



ARTIGO DE REVISÃO

Vaccine refusal – what we need to know[☆]

Regina Célia de Menezes Succi^{a,b}



^a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Pediatria, São Paulo, SP, Brasil

^b Faculdade São Leopoldo Mandic, Curso de Medicina, Campinas, SP, Brasil

Recebido em 24 de outubro de 2017; aceito em 12 de dezembro de 2017

KEYWORDS

Vaccination;
Vaccine refusal;
Vaccine hesitancy;
Vaccine confidence;
Vaccine acceptance

Abstract

Objective: Opposition to vaccines is not a new event, and appeared soon after the introduction of the smallpox vaccine in the late 18th century. The purpose of this review is to educate healthcare professionals about vaccine hesitancy and refusal, its causes and consequences, and make suggestions to address this challenge.

Source of data: A comprehensive and non-systematic search was carried out in the PubMed, LILACS, and ScieLo databases from 1980 to the present day, using the terms “vaccine refusal,” “vaccine hesitancy,” and “vaccine confidence.” The publications considered as the most relevant by the author were critically selected.

Synthesis of data: The beliefs and arguments of the anti-vaccine movements have remained unchanged in the past two centuries, but new social media has facilitated the dissemination of information against vaccines. Studies on the subject have intensified after 2010, but the author did not retrieve any published studies to quantify this behavior in Brazil. The nomenclature on the subject (vaccine hesitancy) was standardized by the World Health Organization in 2012. Discussions have been carried out on the possible causes of vaccine hesitancy and refusal, as well as on the behavior of families and health professionals. Proposals for interventions to decrease public doubts, clarify myths, and improve confidence in vaccines have been made. Guides for the health care professional to face the problem are emerging.

Conclusions: The healthcare professional is a key element to transmit information, resolve doubts and increase confidence in vaccines. They must be prepared to face this new challenge. © 2018 Sociedade Brasileira de Pediatria. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

DOI se refere ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2018.01.008>

[☆] Como citar este artigo: Succi RC. Vaccine refusal – what we need to know. J Pediatr (Rio J). 2018;94:574–81.

E-mail: succi@picture.com.br

PALAVRAS-CHAVE

Vacinação;
Recusa vacinal;
Hesitação vacinal;
Confiança
nas vacinas;
Aceitação das vacinas

Recusa vacinal – que é preciso saber**Resumo**

Objetivo: Oposição às vacinas não é evento novo e surgiu logo após a introdução da vacina contra varíola no fim do século XVIII. O objetivo desta revisão é esclarecer os profissionais de saúde sobre hesitação e recusa vacinal, suas causas e consequências e fazer sugestões para enfrentar esse desafio.

Fonte dos dados: Foi feita busca abrangente e não sistemática nas bases de dados PubMed, Lilacs e Scielo desde 1980 até o presente, com os termos “recusa vacinal”, “hesitação vacinal” e “confiança nas vacinas”. Foram selecionadas de forma crítica as publicações avaliadas como mais relevantes pela autora.

Síntese dos dados: As crenças e os argumentos dos movimentos antivacinas mantiveram-se inalterados nos dois últimos séculos, mas as novas mídias sociais facilitaram a disseminação das informações contra as vacinas. Os estudos sobre o assunto se intensificaram depois de 2010, mas não foram identificados estudos publicados que permitam quantificar esse comportamento no Brasil. A nomenclatura sobre o tema (hesitação vacinal) foi uniformizada pela Organização Mundial de Saúde em 2012. Pesquisas têm sido feitas sobre as possíveis causas da hesitação e recusa vacinal, e também sobre o comportamento das famílias e dos profissionais da saúde. Propostas de intervenções para diminuir as dúvidas da população, esclarecer mitos e melhorar a confiança nas vacinas têm sido feitas. Guias para o profissional de saúde enfrentar o problema estão surgindo.

Conclusões: O profissional de saúde é elemento fundamental para transmitir informações, combater as dúvidas e fortalecer a confiança nas vacinas. Eles devem se preparar para enfrentar esse novo desafio.

© 2018 Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

As vacinas, que combatem as consequências devastadoras que as doenças infecciosas impuseram à humanidade por séculos, representam o investimento em saúde com melhor custo-efetividade.¹ Nas últimas décadas, o avanço observado na tecnologia de produção, no aprimoramento e no desenvolvimento das vacinas resultou numa oferta significativa de novos produtos, eficazes e seguros;^{1,2} para que atinjam plenamente seu potencial em saúde pública, é necessário que as vacinas sejam aceitas, obtenham a confiança do público alvo e atinjam amplo e adequado uso.

