

Análise qualitativa dos conhecimentos, crenças e atitudes maternas em relação às vacinas contra a poliomielite e contra a hepatite A

Qualitative analysis of maternal knowledge, beliefs, and attitudes regarding polio and hepatitis A vaccines

Isabelly Cristina Felipe¹, Maria Thereza Bonilha Dubugras².

¹Universidade Paulista- UNIP. São Paulo. São Paulo. Brasil.

²Instituto de Saúde. São Paulo. São Paulo. Brasil

Resumo

Objetivo: O presente estudo analisou os conhecimentos, crenças e as atitudes de mães de crianças de 0 a 4 anos de idade, acerca das vacinas contra a poliomielite e contra a hepatite A, visando contribuir para a discussão sobre a promoção da adesão à vacinação, através da comunicação de risco. **Métodos:** Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com cinco mães de crianças de 0 a 4 anos. A construção do roteiro de entrevistas foi baseada nas dimensões do "Parent Attitudes About Childhood Vaccine" e nos constructos do Modelo de Crenças em Saúde. As transcrições das entrevistas foram submetidas à Análise de Conteúdo. **Resultados:** As participantes relataram considerar a poliomielite e a hepatite A doenças graves e quatro delas afirmaram que os filhos são suscetíveis. O principal benefício das vacinas citado por elas foi a prevenção das doenças e a principal barreira foi o risco de reações adversas. Foram mencionados elementos que podem ser estímulos para a ação e uma crença de autoeficácia. As atitudes de quatro mães eram positivas face à vacinação e de uma era ambivalente. **Conclusão:** As mães entrevistadas demonstram reconhecer a importância da vacinação, entretanto, ainda têm temores, possivelmente intensificados na pandemia de COVID-19. Ações de comunicação de risco podem contribuir para o esclarecimento de dúvidas, embasar a tomada de decisão informada e o desenvolvimento da percepção das vacinas como seguras e eficazes. Esse referencial enfatiza a importância do diálogo empático e transparente, com valorização dos saberes e das experiências individuais, buscando fortalecer a participação ativa dos responsáveis na proteção da saúde infantil.

Abstract

Objective: This study analyzed the perceptions and attitudes of mothers of children aged 0 to 4 years regarding polio and hepatitis A vaccines, aiming to contribute to the discussion on promoting adherence to vaccination through risk communication. **Methods:** In-depth semi-structured interviews were conducted with five mothers of children aged 0 to 4 years. The interview script was based on the dimensions of the "Parent Attitudes About Childhood Vaccine" and the constructs of the Health Belief Model. The transcripts of the participants' interviews were subjected to Content Analysis. **Results:** The participants reported considering polio and hepatitis A to be serious diseases, and four of them stated that their children are susceptible. The main benefit of vaccines cited by them was disease prevention, and the main barrier was the risk of adverse reactions. Elements that can be cues to action and a self-efficacy belief were mentioned. Four mothers expressed positive attitudes towards vaccination, and one exhibited an ambivalent attitude. **Conclusion:** The mothers interviewed demonstrate recognition of the importance of vaccination; however, they still have fears, possibly intensified by the COVID-19 pandemic. Risk communication actions can contribute to clarifying doubts, supporting informed decision-making, and developing the perception of vaccines as safe and effective. This framework emphasizes the importance of empathetic and transparent dialogue, valuing individual knowledge and experiences, seeking to strengthen the active participation of caregivers in protecting children's health.

Palavras-chave:

Saúde da Criança. Poliomielite. Hepatite A. Hesitação Vacinal. Modelo de Crenças em Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde.

Keyword:

Child Health. Poliomyelitis. Hepatitis A. Vaccination Hesitancy. Health Belief Model. Health Knowledge, Attitudes, Practice.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Isabelly Cristina Felipe: isabellycristinafelipe@gmail.com

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os avanços conquistados na prevenção e no controle de doenças imunopreveníveis podem ser comprometidos pela hesitação vacinal, definida como a relutância ou recusa da vacinação, mesmo diante da disponibilidade de imunizantes.¹

