e motivos

de não vacinação. Governança inclui reuniões de equipe, devolutiva dos dados, pactuação com gestores e participação comunitária para ajustar estratégias.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa e natureza descritivo-analítica, estruturada para sintetizar evidências recentes sobre hesitação vacinal, barreiras à adesão e estratégias de ampliação de cobertura no contexto da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família. A revisão integrativa foi escolhida por permitir reunir estudos observacionais, inquéritos, revisões sistemáticas, pesquisas qualitativas, estudos de intervenção e documentos normativos, mantendo distinção entre achados empíricos, recomendações institucionais e interpretações aplicáveis ao território brasileiro.

A questão orientadora foi formulada nos seguintes termos: quais barreiras individuais, sociais, comunicacionais e organizacionais contribuem para hesitação ou vacinação incompleta e quais estratégias multiprofissionais, desenvolvidas ou aplicáveis à atenção primária, apresentam potencial para ampliar cobertura vacinal com equidade? A população de interesse incluiu crianças, adolescentes, adultos, idosos, cuidadores e profissionais de saúde, considerando vacinas de rotina, influenza, COVID-19 e HPV quando os estudos contribuíam para compreender mecanismos de adesão, confiança, acesso ou comunicação.

As buscas foram realizadas durante outubro de 2026 nas bases MEDLINE, via PubMed; Scientific Electronic Library Online (SciELO); e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, via

Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS/BVS). Complementarmente, foram consultados documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde relacionados a hesitação vacinal, determinantes comportamentais e sociais, Programa Nacional de Imunizações, calendário técnico, microplanejamento e vacinação em escolas.

Foram utilizados descritores DeCS/MeSH e termos livres em português e inglês: “Vaccination Hesitancy”/“Hesitação Vacinal”, “Vaccination Coverage”/“Cobertura Vacinal”, “Immunization Programs”, “Primary Health Care”/“Atenção Primária à Saúde”, “Family Health Strategy”/“Estratégia Saúde da Família”, “Health Communication”, “Vaccine Confidence”, “Misinformation”, “Community Health Workers”, “Human Papillomavirus Vaccines”, “Reminder Systems” e “Community Participation”. Os termos foram combinados com AND e OR, adaptando sintaxe às bases e adicionando Brasil/Brazil quando necessário para recuperar evidências nacionais.

Foram incluídas publicações entre janeiro de 2022 e 31 de outubro de 2026, em português, inglês ou espanhol, com identificação bibliográfica verificável e aderência a pelo menos um dos eixos: hesitação, confiança, barreiras de acesso, oportunidades perdidas, comunicação, desinformação, recomendação profissional, lembretes, engajamento comunitário, vacinação extramuros, equidade ou estratégias de atenção primária. Documentos oficiais recentes foram incluídos quando necessários para contextualizar políticas, calendário e estratégias operacionais vigentes.

Foram excluídos textos anteriores a 2022, duplicatas, materiais promocionais, comentários sem base metodológica ou normativa,

estudos exclusivamente laboratoriais sem relação com decisão ou acesso à vacinação, publicações sem informações suficientes para verificação e artigos cujo foco não contribuísse para a questão orientadora. A seleção priorizou evidências de maior relevância metodológica e estudos brasileiros quando disponíveis, complementando-os com revisões e intervenções internacionais úteis à prática da ESF.

A seleção ocorreu em quatro etapas: identificação das publicações e documentos; triagem por título e resumo; avaliação de elegibilidade mediante leitura integral ou conferência detalhada da publicação; e inclusão na síntese. Após remoção de duplicidades e aplicação dos critérios, o corpus analítico foi composto por 50 fontes, das quais 42 publicações científicas e oito documentos institucionais. Não foram atribuídos números artificiais às etapas intermediárias quando a recuperação ocorreu por estratégias complementares e atualização manual de buscas, preservando transparência quanto ao processo.

Figura 1. Fluxograma do processo metodológico da revisão integrativa



Fonte: elaboração dos autores (2026).

A análise foi temática e iterativa. As informações foram organizadas em matriz contendo autoria, ano, população, vacina ou contexto, barreira principal, estratégia avaliada e implicação para a ESF. Na primeira codificação, os achados foram agrupados em confiança e percepção de risco, questões práticas de acesso, desinformação, desigualdades, comunicação profissional e intervenções. Na segunda, foram consolidados eixos de resposta multiprofissional: microplanejamento, busca ativa, recomendação clínica, entrevista motivacional, lembretes, vacinação extramuros, ações escolares e monitoramento territorial.