Os benefícios individuais e coletivos da vacinação são obtidos com elevado custo financeiro e o empenho de uma grande estrutura dos programas públicos de vacinas e autoridades sanitárias, além da atuação individual dos profissionais de saúde. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) no Brasil é sério e competente, conta com a confiança dos profissionais de saúde e da população e tem obtido coberturas vacinais superiores a 90% para quase todos os imunobiológicos distribuídos na rede pública nas últimas décadas,³ distribuiu cerca de 300 milhões de doses de imunobiológicos anualmente.⁴ Entretanto, em 2016, nos estados de Pernambuco e Ceará, após uma queda nas taxas de imunização, o país registrou o primeiro surto de sarampo desde 2000; também a taxa brasileira de imunização contra pólio em 2016 foi a menor dos últimos 12 anos (84,4%).⁵ Apesar de ainda não ser possível definir se estamos diante de uma oscilação temporária da cobertura vacinal ou se há uma queda real, esses dados são preocupantes.

Mesmo com todo o empenho para garantir a distribuição e a aplicação das vacinas, com vistas a benefícios individuais

e coletivos, pessoas e grupos que declaram preocupações com a segurança e necessidade da aplicação das vacinas ocorrem em todo o mundo. Tal fenômeno não é recente – surgiu logo após a introdução da vacina contra a varíola no fim do século XVIII⁶ e continuou através do tempo. Os argumentos e as crenças dos grupos antivacinas não sofreram grandes alterações nos dois últimos séculos, mas a capacidade de disseminar a informação cresceu muito em eficácia e velocidade nas últimas décadas.⁷⁻⁹

A perda da confiança nas vacinas e nos programas de imunização pode levar à diminuição das coberturas vacinais com todas as suas consequências. A ocorrência de dúvidas sobre a necessidade das vacinas, o medo de possíveis eventos adversos, a disseminação de informações equivocadas, além de crenças filosóficas e religiosas, têm criado situações em que famílias e até mesmo profissionais da saúde apresentam dúvidas sobre a necessidade da aplicação de vacinas. Ao mesmo tempo em que a Organização Mundial de Saúde manifesta preocupação com o fato de que um em cada 10 lactentes no mundo (12,9 milhões de crianças) não recebeu qualquer dose de vacina em 2016, a maior parte delas em regiões de conflito e pobreza, sem acesso aos serviços de saúde,¹⁰ ainda é preciso que nos ocupemos das crianças que, mesmo que disponham de recursos e tenham fácil acesso aos serviços de saúde, deixam de se vacinar por decisão de seus responsáveis.

Definição da hesitação/recusa vacinal

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 2012 um grupo especial para caracterizar, discutir e estabelecer estratégias para conduzir questões relacionadas à

recusa vacinal: *SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*;¹¹ esse grupo categorizou fatores que influenciam a decisão de aceitar as vacinas e definiu “hesitação vacinal” (*vaccine hesitancy*) como o atraso na aceitação ou recusa de vacinação a despeito da disponibilidade de serviços de vacinas; considera que a indecisão vacinal é um fenômeno complexo, contexto-específico e que varia no tempo, nos lugares e com as vacinas específicas. Entre os objetivos desse grupo estão: monitorar a confiança nas vacinas e a recusa vacinal e desenvolver intervenções de comunicação para enfrentar as falhas na confiança em vacinas, evitar suas consequências para a saúde pública.¹¹

Esse conceito de *hesitação vacinal* tem sido usado nos últimos anos, tanto nos meios acadêmicos quanto em saúde pública, suscita preocupações com a possibilidade de ressurgimento de doenças infecciosas já controladas, além de discussões éticas e comportamentais. As repercussões desse comportamento variam regionalmente e estimulam a expansão de pesquisas para melhor entender e enfrentar essa questão, resultam num crescente número pesquisas e artigos científicos publicados sobre o assunto nos últimos dez anos.¹²

A confiança nas vacinas e nos profissionais de saúde é fundamental para manter a demanda e o uso das vacinas tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A maior parte da população segue o esquema vacinal recomendado por seu médico ou instituições de saúde, mas persiste o desafio de enfrentar os grupos que recusam ou retardam a aplicação das vacinas. Fazem parte desses grupos: pais de crianças e adolescentes, gestantes, idosos e profissionais da saúde que decidem não se vacinar, não vacinar seus filhos ou não recomendar vacinas aos seus pacientes.^{7,11-16}

A aceitação das vacinas é o resultado final de um processo de tomada de decisão influenciado por vários fatores.¹¹ Para o *SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy*, um modelo que inclui 3Cs caracteriza os determinantes desse comportamento: Confiança (credibilidade nos profissionais de saúde, nas vacinas e sua eficácia), Complacência (baixa percepção dos riscos das doenças preveníveis por vacinas e da importância das vacinas) e Conveniência (disponibilidade e acessibilidade das vacinas e dos serviços de saúde).^{11,13} Assim, não podemos definir recusa vacinal como um comportamento dicotômico de *aceitação versus recusa*, mas devemos encará-la como um *continuum* entre as duas situações, com indivíduos que recusam todas as vacinas numa extremidade, os que aceitam todas as vacinas na outra e os que aceitam algumas mas recusam outras entre os dois grupos.¹⁴⁻¹⁶