Desde 2011, tem sido observada, em diversos países, queda ou estagnação na cobertura vacinal infantil contra a poliomielite, fenômeno intensificado após a pandemia de COVID-19. No Brasil, desde 2016, a meta de cobertura vacinal não está sendo alcançada em todos os municípios, em grande parte em decorrência da hesitação vacinal, agravada no contexto pós-pandêmico. Embora tenha havido uma melhora nos índices em 2023, ainda são necessários esforços para assegurar uma cobertura nacional homogênea.^{1,2}

A vacina contra hepatite A foi inserida no calendário nacional infantil brasileiro em 2014. No ano seguinte,¹³ estados alcançaram índices de cobertura vacinal maiores que 95%, todavia, em 2017, a adesão à vacina diminuiu. Em 2023, apenas 17,7% da população brasileira vivia em municípios que atingiram a meta vacinal.³ O surto da doença, ocorrido entre 2017 e 2018, no Estado de São Paulo, enfatizou a importância da conscientização da sociedade sobre os riscos da transmissão e a importância da vacinação.

Segundo Barry Bloom, “o ingrediente mais importante de todas as vacinas é a confiança”, apud⁴ pois os serviços de saúde dependem da adesão voluntária da sociedade para que as metas sejam alcançadas, dessa forma, é fundamental identificar os conhecimentos, crenças e atitudes da população sobre a vacinação. A partir dessas informações, é possível se estabelecer um diálogo, como recomendam os princípios da comunicação de risco.⁵

A comunicação de risco é um campo interdisciplinar que reúne pesquisas e práticas voltadas ao diálogo transparente e empático entre especialistas, autoridades e populações expostas a ameaças à sobrevivência, à saúde ou ao bem-estar econômico e social. Seu objetivo central é apoiar a compreensão dos riscos e das incertezas, de modo a favorecer tomadas de decisão bem-informadas e a adoção de medidas de mitigação.^{5,6}

O Modelo de Crenças em Saúde⁷ destaca elementos centrais dos processos de tomada de decisão relacionados à saúde, cuja análise pode orientar o planejamento de intervenções de comunicação de risco. Conforme esse referencial, a tomada de decisão em relação à adoção de medidas preventivas é influenciada pelas características sociodemográficas e psicológicas do indivíduo, pela percepção individual acerca da gravidade da enfermidade, da suscetibilidade à doença, dos benefícios e das barreiras da prevenção. Além disso, o modelo considera a influência dos estímulos para a ação, internos e/ou externos, e da crença do indivíduo na sua capacidade de executar as ações preventivas e de participar do controle de ameaças potenciais à saúde (autoeficácia).

O presente estudo analisou os conhecimentos, crenças e atitudes de mães de crianças de 0 a 4 anos de idade, em situação de alta vulnerabilidade social, acerca da vacina contra a poliomielite e da vacina contra a hepatite A, com o objetivo de contribuir para a discussão sobre a promoção da adesão à vacinação infantil, através da comunicação de risco.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, exploratório, com abordagem qualitativa, em Francisco Morato, um dos “municípios mais desfavorecidos do Estado [de São Paulo] tanto em riqueza como nos indicadores sociais”. Cerca de 56,16% da população vive em situação de alta vulnerabilidade social, enquanto aproximadamente 13,73% vivem em contexto de vulnerabilidade social muito alta.⁸

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas em profundidade com cinco moradoras de uma região de alta vulnerabilidade social de Francisco Morato, mães de um ou mais filhos de 0 a 4 anos, identificadas neste estudo por meio dos nomes fictícios Bruna, Cida, Vanessa, Roberta e Viviane. Elas tinham entre 27 e 44 anos, pertenciam a famílias de renda muito baixa ou baixa. Três eram solteiras, uma casada e uma em união estável. Duas se declararam brancas, uma parda e uma preta. Duas eram evangélicas e duas católicas. Três relataram ter concluído o ensino médio, uma o ensino fundamental e uma o ensino superior.