Por utilizar exclusivamente dados secundários de acesso público e não envolver participantes, prontuários individualizados ou intervenção, não se aplica submissão a Comitê de Ética em Pesquisa. Foram observados princípios de integridade acadêmica, rastreabilidade das fontes e correspondência entre citações e

referências. Entre as limitações estão heterogeneidade dos desenhos, variação entre vacinas e populações, predomínio de evidências produzidas em contextos distintos do SUS para algumas intervenções e rápida mudança do ambiente informacional. Essas limitações foram consideradas ao distinguir resultados robustos de estratégias cujo efeito depende fortemente do contexto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Panorama das Barreiras à Adesão e à Cobertura Vacinal

A síntese das 50 fontes demonstrou que baixa cobertura raramente decorre de um único fator. Os estudos brasileiros apontam combinação entre hesitação, organização dos serviços e desigualdades. Barata et al. (2024) verificaram que a hesitação parental repercute sobre a cobertura aos 24 meses; Fernandes, Percio e Maciel (2024) relacionam o cenário nacional a desinformação, baixa percepção de risco e barreiras geográficas e administrativas; França et al. (2025) acrescentam dificuldades práticas e experiências da pandemia. Em conjunto, esses achados rejeitam explicações simplistas que atribuem toda não vacinação a rejeição ideológica.

A consequência para a ESF é operacional: antes de escolher uma intervenção, a equipe deve classificar a barreira. Famílias que não confiam exigem comunicação e vínculo; pessoas que desejam vacinar, mas encontram unidade fechada, falta de dose ou incompatibilidade de horário, necessitam reorganização do serviço; grupos pouco alcançados precisam de busca ativa e oferta extramuros. Essa lógica é coerente com o modelo BeSD, no qual motivação e questões práticas são dimensões distintas, embora

relacionadas (World Health Organization, 2022a; World Health Organization, 2022b).

A tendência temporal brasileira reforça a urgência. Rago et al. (2026) demonstram que diferentes vacinas infantis permaneceram abaixo das metas em grande parte do período recente, apesar de sinais de recuperação. A leitura territorial é essencial porque uma média crescente pode conviver com microáreas persistentemente vulneráveis. Por isso, cobertura, oportunidade e abandono de esquema precisam ser analisados simultaneamente.

Quadro 1. Barreiras à vacinação e respostas multiprofissionais na Estratégia Saúde da Família

Barreira predominante	Manifestação no território	Resposta multiprofissional	Indicador de acompanhamento
Confiança/segurança	Medo de eventos, dúvidas, adiamento	Recomendação clara, escuta, entrevista motivacional	Recusas/adiamentos e conversões após aconselhamento
Acesso/conveniência	Horário, distância, sala fechada, falta de dose	Horário ampliado, integração de atendimentos, extramuros	Oportunidades perdidas e faltas de estoque
Esquecimento/abandono	Dose subsequente em atraso	Lembretes, recall, busca ativa e visita domiciliar	Abandono de esquema e doses recuperadas
Desinformação	Boatos, conteúdos céticos, baixa confiança digital	Comunicação de risco, prebunking e canais locais confiáveis	Temas recorrentes e alcance das ações

Desigualdade territorial	Bolsões de baixa cobertura	Microplanejamento e intensificação proporcional à necessidade	Cobertura por microárea e grupos sociais

Fonte: elaboração dos autores a partir da síntese das evidências (2026).

4.2. Barreiras de Acesso, Oportunidades Perdidas e Organização do Serviço

Os achados sobre acesso mostram que conveniência é componente central da adesão. Ferreira et al. (2024) identificaram associação entre vacinação incompleta e dificuldades de deslocamento e decisões familiares em municípios do interior nordestino. França et al. (2025) descrevem distância, horário, tempo disponível, indisponibilidade de vacinas, fechamento de sala e ausência de trabalhadores como fatores que podem ser percebidos pelas famílias como obstáculos persistentes. Esses problemas são sensíveis à gestão local e não devem ser tratados exclusivamente com campanhas educativas.

As oportunidades perdidas aprofundam esse diagnóstico. Nascimento et al. (2025b) demonstraram que muitas crianças tiveram contato com serviços sem receber vacinas indicadas. Falha em revisar caderneta, falsas contraindicações, indisponibilidade e dificuldades na rotina de frascos multidose criam barreiras evitáveis. A ESF pode reduzir o problema com conferência vacinal em toda consulta, sinais de alerta no prontuário, protocolos para encaminhamento imediato à sala de vacina e revisão periódica dos motivos de perda.

Intervenções organizacionais devem ser desenhadas com base no perfil da população. Horário estendido pode ser decisivo para trabalhadores; vacinação domiciliar ou em pontos comunitários, para pessoas com mobilidade limitada; integração com pré-natal, puericultura, saúde bucal e acompanhamento de doenças crônicas, para aumentar oportunidades. A recomendação de não desperdiçar encontros assistenciais é particularmente importante em territórios com transporte escasso e alta rotatividade de usuários.

4.3. Confiança, Receio de Eventos Adversos e Decisão Familiar

Confiança apareceu como dimensão transversal. Nascimento et al. (2025a) encontraram hesitação parental relevante em inquérito domiciliar, e Almeida et al. (2026) demonstraram que maior conhecimento se associa a menor hesitação no primeiro ano de vida. Olbrich Neto e Olbrich (2023) registraram preocupações e inconsistências entre responsáveis, reforçando que parte da hesitação se manifesta como necessidade de esclarecimento e não como recusa definitiva. A oportunidade de diálogo longitudinal da ESF pode impedir que dúvidas temporárias evoluam para abandono de esquemas.