Um estudo feito em 2016 para avaliar percepções sobre segurança, eficácia e importância nas vacinas, além de compatibilidade com crenças religiosas, colheu dados de 65.819 pessoas em 67 países, inclusive o Brasil.¹⁷ Os dados revelaram que a confiança nas vacinas de modo geral é alta, mas variou nas diferentes regiões; países da Europa apresentaram maiores níveis de respostas negativas sobre importância, segurança e eficácia das vacinas e a França foi o país com maior taxa de sentimentos negativos em relação à segurança das vacinas (41%). Dentre os nove países avaliados nas Américas, o Brasil se colocou entre os que apresentaram melhores níveis de confiança nas vacinas. Os países com melhor acesso aos serviços de saúde e população

com melhor escolaridade apresentam maiores taxas de sentimentos negativos em relação às vacinas e apontam para uma relação inversa entre sentimentos positivos relativos às vacinas e nível socioeconômico.¹⁷

Causas potenciais da hesitação/recusa vacinal

Os determinantes da recusa/indecisão vacinal são complexos e podem ser atribuídos à confluência de vários fatores socioculturais, políticos e pessoais; dúvidas sobre a real necessidade das vacinas, preocupações com a segurança das vacinas, medo de possíveis eventos adversos, conceitos equivocados sobre a segurança e eficácia das vacinas, preocupações com a possível “superexposição do sistema imune”, experiências anteriores negativas com vacinas, desconfiança sobre a seriedade da indústria produtora de vacinas e o sistema de saúde, pensamentos heurísticos, questões filosóficas e religiosas podem estar envolvidos.^{7,11,13,16,18}

As vacinas podem ser consideradas vítimas do seu próprio sucesso. Com a disponibilidade de novas e eficazes vacinas, a epidemiologia das doenças infecciosas sofreu grandes modificações. Médicos formados há menos de 20-30 anos, excepcionalmente viram ou tiveram que cuidar de pacientes com poliomielite, difteria, meningite por *Haemophilus influenzae*; aqueles com menos de 40 anos de formados não viram casos de varíola. A falta de memória dessas doenças, de sua gravidade e das suas sequelas, faz com que a necessidade de preveni-las seja menos marcante.

A decisão de vacinar sofre a influência de fatores sociais que incluem a experiência pessoal, a história familiar, a opinião de amigos – ao lado de tantas outras decisões a serem tomadas em relação aos filhos – a relevância da vacinação pode perder o significado e a importância.¹⁶

O acesso às informações (e desinformações) sobre vacinas veiculadas nas mídias influencia a tomada de decisão sobre vacinar ou não vacinar. As mensagens nem sempre são corretas, o que acarreta sentimentos conflitantes – pais com conhecimento insuficiente sobre doenças preveníveis por vacinas podem apresentar atitudes negativas sobre vacinas e profissionais de saúde.^{19,20}

As mudanças ocorridas nas últimas décadas na relação médico-paciente e no conceito de partilhar as decisões, que deram autonomia ao paciente e a seus pais, modificaram o processo da tomada de decisão sobre saúde, o que inclui a opção de aplicar ou não as vacinas.

Importância dos profissionais de saúde

Profissionais de saúde, especialmente os pediatras, que mantêm contato direto e frequente com pais, têm um papel fundamental na manutenção da confiança nas vacinas, são considerados a principal e mais confiável fonte de informação para os pacientes.²¹⁻²³ Com a crescente disponibilidade de novas vacinas e as frequentes atualizações dos calendários vacinais, manter-se atualizado e conhecer as indicações, precauções e possibilidade de eventos adversos são constantes desafios para esses profissionais. Além disso, considerando-se sua exposição ocupacional, estão expostos a adquirir e transmitir doenças infecciosas, o que exige que

mantenham atualizada a sua própria vacinação, o que não acontece como desejado.^{24,25}

Estar preparado para responder as dúvidas dos pais sobre as vacinas é fundamental. Uma pesquisa qualitativa feita na Austrália com profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que trabalham em regiões com taxas elevadas de objeções à vacinação revelou que os profissionais referiram relações desafiadoras e conflituosas – é importante conhecer o desafio que o profissional de saúde encontra para abordar essa questão e as estratégias disponíveis que ele usa para seu enfrentamento.²⁶ Outro estudo australiano que entrevistou *on-line* 165 pediatras revelou que embora 61% deles tenham declarado discutir aspectos relacionados à vacinação frequentemente ou “quase sempre”, 15% referiram que essas discussões raramente ocorrem; embora a restrição de tempo tenha sido considerada a principal barreira para essa atividade, 25% deles referiram falta de confiança no seu conhecimento relacionado ao tema e 62% demonstraram desejo de treinamento na área.²⁷