O número de entrevistadas foi determinado de acordo com a técnica de saturação teórica, sendo que a coleta foi interrompida quando as categorias apriorísticas de análise estavam estabilizadas.^{9,10}

A construção do roteiro de entrevistas foi baseada nas três dimensões do instrumento “Parent Attitudes About Childhood Vaccine”¹¹ e nos constructos do Modelo de Crenças em Saúde (susceptibilidade percebida, gravidade percebida, benefícios percebidos, barreiras percebidas, estímulos para a ação e crenças de autoeficácia).⁷

Cada participante foi entrevistada uma vez, em novembro de 2023. As entrevistas foram transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo Temática (etapas: organização, codificação e categorização).¹²

Para analisar os conhecimentos, crenças e atitudes das participantes em relação à vacinação, foram utilizadas categorias apriorísticas fundamentadas no Modelo de Crenças em Saúde (susceptibilidade percebida, gravidade percebida, benefícios percebidos, barreiras percebidas, estímulos para a ação e crenças de autoeficácia). Para a análise das atitudes em relação à vacinação, foram utilizadas a categoria apriorística posicionamento e as subcategorias atitude positiva, negativa e ambivalente.

Na última etapa, os resultados foram discutidos a partir das teorias e dos princípios da comunicação de risco.^{6,13-14}

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CAAE 72010923.9.0000.5469).

RESULTADOS

As entrevistadas demonstraram pouco conhecimento sobre as características básicas da poliomielite (“A primeira coisa que me vem na cabeça [sic] é a paralisia, só isso”) e um conhecimento ainda mais limitado acerca da hepatite A (“eu ouvi [falar sobre a doença], mas foi [sic] poucas coisas, poucas, mesmo”). Viviane descreveu a hepatite A como “aquela que “deixa a gente meio amarelo [sic].

As duas doenças são consideradas graves pelas mães entrevistadas. Cida associou a poliomielite a consequências severas (“[...] se não tiver o diagnóstico rápido a criança fica lá vegetando” [sic]). Vanessa citou crianças não vacinadas da comunidade que desenvolveram as doenças e tiveram sequelas. Bruna expressou implicitamente que considera as doenças graves, ao afirmar ter medo do que aconteceria se a filha contraísse essas doenças.

Foram identificadas diferentes percepções quanto à suscetibilidade às doenças analisadas neste estudo. Vanessa demonstrou ter medo constante da transmissão em ambientes coletivos (e.g. escola) e preocupação com hábitos infantis, como compartilhar objetos. Viviane considera alto o risco de seu filho contrair as doenças, uma vez que ele “tem a imunidade um pouco baixa [...] fica muito doente muito fácil” e porque considera que sua creche não realiza uma higienização ambiental adequada. Bruna revelou preocupação da filha adquirir as enfermidades, mesmo permanecendo em casa. Cida citou o risco de contágio alto na escola, especialmente através de água contaminada e devido a problemas de higienização do ambiente. As falas de Roberta sugerem que ela não considerava a filha suscetível às doenças estudadas.

Nas falas de todas as participantes, foi identificado como principal benefício da vacinação a prevenção de doenças (“Graças a Deus, meus filhos são todos vacinados [...] Nunca teve nada grave”). Cida afirmou que as vacinas “previnem” e “protegem”, demonstrando confiança no Programa Nacional de Imunização. Vanessa afirmou que as vacinas tornam as doenças mais fracas ou impedem seu aparecimento, associando-as à boa saúde dos filhos. Viviane associou a vacinação à produção de “anticorpos” e ao fortalecimento do organismo. Bruna considerou a vacina uma “proteção a mais”, mesmo relatando desconforto com o processo. Roberta considera as vacinas importantes por estimular a imunidade, auxiliando o corpo a se defender.

Em relação às barreiras, a preocupação com o risco de efeitos adversos estava presente nas falas de quatro entrevistadas (“Não é muito a vacina, eu não gosto da reação. Totalmente muda a criança de uma hora para outra”). O procedimento em si causa temor (“eu fui tomar vacina esses dias eu fiquei [...] eu tenho rinite [...] eu não gosto de agulha”).

O roteiro de entrevistas não abordava a vacina contra COVID-19, porém, todas as participantes citaram temer efeitos adversos associados a ela (“Já ouvi que deu infarto, AVC”). Três mães não tinham vacinado os filhos contra a COVID-19, devido aos relatos de experiências negativas.

Dificuldades para acessar a Unidade Básica de Saúde (UBS) podem ser uma barreira (“Aqui em Morato [...] tem muito morro, então imagina aí você com umas três crianças, no sol, subindo ladeira”). Em contraponto, Vanessa parece considerar que problemas dessa natureza devem ser superados, mesmo que o custo do transporte seja maior do que o usual. Horário de funcionamento restrito e tempo de espera longo igualmente foram considerados barreiras.