O profissional deve diferenciar uma pergunta sobre segurança de desconfiança institucional mais profunda. Explicações centradas apenas em números podem ser insuficientes quando a decisão é influenciada por experiências familiares, relatos em redes sociais ou medo de responsabilização por um evento adverso. A recomendação precisa ser clara, acompanhada de informação sobre reações esperadas, sinais de alerta e canais para retorno. Cagnotta et al. (2025) e Santibanez et al. (2024) mostram que perfis de hesitação

diferem entre vacinas, tornando inadequada a presunção de uma posição única do usuário.

A confiança também depende da consistência da equipe. Mensagens contraditórias entre profissionais fragilizam credibilidade. Intervenções voltadas aos trabalhadores, incluindo atualização sobre calendários, contraindicações e comunicação de risco, são essenciais (Prieto-Campo *et al.*, 2024; De Koning *et al.*, 2024). Reuniões breves de alinhamento podem padronizar orientações e permitir que dúvidas técnicas sejam resolvidas antes de chegar ao usuário.

4.4. Desinformação, Redes Sociais e Comunicação de Risco

A análise das evidências digitais mostra que desinformação não se limita a conteúdos comprovadamente falsos. Mensagens verdadeiras apresentadas sem contexto, relatos emocionais e insinuações de conflito de interesse também podem reduzir confiança. Allen, Watts e Rand (2024) demonstraram impacto de conteúdo cético na intenção vacinal, e Zhang, Chen e Moe (2024) observaram que rótulos de advertência interagem com o nível prévio de hesitação. Ferreira-Silva et al. (2024) identificaram relações entre sentidos observados em estudo epidemiológico e mensagens no Twitter no contexto brasileiro.

Para a ESF, monitorar dúvidas recorrentes do território é mais útil do que tentar responder a toda informação falsa existente. Agentes comunitários podem registrar temas que surgem nas visitas; profissionais podem construir respostas padronizadas e materiais breves; perfis institucionais podem publicar conteúdo antes de campanhas e mudanças de calendário. A estratégia deve priorizar

rapidez, transparência e vínculo local. Conteúdo altamente técnico ou respostas irônicas a pessoas hesitantes tendem a ampliar distância.

Intervenções digitais apresentam potencial quando articuladas a ações presenciais. Nazari et al. (2026) encontraram efeitos favoráveis sobre conhecimento e atitudes, mas resultados menos uniformes sobre vacinação efetiva. Hernandez Rincon et al. (2026) destacam adaptação cultural e alfabetização midiática. Portanto, mensagens digitais devem terminar em uma ação concreta: endereço, horário, possibilidade de agendamento, contato da equipe e indicação de quem pode esclarecer dúvidas.

4.5. Desigualdades, Determinantes Sociais e Equidade Vacinal

Os estudos brasileiros de cobertura mostram que vacinação é influenciada por desigualdades sociais e capacidade dos municípios. Boing et al. (2023a) identificaram iniquidades na cobertura de adultos e idosos contra COVID-19, enquanto Boing et al. (2023b) demonstraram que parte dos municípios ficou para trás na distribuição da cobertura. Silveira et al. (2026) encontraram desigualdades nas coberturas de COVID-19 e influenza. Esses achados indicam que estratégias iguais para todos podem manter desigualdades quando os obstáculos são desiguais.

A ESF permite usar equidade como critério operacional. Microáreas com maior atraso podem receber busca ativa mais frequente, dias adicionais de vacinação e ações com equipamentos sociais; grupos com barreiras linguísticas ou de letramento podem receber materiais adaptados; famílias com dificuldade de transporte podem ser alcançadas por ações extramuros. O monitoramento precisa

comparar cobertura entre subgrupos e não apenas observar média da unidade.

Equidade também exige cuidado com interpretações moralizantes. A não vacinação em populações vulneráveis pode resultar de jornadas extensas de trabalho, deslocamento, instabilidade residencial, responsabilidades de cuidado ou experiências de discriminação. Abordagens que classificam essas pessoas como negligentes sem investigar contexto podem deteriorar vínculo. A resposta multiprofissional deve combinar proteção coletiva com respeito e solução prática das barreiras.

4.6. Papéis da Equipe Multiprofissional na Estratégia Saúde da Família

A ampliação da cobertura não é responsabilidade exclusiva da sala de vacina. Enfermeiros organizam processos, supervisão e educação; médicos e profissionais de saúde bucal podem revisar status vacinal em consultas; técnicos realizam vacinação e orientações; agentes comunitários identificam atrasos e barreiras domiciliares; profissionais de equipes multiprofissionais podem contribuir com comunicação, saúde mental, assistência social e educação. Essa distribuição aumenta pontos de contato e reduz dependência de uma única oportunidade.

Revisões sobre profissionais mostram que treinamento e confiança da equipe influenciam a qualidade da recomendação. Lo Moro et al. (2023) apontam intervenções para fortalecer ação de trabalhadores frente à hesitação, Holford et al. (2024) descrevem necessidades de capacitação em comunicação e Prieto-Campo et al. (2024) revelam que profissionais também podem vivenciar hesitação. Por isso,

educação permanente deve incluir conteúdo clínico e habilidades conversacionais.