A vacinação do profissional de saúde, seus conhecimentos sobre o assunto e a sua própria confiança nas vacinas são fundamentais para orientar seu comportamento na indicação das vacinas aos seus pacientes.^{28,29} Uma revisão de 185 artigos sobre hesitação vacinal entre profissionais da saúde feita em 2016³⁰ evidenciou que o conhecimento sobre as vacinas, sua eficácia e segurança constrói a confiança do profissional e suas indicações desses imunobiológicos; a maioria dos artigos revelou que o profissional adequadamente vacinado tem mais chance de prescrever vacinas, o que torna mais evidente a necessidade de treinamento e educação continuada.

Ter tido oportunidade de vivenciar doenças infecciosas, suas conseqüências e sequelas pode influenciar a forma e a disposição do profissional de recomendar as vacinas. Estudo feito com médicos americanos com diferentes tempos de graduação evidenciou que ocorria uma diminuição de 15% na confiança sobre a segurança das vacinas a cada intervalo de cinco anos a menos no tempo de formado, mostrou que a percepção dos riscos e benefícios da imunização difere entre médicos formados em anos recentes, dos seus colegas mais velhos, o que seguramente se reflete na forma como eles recomendam as vacinas para seus pacientes.³¹

Posição de pais e cuidadores

A comunicação com pais e cuidadores sobre a vacinação de crianças é uma das formas de abordar a recusa vacinal; tal comunicação precisa ser um processo em duas vias (do profissional para o cuidador e vice-versa), proporcionar de forma criativa e ética a promoção da vacinação.¹³ Além de discutir as vacinas (seus benefícios e desafios) e as doenças que podem ser prevenidas com a vacinação, é necessário fornecer informação sobre locais disponíveis para aplicação das vacinas. Mais do que isso, o profissional da saúde precisa acolher as experiências, os temores e as crenças de pais e cuidadores sobre vacinas para avaliar adequadamente que tipo de comunicação deve ser feito para orientar a decisão de vacinar. Necessário considerar que na atualidade, além das orientações recebidas por profissionais de saúde, a busca de informações sobre vacinas entre amigos e na internet (Twitter, Facebook, Google,

YouTube etc.) é a regra, permite o encontro rápido de informações fora do ambiente científico, aumenta a chance de divulgação de informações inverídicas e sem qualidade científica.^{7-9,23}

Um estudo longitudinal americano entrevistou mães em três momentos – ao nascimento dos bebês, aos seis meses e aos 24 meses – e observou que tanto o escore de hesitação quanto a proporção de mães hesitantes diminuiu significativamente do nascimento aos 24 meses;³² considerando que a confiança na segurança e eficácia das vacinas é um processo dinâmico que aumenta com o tempo, sugere que a gravidez e o período após o parto podem ser o momento ideal para esclarecer e assegurar a informação sobre as vacinas do lactente. Na Austrália, um estudo transversal feito em 2012, com 452 pais, concluiu que apesar de 92% deles declararem que a vacinação de seus filhos estava em dia, 52% deles referiram preocupações; fatores relacionados com a hesitação incluíram a preocupação com a segurança das vacinas e a obtenção de informações com outras fontes que não o profissional de saúde.³³

Estudo americano que entrevistou 9.354 pais de crianças de 19 a 35 meses e aplicou uma escala de confiança nas vacinas revelou que 15% deles referiram história de recusa vacinal e 27% retardo na aplicação de vacinas.³⁴ Com o uso de inquéritos periódicos da Academia Americana de Pediatria de 2006 e 2013 para verificar a percepção de pediatras sobre a prevalência de recusa e atraso vacinal,³⁵ a proporção de pediatras que referiram recusa vacinal aumentou de 74,5% em 2006 para 87,0% em 2013. A principal razão apontada pelos pais para a recusa foi a percepção de que vacinas são desnecessárias e para atraso foi o desconforto e “sobrecarga do sistema imune”.