Foram identificados como estímulos para a ação o acolhimento, com escuta qualificada e esclarecimento de dúvidas (“Elas explicam direitinho [...] São muito atenciosas. A gente se sente mais segura”); experiências diretas e indiretas (“Eu conheço pessoas que não vacinaram... acabou [sic] que o filho teve problema”); exigências governamentais (“Porque ela recebe o bolsa família [...] eles obrigaram ela [sic] a dar [a vacina]), problemas de saúde prévios (“Meu filho tem a imunidade um pouco baixa... já ficou internado sete dias...”) e ações educativas nas escolas.

Nas falas de duas mães, foi identificada uma crença de autoeficácia estimulando a adesão: a satisfação pessoal pelo cumprimento do calendário vacinal (“Eu sinto orgulho de mim mesma”).

Nenhuma participante atribuiu a si o comportamento hesitante sob influência da religião, crenças ou mitos.

Em relação ao posicionamento, as falas de quatro mães foram classificadas na categoria atitude positiva, pois concordavam explícita ou implicitamente com a prática da vacinação (“É importante a vacinação [...] já tá comprovado que vacina não faz mal e antes as pessoas morriam mais por causa de doença”). O posicionamento da outra entrevistada foi classificado como atitude ambivalente em relação eficácia e segurança da vacina:

Não vou falar que eu gosto, da vacina, eu não gosto da vacina [...] quando eu penso na vacina já me dá agonia [...] ela [minha filha] fica com febre, ela já é chatinha [...] não é muito a vacina, eu não gosto de reação [...] não vou dizer que são totalmente eficaz [sic], né? 100%, mas um... Eu acho que é segura. [...] Não é 100%, mas é [baixa o tom da voz] (Bruna).

DISCUSSÃO

As entrevistadas demonstraram ter conhecimentos limitados sobre as doenças. Todas relataram considerar as duas doenças graves e quatro consideram os filhos suscetíveis. O principal benefício das vacinas citado foi a prevenção das doenças e a principal barreira foi o risco de reações adversas. Foram identificados estímulos para a ação (acolhimento no serviço de saúde, experiências diretas ou indiretas, exigências governamentais, problemas de saúde prévios e ações educativa). A crença de autoeficácia estava presente nas falas de duas

entrevistadas. Quatro mães demonstraram ter atitudes favoráveis à vacinação, uma apresentou argumentos contraditórios, sem uma definição clara de posicionamento.

Existem críticas de que o Modelo de Crenças em Saúde não contempla todos os fatores que influenciam as decisões em saúde e apresenta poder preditivo limitado.^{15,16} A tomada de decisão referente a adoção de medidas de prevenção é um processo complexo, multifatorial. O presente estudo não teve como objetivo descrever todas as variáveis envolvidas nas decisões das entrevistadas relacionadas à vacinação, tampouco prever comportamentos, e sim explorar seus conhecimentos, crenças e atitudes. De acordo com as teorias da comunicação de risco, esse levantamento é fundamental, pois a comunidade pode ter preocupações e medos sem correspondência com a realidade, que precisam ser abordados em ações de comunicação.¹⁴

Os conhecimentos limitados das mães sobre as doenças destacam a importância de os serviços de saúde ampliarem as ações de comunicação de risco, bem como aprofundarem a temática em atividades educativas, buscando dialogar com as crenças, preocupações e dúvidas das mães.¹⁴

Ao serem questionadas nas entrevistas, sobre a gravidade da poliomielite e a suscetibilidade dos filhos, as mães citaram as formas graves da doença (e.g. poliomielite parálitica). Segundo Slovic,¹⁷ riscos associados a imagens concretas, com consequências temidas pela população (e.g. dor, sofrimento, perda de controle, morte) e que afetam descendentes tendem a ser percebidos como mais “ameaçadores” (risco alto), podendo ser mais lembrados do que outros. As ações de comunicação de risco devem trabalhar essa percepção, visto que a população deve estar sensibilizada para adotar a vacinação mesmo se só estiverem ocorrendo as formas assintomáticas ou leves das enfermidades ou se as doenças já estiverem em processo de controle. Adicionalmente ter medo não garante adesão a medidas de mitigação dos riscos.