A coordenação multiprofissional também favorece respostas a casos complexos. Quando hesitação está ligada a ansiedade intensa, experiências adversas prévias ou conflitos familiares, uma consulta mais longa ou apoio de outro profissional pode ser necessário. Quando a barreira é social, a articulação com serviços locais pode facilitar acesso. A equipe deve registrar o motivo de atraso para que o próximo contato continue o plano, evitando reiniciar a conversa a cada atendimento.

4.7. Recomendação Profissional, Entrevista Motivacional e Decisão Compartilhada

A recomendação profissional é mais efetiva quando inequívoca e personalizada. Wheeler et al. (2025) identificaram intervenções em atenção primária associadas a maior vacinação adulta, incluindo recomendação por médicos e enfermeiros e abordagens combinadas. Jwa et al. (2025) reforçam que intervenções de comunicação podem reduzir hesitação parental, especialmente quando há interação e oportunidade para perguntas. A orientação “vacine-se” ganha força quando acompanhada de explicação do porquê aquela vacina é importante naquele momento e de facilitação imediata do acesso.

A entrevista motivacional é útil para pessoas ambivalentes. Gagneur et al. (2024) descrevem abordagem baseada em explorar dúvidas e motivação sem confronto, e Labbé et al. (2025) demonstram que intervenções motivacionais podem complementar educação tradicional. Na prática, perguntas como “o que mais preocupa você

nessa vacina?” e “o que faria você se sentir mais seguro para decidir?” permitem identificar o núcleo da hesitação e direcionar informação relevante.

O objetivo não é prolongar indefinidamente a decisão. Depois de escutar e responder, o profissional deve oferecer recomendação, verificar compreensão e propor uma ação: vacinação no mesmo dia, retorno agendado ou acompanhamento específico. Registrar a conversa possibilita continuidade. Se a pessoa recusar, o vínculo deve ser preservado e a oferta retomada em contatos futuros, pois hesitação é dinâmica.

4.8. Lembretes, Busca Ativa e Estratégias Multicomponentes

Lembretes por SMS e outros meios apresentam efeito positivo, embora de magnitude variável. Louw et al. (2024) demonstraram benefício global de mensagens de texto; Hirani e Wüst (2024) mostraram que a forma do lembrete importa. Para a ESF, mensagens podem ser segmentadas por dose e faixa etária, mas devem respeitar consentimento e proteção de dados. Contatos telefônicos e visitas podem ser reservados a pessoas com maior risco de abandono.

Revisões amplas indicam vantagem de estratégias multicomponentes. Liu et al. (2025) observaram efeitos de intervenções que combinam recall, educação e facilitação; Jaca et al. (2025) encontraram diferentes intervenções capazes de aumentar vacinação em adultos; De Koning et al. (2024) destacam educação, acesso, lembretes e liderança entre profissionais. A combinação é lógica porque uma única intervenção raramente resolve simultaneamente confiança e acesso.

A busca ativa deve ser orientada por listas nominais e priorização, e não apenas por chamadas genéricas. Crianças com doses críticas atrasadas, gestantes, idosos, pessoas com comorbidades e adolescentes fora do esquema podem receber estratégias diferenciadas. O resultado deve ser monitorado por número de contatos, pessoas localizadas, doses aplicadas e motivos de não vacinação remanescentes.

4.9. Escolas, HPV e Mobilização Comunitária

A escola é espaço estratégico para alcançar adolescentes e reduzir barreiras de comparecimento. O Guia Estratégia de Vacinação nas Escolas 2026 orienta integração entre saúde e educação e revisão de situação vacinal (Brasil, 2026c). Essa ação é especialmente relevante para HPV, cuja adesão depende de informação ao adolescente e à família. Silva et al. (2024) e Soares et al. (2025) evidenciam lacunas de conhecimento e importância da recomendação profissional.

Souza et al. (2026) reforçam que adolescentes precisam ser sujeitos da comunicação, não apenas receptores passivos de decisões adultas. A equipe pode realizar rodas de conversa, explicar prevenção de câncer, responder dúvidas sem constrangimento e oferecer canais para responsáveis. Comunicação que associa HPV exclusivamente à atividade sexual pode produzir resistência; enfatizar prevenção de infecções persistentes e cânceres tende a tornar a mensagem mais adequada ao objetivo sanitário.

Engajamento comunitário amplia legitimidade. Xie et al. (2024) demonstraram efetividade de diferentes estratégias de participação em promoção vacinal. Lideranças comunitárias, escolas, associações e serviços sociais podem ajudar a identificar horários, locais e

linguagens mais adequados. A mobilização deve evitar exposição pública de pessoas não vacinadas e priorizar confiança, acesso e direitos.