Engajar pais confiantes nas vacinas para atuarem como defensores das imunizações em suas comunidades também foi um método útil para diminuir a hesitação vacinal num estudo feito nos Estados Unidos.³⁶

Outra questão se ser considerada é a opção por pais de seguirem um “esquema alternativo de vacinação” que difere daquele proposto pelos programas oficiais de imunização. Tais esquemas, além de não terem sido testados para eficácia e segurança, ainda aumentam o período que as crianças permanecem desprotegidas; estudos apontam para até 25% das famílias que adotam esses esquemas alternativos.^{37,38}

Papel da gestante

As decisões relativas às vacinas infantis parecem começar no período pré-natal.^{39,40} Mulheres que aderem aos esquemas vacinais durante a gestação, além de proteger a si mesmas e aos seus filhos de doenças infecciosas, parecem apresentar atitudes de confiança nas vacinas similares em relação aos seus filhos. Estudo feito na Austrália com orientação vacinal durante a gestação e seguimento da vacinação do lactente evidenciou que primigestas têm mais dúvidas sobre vacinas e isso pode ser correlacionado com as taxas de vacinação de seus filhos.³⁹ Estudo feito com mais de 4.000 gestantes americanas verificou que mães que referiram ter recebido vacina de influenza na gestação apresentavam significativamente mais chances de completar o esquema vacinal de seus

filhos.⁴⁰ Tais achados reforçam a necessidade de oferecer orientação sobre vacinas durante a gestação.

Papel do estudante de medicina e residente

Pouco se tem pesquisado sobre o ensino de vacinas nas escolas médicas e suas consequências sobre a confiança nas vacinas. Preparar alunos de medicina e residentes no reconhecimento e tratamento das doenças infecciosas preveníveis por vacinas é uma importante ferramenta para prepará-los na orientação sobre a importância das vacinas no controle de tais doenças. Estudo feito com 385 residentes de pediatria nos Estados Unidos⁴¹ revelou que mais de 25% deles não se sentiam confortáveis e seguros em identificar e tratar algumas dessas doenças. A maioria dos residentes referiu extrema preocupação em tratar com pais que recusam vacinas e mais de 95% deles referiram que seriam beneficiados com um melhor treinamento na área.⁴¹ Estudo recente feito com residentes de pediatria nos Estados Unidos⁴² mostrou que a maioria deles, além de se sentir insegura no diagnóstico de doenças preveníveis por vacinas, apresenta preocupações com a dificuldade de argumentar adequadamente aspectos da recusa vacinal com pais.

Estudos feitos na França com estudantes de medicina⁴³ e na Coreia com residentes de medicina da família⁴⁴ para avaliar conhecimentos sobre vacinas revelou desconhecimento do assunto e despreparo para a prática médica, particularmente na discussão sobre eventos adversos, vacinação do profissional de saúde e estratégias para enfrentar a recusa vacinal. Nos dois estudos, os autores sugerem que o ensino sobre vacinas é insuficiente e que é necessário investir na área.

Intervenções no enfrentamento do problema

A despeito do grande impacto das vacinas sobre a saúde individual e coletiva, o número de pessoas e grupos que questionam a sua importância e por essa razão escolhem esquemas alternativos de vacinas ou recusam a sua aplicação tem crescido nos últimos anos. No Brasil, ainda não é possível quantificar corretamente esses grupos, mas a preocupação com essa questão entre profissionais de saúde é crescente. Em 2013, o infectologista paulista Dr. Guido Carlos Levi escreveu um livro sobre recusa vacinal e referiu que, além de trazer informações e debates sobre o tema, pretendia “aumentar a confiança nas vacinas naqueles que já as usam e levantar algumas dúvidas naqueles que são contrários”.⁴⁵

Nos Estados Unidos, a Academia Americana de Pediatria, por meio de inquéritos periódicos, observou que a taxa de pais que recusam uma ou mais vacinas referidas por pediatras aumentou de 9,1% em 2006 para 16,7% em 2013;^{46,47} a taxa de americanos que recusam todas as vacinas é calculada em 3%.^{46,47} O estudo de Larson et al. feito em 2016¹⁷ mostrou que países europeus apresentam as menores taxas de confiança nas vacinas, alguns tinham taxas de “sentimentos negativos quanto à segurança das vacinas” superiores a 40. Isso sugere que nessas regiões a recusa vacinal deve ser mais elevada. Os níveis de recusa vacinal e o conhecimento dos

grupos “antivacinas” no Brasil ainda não são bem quantificados.

Desenvolver estratégias que possam melhorar a confiança nas vacinas e diminuir as taxas de recusa vacinal com todas as suas consequências é essencial, mas escolher a melhor forma de passar mensagens que efetivamente modifiquem o comportamento das pessoas em relação às vacinas não é tarefa fácil. Alguns estudos têm sido feitos para avaliar as estratégias que devem ser usadas para convencer pais ou pacientes *hesitantes* em *confiantes* nas vacinas. Já foram usados folhetos com instruções sobre vacinas que tentaram corrigir mitos sobre elas, folhetos que explicam a falta de evidência entre autismo e a vacina tríplice viral, folhetos com figuras de crianças com manifestações graves de doenças infecciosas preveníveis por vacinas, depoimentos de mães ou médicos sobre crianças que adoeceram e ficaram com sequelas em virtude dessas doenças.^{48,49} A maioria dos estudos, entretanto, não permite definir a melhor estratégia. Alguns investigadores acreditam que focar as intervenções nos hesitantes, que podem responder de forma positiva, é mais produtivo do que naqueles que recusam as vacinas.⁵⁰