Slovic¹⁷ ressalta que emoções como o medo, relatado pelas participantes deste estudo em relação às doenças e às vacinas (“eu fiquei com medo porque eu tive reação”) podem distorcer a percepção sobre o risco, levando a julgamentos irracionais. Skagerlund et al.¹⁸ demonstraram que emoções negativas elevam o risco percebido.

As entrevistadas afirmaram reconhecer a proteção à saúde como um benefício das vacinas, entretanto várias barreiras foram citadas e podem interferir na decisão final, entre elas o risco de efeitos adversos.

Diversos estudos identificaram que a preocupação com a ocorrência de efeitos adversos associados às vacinas, como relatado pelas entrevistadas neste estudo, podem representar uma

barreira, podendo estimular a hesitação vacinal.^{19,20} Além do aprimoramento da vigilância e da notificação de eventos adversos leves, os autores destacam a importância de uma comunicação contínua e transparente, entre os profissionais de saúde e os responsáveis pelas crianças, abordando suas preocupações específicas. Essa recomendação está igualmente presente nos princípios da comunicação de risco.¹⁴

A temática dos riscos de efeitos adversos associados à vacinação infantil pode ser considerada sensível, especialmente no contexto da hesitação vacinal. No entanto, a literatura indica que omitir ou minimizar os riscos de um procedimento médico pode comprometer a credibilidade do profissional de saúde perante o público. A transparência sobre os problemas que podem acontecer é um dos princípios da comunicação de risco e garante o fortalecimento da relação entre o profissional de saúde e a comunidade.¹⁴ Os profissionais de saúde devem buscar o diálogo franco, objetivo e claro, descrevendo os benefícios e os riscos da vacinação, de forma comparativa, bem como descrever o suporte disponível caso ocorram efeitos adversos, esclarecendo todas as dúvidas e preocupações.^{5,14}

O atendimento de qualidade no serviço de saúde, categorizado neste estudo como estímulo para a ação, é fundamental para fortalecer a confiança e favorecer a decisão de vacinar. A Política Nacional de Humanização²¹ define, como diretriz ética e organizacional do cuidado, o acolhimento humanizado e a escuta qualificada. Christou-Ergos et al.²² observaram a influência das experiências negativas nos serviços de saúde, vivenciadas no setor de vacinação ou em outras áreas, na decisão de não vacinar as crianças, destacando igualmente a importância da postura empática, escuta atenta e respeitosa dos profissionais às necessidades dos responsáveis.

Outro estímulo para a ação citado pelas mães foram suas próprias experiências (diretas) e de pessoas próximas (indiretas). Segundo a comunicação de risco, as experiências prévias podem ter forte influência na construção da percepção individual acerca do risco.^{13,17}

As experiências diretas ou indiretas podem tanto estimular a adesão à prevenção (e.g. experiências relacionadas à gravidade: "eu já vi criança internada com hepatite, filha de uma conhecida minha. Foi muito sofrimento. Depois disso eu não deixo de vacinar de jeito nenhum"), como favorecer a hesitação vacinal (e.g. vivências que representam barreiras - "uma vizinha falou que o filho dela passou mal depois da vacina, aí eu fiquei com aquilo na cabeça, pensando se podia acontecer com o meu também"), demonstrando a relevância da análise das vivências do público-alvo.^{13,23}

De acordo com o Modelo de Crenças em Saúde,⁷ crenças de autoeficácia (orgulho de manter a vacinação dos filhos “em dia”) favorecem a adoção de medidas de prevenção. Adicionalmente a comunicação de risco sugere que as instituições governamentais compartilhem responsabilidades na prevenção dos riscos com a sociedade, para fortalecer a autoeficácia, reduzir o medo frente a ameaças e prevenir a superestimação dos riscos.

Apesar das barreiras percebidas, quatro mães apresentaram atitudes positivas face à vacinação, que podem ser influenciadas pelas percepções delas da suscetibilidade, gravidade, benefícios, bem como pelos estímulos para a ação e crenças de autoeficácia.

As entrevistadas declararam não ser influenciadas por suas crenças religiosas. Para Trangerud,²⁴ é crucial compreender a influência religiosa na decisão de aderir à vacinação, uma relação complexa e contextual, para serem elaboradas políticas públicas efetivas e intervenções personalizadas para cada tipo de objeção. É uma questão que merece ser aprofundada em estudos futuros.