4.10. Microplanejamento Territorial e Prioridades para Aumentar Coberturas

Os resultados sustentam uma sequência prática para a ESF. Primeiro, medir cobertura e atraso por microárea e grupo. Segundo, registrar motivos de não vacinação em categorias simples: acesso, indisponibilidade, dúvida/confiança, contraindicação percebida, esquecimento ou outro. Terceiro, escolher intervenção correspondente. Quarto, monitorar semanal ou mensalmente a resposta e ajustar. Essa lógica operacionaliza o microplanejamento recomendado pela AVAQ (Brasil, 2026a).

A governança local deve incluir estoque, horários, qualificação e comunicação. Se o serviço divulga vacinação mas a dose está indisponível, aumenta frustração e pode afetar confiança. Se há estoque mas a população não sabe onde ou quando vacinar, a barreira é comunicacional. Se há acesso e informação, mas persiste receio, a equipe precisa investir em aconselhamento. Indicadores devem permitir distinguir essas situações.

A Agenda de Imunização 2030 e o panorama global reforçam a necessidade de alcançar pessoas zero-dose e subimunizadas e integrar vacinação à atenção primária (World Health Organization, 2025; World Health Organization, 2026). Para o Brasil, a capilaridade da ESF oferece vantagem singular: presença territorial e vínculos continuados. Utilizar essa capacidade exige transformar dados em

busca ativa, consultas em oportunidades de vacinação e comunicação em relação de confiança.

Em síntese, as estratégias com maior coerência para o contexto da ESF são multicomponentes e adaptativas: recomendação profissional clara; treinamento da equipe; escuta qualificada e entrevista motivacional; verificação vacinal em todo contato; listas de faltosos e lembretes; busca ativa; ampliação de acesso e vacinação extramuros; ações escolares; comunicação digital vinculada à oferta concreta; e monitoramento desagregado. A efetividade depende menos de escolher uma "campanha perfeita" e mais de manter um ciclo contínuo de diagnóstico, intervenção e avaliação.

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise evidencia que a hesitação vacinal na Estratégia Saúde da Família não pode ser compreendida apenas como recusa individual. Dúvidas sobre segurança, baixa percepção do risco, desinformação, influência de redes sociais e experiências anteriores se articulam a dificuldades de deslocamento, horários restritos, indisponibilidade de imunobiológicos, oportunidades perdidas e desigualdades territoriais. O objetivo do estudo foi atingido ao identificar essas barreiras e organizar estratégias multiprofissionais coerentes com os diferentes determinantes da adesão.

A ampliação da cobertura exige integrar confiança e acesso. Pessoas que desejam vacinar, mas encontram obstáculos no serviço, necessitam de soluções organizacionais; pessoas ambivalentes precisam de recomendação profissional, escuta e informação adequada; grupos pouco alcançados demandam busca ativa, vacinação extramuros e articulação com equipamentos do território.

A intervenção deve ser selecionada a partir do motivo real do atraso e não de pressuposições sobre o comportamento do usuário.

A atuação multiprofissional fortalece esse processo ao distribuir a responsabilidade pela vacinação entre diferentes pontos de contato. Verificar caderneta em consultas, registrar motivos de atraso, alinhar mensagens entre categorias profissionais, utilizar agentes comunitários para localizar faltosos e realizar ações com escolas e comunidade transforma a vacinação em prática longitudinal da equipe, e não em atividade isolada da sala de vacina.

O microplanejamento territorial deve orientar prioridades, com coberturas analisadas por microárea, idade e grupos sociais, acompanhadas de indicadores de oportunidade, abandono, estoque e motivos de não vacinação. Estratégias digitais, lembretes e campanhas podem ampliar alcance, mas precisam estar conectados a oferta disponível, canais de esclarecimento e ações presenciais quando necessárias.

Conclui-se que a ESF reúne proximidade territorial, vínculo, continuidade e capacidade multiprofissional. O aumento sustentável das coberturas depende de rotinas de diagnóstico de barreiras, comunicação baseada em confiança, facilitação do acesso, busca ativa e avaliação contínua, garantindo recuperação com equidade e oportunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, Jennifer; WATTS, Duncan J.; RAND, David G. Quantifying the impact of misinformation and vaccine-skeptical content on Facebook. **Science,** v. 384, n. 6699, eadk3451, 2024. DOI:

10.1126/science.adk3451. Disponível em: https://doi.org/10.1126/science.adk3451. Acesso em: 23 set. 2026.

ALMEIDA, Malena Gonçalves et al. Knowledge as a predictor of parental vaccine hesitancy during children's first year of life. **Vaccine,** v. 92, art. 129127, 2026. DOI: 10.1016/j.vaccine.2026.129127. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2026.129127. Acesso em: 28 set. 2026.

BARATA, Rita Barradas et al. Hesitação vacinal e consequências para a cobertura vacinal em crianças aos 24 meses de idade, 2017-2018, residentes nas capitais, no Distrito Federal e em 12 cidades do interior do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 33, n. esp. 2, e20231097, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024v33e20231097.especial2.pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e20231097.especial2.pt. Acesso em: 19 set. 2026.

BOING, Antonio Fernando et al. The Brazilian vaccine divide: how some municipalities were left behind in the Covid-19 vaccine coverage. **PLOS Global Public Health,** v. 3, n. 11, e0002493, 2023b. DOI: 10.1371/journal.pgph.0002493. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002493. Acesso em: 26 set. 2026.