Embora seja indiscutível a necessidade de que o profissional de saúde se ocupe por mais tempo no diálogo com pais e pacientes hesitantes em relação às vacinas, também é necessário que as mensagens sejam eficazes. A decisão de vacinar é complexa e deve considerar o que Dra. Heidi Larson, do *Vaccine Confidence Project*,⁵¹ diz: “O profissional de saúde informa o que considera importante, que não corresponde necessariamente às preocupações que as pessoas têm”. Sugere que ouvir o que pacientes e pais dizem é importante para construir argumentos e decidir a forma de comunicação que poderá melhorar a confiança nas vacinas.⁵¹ Melhorar o conhecimento sobre as doenças e as vacinas é importante estratégia para diminuir a recusa vacinal, mas a forma como essa informação é oferecida deve ser avaliada.²⁰

Recomendações e guias sobre o assunto

A crescente preocupação com a recusa vacinal fez com que a Organização Mundial de Saúde,⁵²⁻⁵⁴ o *Centers for Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos⁵³ e associações médicas^{46,55,56} lançassem guias e manuais técnicos sobre o assunto. Tais documentos apresentam as causas, reforçam as consequências e sugerem estratégias para enfrentar a hesitação ou recusa vacinal, estabelecem até princípios para profissionais de saúde oferecerem respostas quando confrontados em público com grupos antivacinas.⁵³

A Academia Americana de Pediatria,⁴⁶ além de fornecer subsídios e material para o pediatra se atualizar sobre as vacinas e recusa vacinal, discute a exposição à mídia a que as famílias estão sujeitas, as possibilidades de isenção vacinal no país, a possibilidade de o pediatra se recusar a atender pais que recusam vacinas e a extrema importância do diálogo do pediatra com as famílias para esclarecer dúvidas, eliminar mitos e facilitar as relações interpessoais. Também fornece informações, documentos informativos para profissionais e para o público/pais, além de vídeos educativos e com sugestões de conduta do profissional.⁵⁶

Em Washington (EUA) uma parceria público-privada criou uma forma de intervenção, chamada *Immunity Community*, que mobiliza pais que confiam no valor das vacinas e lhes oferece ferramentas para que possam se engajar em diálogos positivos sobre imunizações em suas comunidades.⁵⁷

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM), preocupados com o surgimento de adeptos do movimento contra as vacinas, divulgou um alerta em 23/06/2017 que conclamou a população, os médicos e demais profissionais de saúde a se contraporem ao movimento antivacinas. “Não se vacinar ou impedir que as crianças e os adolescentes o façam pode causar enormes problemas para a saúde pública, como o surgimento de doenças graves ou o retorno de agravos de forma epidêmica, como a poliomielite, o sarampo, a rubéola, entre outros”, cita o documento.⁵⁸ Não identificamos, entretanto, outros movimentos para minimizar a hesitação e recusa vacinal no país.

Aspectos éticos e legais

A vacinação de crianças envolve o equilíbrio entre a autonomia dos pais de decidir se imunizam seus filhos e os benefícios da saúde pública em fazer campanhas de vacinação em massa.⁵⁹ O balanço entre as ações individuais e seu impacto sobre a saúde coletiva, além da avaliação dos riscos e benefícios, podem gerar conflitos éticos.^{59,60}

No Brasil, uma lei federal de 1975, regulamentada por um decreto de 1976,⁶¹ dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica e o Programa Nacional de Imunizações estabelece no parágrafo 27 que a vacinação é obrigatória em todo o território nacional. Esse mesmo decreto, no parágrafo 29, estabelece como dever de todo cidadão submeter-se, e os menores dos quais tenha a guarda ou responsabilidade, à vacinação obrigatória.

Além disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que é dever da família assegurar a efetivação dos direitos à saúde, o que inclui a vacinação de rotina.⁶² Do ponto de vista da relação médico-paciente, parentes que se opõem à vacinação de seus filhos podem prejudicar seriamente essa relação, o que pode ser suficiente para permitir que o médico deixe de atender esse paciente (Código de Ética Médica – artigo 36).⁶³

A partir do exposto acima, podemos ter situações de médicos que se recusam a atender pacientes, juízes que determinam a perda do poder familiar e responsabilizam pais por crime de abandono e omissão no caso de crianças que adoecem em consequência de recusa vacinal. Assim, as discussões éticas e legais devem fazer parte das práticas clínicas, o que certamente auxilia o médico na sua tomada de decisão e na orientação fornecida aos pais.