Este estudo analisou o problema em indivíduos pertencente a um segmento de interesse (alta vulnerabilidade social). A abordagem qualitativa foi adotada por possibilitar a compreensão aprofundada das percepções, sentidos e significados atribuídos pelas participantes ao fenômeno, em um contexto específico. Dessa forma, os resultados não podem ser generalizados para toda a população, constituindo uma limitação inerente ao delineamento da pesquisa. Adicionalmente, as respostas das entrevistadas estão sujeitas a vieses de memória e vieses de deseabilidade social. São necessários novos estudos qualitativos com diferentes segmentos populacionais, bem como pesquisas quantitativas com amostras representativas, para a compreensão do fenômeno ser ampliada.

CONCLUSÃO

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde incluiu a hesitação vacinal entre as dez principais ameaças globais à saúde, sendo a falta de confiança na segurança das vacinas um dos fatores associados. Diante desse cenário, ações de conscientização da sociedade tornam-se cruciais.^{1,25}

As mães entrevistadas neste estudo demonstram reconhecer a importância da vacinação dos filhos, entretanto, ainda têm preocupações e medos, ampliados após a pandemia de COVID-19. Por outro lado, o atendimento humanizado, o diálogo e a satisfação pessoal de proteger os filhos favorecem a aceitação da imunização.

A adoção dos princípios da comunicação de risco pode contribuir para a conscientização dos responsáveis sobre a segurança e importância da imunização infantil.

As pesquisas sobre hesitação vacinal sugerem que a adesão à imunização está associada à confiança nas fontes de informação, à transparência na comunicação dos benefícios e riscos e à adequada contextualização comparativa entre os riscos das doenças e da imunização, estratégias igualmente recomendadas pela área da comunicação de risco.^{14,25,26}

Para promover a adesão à vacinação, as teorias da comunicação de risco enfatizam a importância das instituições e dos profissionais investirem na consolidação da sua credibilidade, como fontes confiáveis de informação, bem como em pesquisas sobre o perfil do público-alvo. A comunidade deve participar ativamente do planejamento e execução das ações comunicacionais. A abordagem deve ser baseada no diálogo, empático e transparente, com a valorização dos saberes e das experiências individuais, buscando reforçar a participação ativa dos responsáveis na proteção da saúde infantil.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflitos de interesse, sejam eles financeiros, profissionais ou pessoais, que possam ter influenciado a imparcialidade ou a condução desta pesquisa.

Forma de citar este artigo: Felipe IC, Dubugras MTB. Análise qualitativa dos conhecimentos, crenças e atitudes maternas em relação às vacinas contra a poliomielite e contra a hepatite A. *Educ. Saúde* 2026; 14 (1): e2026002.

REFERÊNCIAS

1. WHO. World Health Organization [Internet]. Ten threats to global health in 2019. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: [<https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>].
2. Silva TMR, Sá ACMGN, Prates EJS, Saldanha RF, Silva TPR, Silva Teixeira AM da, et al. Temporal and spatial distribution trends of polio vaccine coverage in less than one-year old children in Brazil, 2011–2021. *BMC Public Health*. 2023 Jul 14;23(1):1359. doi:10.1186/s12889-023-16192-8.
3. Maranhão AGK, Bacchi A, Teixeira AMS, Domingues CMAS, Meirelles F, Maia G, et al. Anuário VacinaBR 2025 Relatório Estatístico de Vacinação no Brasil - 2000 a 2023. São Paulo: Instituto Questão de Ciência; 2025.