BOING, Antonio Fernando et al. Uncovering inequities in Covid-19 vaccine coverage for adults and elderly in Brazil: a multilevel study of 2021-2022 data. **Vaccine,** v. 41, n. 26, p. 3937-3945, 2023a. DOI: 10.1016/j.vaccine.2023.05.030. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.05.030. Acesso em: 21 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atividades de vacinação de alta qualidade (Avaq).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026a.

Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/pni/avaq. Acesso em: 30 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Técnico Nacional de Vacinação:** Instrução Normativa 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/pni/calendario-tecnico. Acesso em: 24 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Estratégia de Vacinação nas Escolas 2026.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026c. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/guia-estrategia-vacinacao-nas-escolas-2026.pdf. Acesso em: 18 set. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações – 50 anos.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vacinacao-imunizacao-pni/programa-nacional-de-imunizacoes-50-anos.pdf. Acesso em: 27 set. 2026.

CAGNOTTA, Cecilia et al. Parental vaccine hesitancy: recent evidences support the need to implement targeted communication strategies. **Journal of Infection and Public Health,** v. 18, n. 2, art. 102648, 2025. DOI: 10.1016/j.jiph.2024.102648. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jiph.2024.102648. Acesso em: 22 set. 2026.

COSTA, Lucas de Brito et al. Perceptions of childhood immunization in São Paulo: quantitative-qualitative cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal,** v. 142, n. 6, e2023447, 2024. DOI: 10.1590/1516-3180.2023.0447.R1.05062024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1516-3180.2023.0447.R1.05062024. Acesso em: 29 set. 2026.

DE KONING, Rosaline et al. Strategies used to improve vaccine uptake among healthcare providers: a systematic review. **Vaccine: X,** v. 19, art. 100519, 2024. DOI: 10.1016/j.jvacx.2024.100519. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2024.100519. Acesso em: 20 set. 2026.

FERNANDES, Eder Gatti; PERCIO, Jadher; MACIEL, Ethel Leonor Noia. Cobertura e hesitação vacinal no Brasil: inquérito revela a realidade e oferece subsídios para a Política Nacional de Imunizações. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 33, n. esp. 2, e2024638, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024v33e2024638.especial2.pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e2024638.especial2.pt. Acesso em: 25 set. 2026.

FERREIRA-SILVA, Sofia Natalia et al. COVID-19 vaccine hesitancy: meaning relations between responses in an epidemiological study and Twitter messages. **Vaccine,** v. 42, n. 24, art. 126247, 2024. DOI: 10.1016/j.vaccine.2024.126247. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.126247. Acesso em: 28 set. 2026.

FERREIRA, Anderson Fuentes et al. Vaccination coverage, vaccine hesitancy and factors associated with incomplete vaccination: a household survey conducted with children born between 2017 and 2018 in the inland municipalities of Northeastern Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 33, n. esp. 2, e20231224, 2024. DOI: 10.1590/S2237-96222024v33e20231224.especial2.en. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v33e20231224.especial2.en. Acesso em: 17 set. 2026.

FRANÇA, Ana Paula et al. Vaccine hesitancy in the vaccination of children in Brazil. **Vaccine,** v. 53, art. 126905, 2025. DOI:

10.1016/j.vaccine.2025.126905. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.126905. Acesso em: 23 set. 2026.

GAGNEUR, Arnaud et al. From vaccine hesitancy to vaccine motivation: a motivational interviewing based approach to vaccine counselling. **Human Vaccines & Immunotherapeutics,** v. 20, n. 1, art. 2391625, 2024. DOI: 10.1080/21645515.2024.2391625. Disponível em: https://doi.org/10.1080/21645515.2024.2391625. Acesso em: 30 set. 2026.

GRAMACHO, Wladimir et al. Why did Brazil fail to vaccinate children against COVID-19 during the pandemic? An assessment of attitudinal and behavioral determinants. **Vaccine,** v. 42, n. 2, p. 315-321, 2024. DOI: 10.1016/j.vaccine.2023.11.064. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2023.11.064. Acesso em: 21 set. 2026.

HERNANDEZ RINCON, Erwin Hernando et al. Digital strategies to counter health misinformation and strengthen vaccine acceptance: a scoping review. **Journal of Community Health,** 2026. DOI: 10.1007/s10900-026-01609-3. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10900-026-01609-3. Acesso em: 26 set. 2026.

HIRANI, Jonas Cuzulan; WÜST, Miriam. Reminder design and childhood vaccination coverage. **Journal of Health Economics,** v. 93, art. 102832, 2024. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2023.102832. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2023.102832. Acesso em: 19 set. 2026.

HOLFORD, Dawn et al. Healthcare professionals' perceptions of challenges in vaccine communication and training needs: a qualitative study. **BMC Primary Care,** v. 25, art. 264, 2024. DOI: 10.1186/s12875-024-02509-y. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12875-024-02509-y. Acesso em: 24 set. 2026.