Considerações finais

A segurança, efetividade, importância e sucesso das vacinas na proteção individual e coletiva contra doenças infecciosas e qualidade de vida são inquestionáveis. Entretanto, dúvidas sobre eficácia e necessidade das vacinas, além de mitos sobre a possibilidade de determinarem malefícios, existem desde a introdução das vacinas, há mais de dois séculos.

Pais e cuidadores desejam proporcionar o melhor para seus filhos e em busca desse “melhor” podem procurar informação e apoio em amigos, mídias sociais e literatura cinzenta, o que resulta em controvérsias e dúvidas sobre a segurança e eficácia das vacinas, real necessidade do seu uso e até mesmo sugestões de “conspiração” dos profissionais de saúde e da indústria farmacêutica. Somem-se a isso as experiências pessoais com serviços de saúde e vacinas, as facilidades de acesso às informações seguras e à obtenção das vacinas, questões filosóficas, sociais e religiosas que podem ter peso significativo na tomada de decisão em saúde.

Enfrentar essas questões de forma ética e segura requer conhecimento do problema, seus determinantes e o impacto que provocam na saúde pública e individual. Embora a comunicação dos pais com os médicos (particularmente os pediatras) não seja uniforme e sempre produtiva, é necessário que o pediatra entenda que exerce papel fundamental na decisão dos pais em cada ato relativo aos cuidados de seus filhos. Para que esse papel seja exercido em sua plenitude e resulte em benefícios para a criança, é importante que o pediatra esteja munido de conhecimento técnico e habilidade de comunicação, aproveite cada oportunidade para esclarecer os pais sobre o assunto, assegure que o profissional de saúde tem confiança nas vacinas.

Assim, atualizações frequentes sobre vacinas disponíveis, mudanças nos calendários vacinais, ocorrência e manejo dos eventos adversos são indispensáveis. Tal atualização pode ser feita por meio de cursos, documentos científicos e consultas com especialistas, permite ao médico responder as questões apresentadas com segurança e credibilidade.

Ouvir os pais e estar disponível para responder dúvidas faz muita diferença. Perguntar aos pais o que sabem ou pensam sobre as vacinas pode ser uma introdução interessante. Discutir aspectos das vacinas em cada consulta pediátrica é um excelente ponto de partida. É necessário fornecer as informações e se assegurar que essas foram corretamente entendidas; ouvir e acolher as dúvidas apresentadas sem julgar a sua pertinência. Discutir os benefícios das vacinas, estar aberto para referir o que sabe e aceitar as diferenças culturais e intelectuais é muito importante. Oferecer informações sobre os milhões de vidas salvas pelos programas de vacinas pode ser muito mais efetivo do que apresentar dados, que podem ser assustadores, sobre consequências, sequelas e mortalidade das doenças infecciosas. Explicar que a vacinação individual traz benefícios para a coletividade através da proteção de rebanho esclarece que crianças com imunodeficiências que não podem receber as vacinas merecem que nos preocupemos com elas, evitemos sua exposição à ocorrência e surtos de doenças infecciosas secundárias ao não uso das vacinas.

Sugerir aos pais que o acesso a informações seguras junto aos profissionais de saúde, Ministério da Saúde e sociedades médicas é preferível às informações de fontes cuja segurança e credibilidade são discutíveis. Aproveitar todas as oportunidades para conversar sobre as vacinas, não apenas para a criança, mas para os outros membros da família, pode ter impacto significativo particularmente quando as mães estão grávidas novamente.

Importante considerar que a maioria dos pais confia nas informações oferecidas pelos pediatras, mesmo que tenha algumas dúvidas fará o que esse lhe sugerir, inclusive aplicação de vacinas.

Conflitos de interesse

A autora declara não haver conflitos de interesse.