4. Powell A. A public-relations campaign to build trust in COVID vaccine? [Internet]. The Harvard Gazette. 2020. Sept 16. Disponível em: <https://news.harvard.edu/gazette/story/2020/09/how-to-build-trust-in-a-covid-vaccine/#:~:text>
5. Covello VT. Best Practices in Public Health Risk and Crisis Communication. *J Health Commun.* 2003 Jun;8 Suppl.1:5–8. doi:10.1080/713851971
6. WHO. World Health Organization, editor. Risk communication and community engagement readiness and response toolkit: mass gatherings. Geneva: World Health Organization; 2025.
7. Rosenstock IM. The Health Belief Model and Preventive Health Behavior. *Health Educ Monogr.* 1974 Dec 1;2(4):354–86. doi:10.1177/109019817400200405
8. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo [Internet]. Índice Paulista de Responsabilidade Social. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/>. 2018.
9. Moura CO, Silva IR, Silva TP, Santos KA, Crespo MCA, Silva MM. Methodological path to reach the degree of saturation in qualitative research: grounded theory. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2). doi:10.1590/0034-7167-2020-1379
10. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesq Quali.* 2017;5(7), 1-12.
11. Santos CJ, Costa PJMS. Adaptação transcultural e validação para o Português (Brasil) do Parent Attitudes About Childhood Vaccine (PACV). *Ciêns Saúde Colet.* 2022 May;27(5):2057–70. doi:10.1590/1413-81232022275.11802021
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2016.
13. Slovic P. Risk Perception. In: Travis CC, editor. *Carcinogen Risk Assessment. Contemporary Issues in Risk Analysis*, vol 3. Boston: Springer; 1988. p. 171–81. doi:10.1007/978-1-4684-5484-0_13
14. Covello VT, McCallum DB, Pavlova M. Principles and Guidelines for Improving Risk Communication. In: Covello VT, McCallum DB, Pavlova MT, editors. *Effective Risk Communication.* Boston: Springer; 1989. p. 3–16. doi:10.1007/978-1-4613-1569-8_1
15. Alyafei A, Raul Easton-Carr. [Internet]. The Health Belief Model of Behavior Change. Treasure Island : StatPearls Publishing; 2026 Jan. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606120/?utm_source=chatgpt.com
16. Davidhizar R. Critique of the health-belief model. *J Adv Nurs.* 1983 Nov 22;8(6):467–72. doi:10.1111/j.1365-2648.1983.tb00473.x
17. Slovic P. Perception of Risk. *Science* (1979). 1987 Apr 17;236(4799):280–5. doi:10.1126/science.3563507
18. Skagerlund K, Forsblad M, Slovic P, Västfjäll D. The Affect Heuristic and Risk Perception – Stability Across Elicitation Methods and Individual Cognitive Abilities. *Front Psychol.* 2020 Jun 12;11. doi:10.3389/fpsyg.2020.00970

19. Prado AS, Vilela GLB, Vilela HO, Araújo EH, Santos RC, Maciel EAF. Principais causas de hesitação vacinal em país: Revisão Integrativa. *Saúde Coletiva* (Barueri). 2025 May 20;15(95):15662–77. doi:10.36489/saudecoletiva.2025v15i95p15662-15677
20. Gauna F, Raude J, Khouri C, Cracowski JL, Ward JK. Exploring the relationship between experience of vaccine adverse events and vaccine hesitancy: A scoping review. *Hum Vaccin Immunother*. 2025 Dec;21(1):2471225. doi:10.1080/21645515.2025.2471225 PubMed PMID: 40058398.
21. Brasil. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Christou-Ergos M, Leask J, Wiley KE. How the experience of medical trauma shapes Australian non-vaccinating parents' vaccine refusal for their children: A qualitative exploration. *SSM - Qualitative Research in Health*. 2022 Dec;2:100143. doi:10.1016/j.ssmqr.2022.100143
23. Bickerstaff K. Risk perception research: socio-cultural perspectives on the public experience of air pollution. *Environ Int*. 2004 Aug;30(6):827–40. doi:10.1016/j.envint.2003.12.001
24. Trangerud HA. “What is the problem with vaccines?” A typology of religious vaccine skepticism. *Vaccine X*. 2023 Aug;14:100349. doi:10.1016/j.jvacx.2023.100349
25. Haeuser E, Byrne S, Nguyen J, Raggi C, McLaughlin SA, Bisignano C, et al. Global, regional, and national trends in routine childhood vaccination coverage from 1980 to 2023 with forecasts to 2030: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *The Lancet*. 2025 Jul 19;406(10500):235–60. doi:10.1016/S0140-6736(25)01037-2 PubMed PMID: 40578370.
26. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger JA. Vaccine hesitancy. *Hum Vaccin Immunother*. 2013 Aug 8;9(8):1763–73. doi:10.4161/hv.24657