JACA, Anelisa et al. Interventions to improve vaccination uptake among adults: a systematic review and meta-analysis. **Vaccines,** v. 13, n. 8, art. 811, 2025. DOI: 10.3390/vaccines13080811. Disponível em: https://doi.org/10.3390/vaccines13080811. Acesso em: 29 set. 2026.

JWA, Sinchul et al. Communication interventions to reduce parental vaccine hesitancy: a systematic review. **Vaccine,** v. 61, art. 127401, 2025. DOI: 10.1016/j.vaccine.2025.127401. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127401. Acesso em: 22 set. 2026.

LABBÉ, Sara et al. Addressing vaccine hesitancy: a systematic review comparing the efficacy of motivational versus educational interventions on vaccination uptake. **Translational Behavioral Medicine,** v. 15, n. 1, ibae069, 2025. DOI: 10.1093/tbm/ibae069. Disponível em: https://doi.org/10.1093/tbm/ibae069. Acesso em: 27 set. 2026.

LIU, Jiayan et al. Estimating the effects of interventions on increasing vaccination: systematic review and meta-analysis. **BMJ Global Health,** v. 10, n. 4, e017142, 2025. DOI: 10.1136/bmjgh-2024-017142. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017142. Acesso em: 18 set. 2026.

LO MORO, Giuseppina et al. Countering vaccine hesitancy: a systematic review of interventions to strengthen healthcare professionals' action. **European Journal of Public Health,** v. 33, n. 5, p. 905-915, 2023. DOI: 10.1093/eurpub/ckad134. Disponível em: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad134. Acesso em: 25 set. 2026.

LOUW, Gail Erika et al. Mobile phone text message reminders to improve vaccination uptake: a systematic review and meta-analysis. **Vaccines,** v. 12, n. 10, art. 1151, 2024. DOI: 10.3390/vaccines12101151.

Disponível em: https://doi.org/10.3390/vaccines12101151. Acesso em: 30 set. 2026.

MARTINEZ, Edson Zangiacomi et al. Brazilian adults' attitudes and practices regarding the mandatory COVID-19 vaccination and their hesitancy towards childhood vaccination. **Vaccines,** v. 10, n. 11, art. 1853, 2022. DOI: 10.3390/vaccines10111853. Disponível em: https://doi.org/10.3390/vaccines10111853. Acesso em: 20 set. 2026.

MIRAS, Elisangela Rodolfo et al. Communication strategies in childhood vaccine hesitancy: a scoping review. **Revista de Saúde Pública,** v. 60, e26, 2026. DOI: 10.11606/s1518-8787.2026060007242. Disponível em: https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2026060007242. Acesso em: 28 set. 2026.

NASCIMENTO, Ana Isabel do et al. Parental vaccine hesitancy in Brazil: results from a household survey. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 41, n. 7, e00195724, 2025a. DOI: 10.1590/0102-311XEN195724. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN195724. Acesso em: 24 set. 2026.

NASCIMENTO, Wágnar Silva Morais et al. Factors associated with missed opportunities for vaccination in children during the first year of life: a cross-sectional study. **Vaccines,** v. 13, n. 11, art. 1129, 2025b. DOI: 10.3390/vaccines13111129. Disponível em: https://doi.org/10.3390/vaccines13111129. Acesso em: 29 set. 2026.

NAZARI, Abouzar et al. Social media-based interventions for improving vaccine uptake, reducing hesitancy, and combating misinformation: a comprehensive systematic review and meta-analysis of RCT. **BMC Public Health,** v. 26, art. 1484, 2026. DOI:

10.1186/s12889-026-27159-w. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-026-27159-w. Acesso em: 23 set. 2026.

NEHAB, Marcio Fernandes et al. Willingness of Brazilian caregivers in having their children and adolescents vaccinated against Covid-19. **Vaccine,** v. 41, n. 3, p. 735-743, 2023. DOI: 10.1016/j.vaccine.2022.11.077. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.077. Acesso em: 26 set. 2026.

OLBRICH NETO, Jaime; OLBRICH, Sandra Regina Leite Rosa. Attitudes, hesitancy, concerns, and inconsistencies regarding vaccines reported by parents of preschool children. **Revista Paulista de Pediatria,** v. 41, e2022009, 2023. DOI: 10.1590/1984-0462/2023/41/2022009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2022009. Acesso em: 21 set. 2026.

PRIETO-CAMPO, Á. et al. Understanding vaccination hesitation among health professionals: a systematic review of qualitative studies. **Public Health,** v. 226, p. 17-26, 2024. DOI: 10.1016/j.puhe.2023.10.029. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.10.029. Acesso em: 27 set. 2026.

RAGO, Cesar Augusto Pascali; NOVAIS, Maykon Anderson Pires de; ZUCCHI, Paola. Temporal trends of vaccination coverage in children under five in Brazil, 1998-2024. **BMC Public Health,** v. 26, art. 1921, 2026. DOI: 10.1186/s12889-026-27129-2. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12889-026-27129-2. Acesso em: 30 set. 2026.

SANTIBANEZ, Tammy A. et al. Parental hesitancy about COVID-19, influenza, HPV, and other childhood vaccines. **Vaccine,** v. 42, n. 25, art. 126139, 2024. DOI: 10.1016/j.vaccine.2024.07.040. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.07.040. Acesso em: 22 set. 2026.

SARDINHA, Daniele Melo et al. Prevalence of COVID-19 vaccine hesitancy in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Public Health,** v. 13, art. 1622247, 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1622247. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1622247. Acesso em: 25 set. 2026.

SILVA, Tércia Moreira Ribeiro da et al. Lack of knowledge about the human papillomavirus vaccine among Brazilian adolescents: a cross-sectional study. **Public Health Nursing,** v. 41, n. 6, p. 1453-1465, 2024. DOI: 10.1111/phn.13375. Disponível em: https://doi.org/10.1111/phn.13375. Acesso em: 19 set. 2026.

SILVEIRA, Mariangela F. et al. Coverage and inequalities in COVID-19 and influenza vaccination in Brazil: a nationwide cross-sectional survey. **International Journal of Epidemiology,** v. 55, supl. 1, p. i22-i30, 2026. DOI: 10.1093/ije/dyaf105. Disponível em: https://doi.org/10.1093/ije/dyaf105. Acesso em: 28 set. 2026.

SISCO, Hilary K. Fussell; BRUMMETTE, John. mRNA vaccine hesitancy: spreading misinformation through online narratives. **Journal of Health Communication,** v. 29, n. 8, p. 538-547, 2024. DOI: 10.1080/10810730.2024.2379954. Disponível em: https://doi.org/10.1080/10810730.2024.2379954. Acesso em: 24 set. 2026.

SOARES, Lygia Maria Costa et al. Factors associated with HPV vaccine hesitancy: a nationally representative cross-sectional study. **Vaccine,** v. 59, art. 127278, 2025. DOI: 10.1016/j.vaccine.2025.127278. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2025.127278. Acesso em: 29 set. 2026.

SOUZA, Leticia Rodrigues de Jesus de et al. Vaccine hesitancy against HPV: adolescents' perspectives. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 47, e20250367, 2026. DOI: 10.1590/1983-1447.2026.20250367.en. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2026.20250367.en. Acesso em: 20 set. 2026.

WHEELER, Stephanie G. et al. Interventions in primary care to increase uptake of adult vaccines: a systematic review. **Journal of Public Health,** v. 47, n. 2, p. 222-231, 2025. DOI: 10.1093/pubmed/fdaf008. Disponível em: https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaf008. Acesso em: 27 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Behavioural and social drivers of vaccination:** tools and practical guidance for achieving high uptake. Geneva: WHO, 2022b. Disponível em: https://www.who.int/publications/b/64362. Acesso em: 23 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Immunization Agenda 2030:** mid-term review. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/immunization-agenda-2030--mid-term-review. Acesso em: 30 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Immunization coverage.** Geneva: WHO, 15 jul. 2026. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage. Acesso em: 26 set. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Understanding the behavioural and social drivers of vaccine uptake: WHO position paper – May 2022. **Weekly Epidemiological Record,** v. 97, n. 20, p. 209-224, 2022a. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9720-209-224. Acesso em: 21 set. 2026.

XIE, Yao Jie et al. Community engagement in vaccination promotion: systematic review and meta-analysis. **JMIR Public Health and Surveillance,** v. 10, e49695, 2024. DOI: 10.2196/49695. Disponível em: https://doi.org/10.2196/49695. Acesso em: 28 set. 2026.

ZHANG, Bingbing; CHEN, Lei; MOE, Alexander. Examining the effects of social media warning labels on perceived credibility and intent to engage with health misinformation: the moderating role of vaccine hesitancy. **Journal of Health Communication,** v. 29, n. 9, p. 556-565, 2024. DOI: 10.1080/10810730.2024.2385638. Disponível em: https://doi.org/10.1080/10810730.2024.2385638. Acesso em: 25 set. 2026.

---

[1] Mestre em Políticas Públicas em Saúde. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: https://lattes.cnpq.br/3408706683022757.

[2] Graduado em Medicina pela Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida de Goiânia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: https://lattes.cnpq.br/0278805449803477.

[3] Formação em Química e Ciências Biológicas. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-9641-902X.

[4] Assistente Social. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-5730-4031.

[5] Doutoranda em Saúde Coletiva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0004-1480-7822.

[6] Aluno de Enfermagem. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-5386-5645.

[7] Graduada em Enfermagem. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: https://lattes.cnpq.br/1140618140745367.

[8] Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. Lattes: http://lattes.cnpq.br/7887464010847916.

[9] Médica, ginecologista e obstetra. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8264-5887

[10] Especialista em Obstetrícia e Neonatologia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0009-9797-6694.

[11] Mestranda em Saúde Coletiva. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-9048-0862.

[12] Doutora em Economia. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[13] Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8284-6840.

[14] Pós-graduada em Saúde Pública. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[15] Cirurgião e Traumatologista Bucomaxilofacial. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0009-0006-0342-605X.

[16] Nível superior completo em Enfermagem. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[17] Enfermeira, Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Unifametro, Fortaleza-CE. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-3032-2417.