Referências

- World Health Organization Fact Sheet No. 378. Immunization coverage; 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/> [acesso 08.12.17].
- World Health Organization Fact Sheet No. 178. Children: reducing mortality; 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/> [acesso 08.12.17].
- Domingues CM, Teixeira MA. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22:9-27.
- Calendário de vacinação atualizado já está em vigor. Brasil: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/calendario-de-vacinacao-atualizado-ja-esta-em-vigor> [acesso 16.09.17].
- Programa Nacional de Imunizações/DATASUS. Cobertura vacinal contra poliomielite. Brasil: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pn/cnv/cpniuf.def> [acesso 08.12.17].
- Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*. 2002;325:430-2.
- Dubé E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Rev Vaccines*. 2015;14:99-117.
- Ward JK, Peretti-Watel P, Verger P. Vaccine criticism on the Internet: propositions for future research. *Hum Vaccin Immunother*. 2016;12:1924-9.
- Covolo L, Ceretti E, Passeri C, Boletti M, Gelatti U. What arguments on vaccinations run through YouTube videos in Italy? A content analysis. *Hum Vaccin Immunother*. 2017;13:1-7.
- World Health Organization Media Centre. 1 in 10 infants worldwide did not receive any vaccinations in 2016; 2017. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/infants-worldwide-vaccinations/en/> [acesso 20.09.17].
- MacDonald NE, The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33:4161-4.
- McClure CC, Cataldi JR, O'Leary ST. Vaccine hesitancy: where we are and where we are going. *Clin Ther*. 2017;39:1550-62.
- Salmon DA, Dudley MZ, Glanz JM, Omer SB. Vaccine hesitancy: causes, consequences, and a call to action. *Vaccine*. 2015;33:D66-71.
- Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DM, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*. 2014;32:2150-9.
- Kumar D, Chandra R, Mathur M, Samdariya S, Kapoor N. Vaccine hesitancy: understanding better to address better. *Isr J Health Policy Res*. 2016;5:2-8.
- Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9:1763-73.
- Larson HJ, de Figueiredo A, Xiahong Z, Schulz WS, Verger P, Johnston IG, et al. The state of vaccine confidence 2016: global insights through a 67-country survey. *EBio Med*. 2016;12:295-301.
- Dubé E, Gagnon D, Ouakki M, Bettinger JA, Guay M, Halperin S, et al. Understanding vaccine hesitancy in Canada: results of a consultation study by the Canadian Immunization Research Network. *PLOS ONE*. 2016;11:e0156118.
- Gust DA, Kennedy A, Shui I, Smith PJ, Nowak G, Pickering LK. Parent attitudes toward immunizations and healthcare providers the role of information. *Am J Prev Med*. 2005;29:105-12.
- Kestenbau LA. Identifying and addressing vaccine hesitancy. *Pediatr Ann*. 2015;44:e71-5.
- Braczowska B, Kowalska M, Braczowski R, Barański K. Determinants of vaccine hesitancy. *Przel Epidemiol*. 2017;71:227-36.
- Omer SB, Amin AB, Limay LJ. Communicating about vaccines in a fact-resistant world. *JAMA Pediatr*. 2017;171:929-30.
- Campbell H, Edwards A, Letley L, Bedford H, Ramsey M, Yarwood J. Changing attitudes to childhood immunisation in English parents. *Vaccine*. 2017;35:2979-85.
- Couto CR, Pannuti CS, Paz JP Jr, Fink MC, Machado AA, de Marchi M, et al. Fighting misconceptions to improve compliance with influenza vaccination among health care workers: an educational project. *PLoS ONE*. 2012;7:e30670.
- Bonanni P, Ferro A, Guerra R, Iannazzo S, Odone A, Pompa MG. Vaccine coverage in Italy and assessment of the 2012-2014 National Immunization Prevention Plan. *Epidemiol Prev*. 2015;39:145-58.
- Berry NJ, Henry A, Danchin M, Trevena LJ, Willaby HW, Leask J. When parents won't vaccinate their children: a qualitative investigation of Australian primary care providers experiences. *BMC Pediatrics*. 2017;17:19.
- Costa-Pinto J, Willaby HW, Leask J, Wood N, Marshall H, Danchin M. Vaccine discussions with parents: the experience of Australian paediatricians. *J Paediatr Child Health*. 2017;53:855-61.
- Riccò M, Cattanei S, Casagrande F, Gualerzi G, Signorelli C. Knowledge, attitudes, beliefs and practices of occupational physicians towards vaccinations of health care workers: a cross sectional pilot study in north-eastern Italy. *Intern J Occup Med Environ Health*. 2017;30:775-90.
- Verger P, Fressard L, Collange F, Gautier A, Jestin C, Launay O, et al. Vaccine hesitancy among general practitioners and its determinants during controversies: a national cross-sectional survey in France. *EBio Med*. 2015;2:891-7.
- Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine*. 2016;34:6700-6.
- Mergler MJ, Omer SB, Pan WK, Navar-Boggan AM, Orenstein W, Marcuse EK, et al. Are recent medical graduates more skeptical of vaccines? *Vaccines (Basel)*. 2013;1:154-66.
- Henrikson NB, Anderson ML, Opel DJ, Dunn J, Marcuse EK, Grossman DC. Longitudinal trends in vaccine hesitancy in a cohort of mothers surveyed in Washington State, 2013-2015. *Public Health Rep*. 2017;132:1-4.
- Chow MY, Danchin M, Willaby HW, Pemberton S, Leask J. Parental attitudes, beliefs, behaviours and concerns towards childhood vaccinations in Australia: a national online survey. *Aust Fam Physician*. 2017;46:145-51.
- Gilkey MB, McRee A-L, Magnus BE, Reiter BL, Dempsey AF, Brewer NT. Vaccination confidence and parental refusal/delay of early childhood vaccines. *PLOS ONE*. 2016;11:e0159087.
- Hough-Telford C, Kimberlin DW, Aban I, Hitchcock WP, Almqvist J, Kratz R, et al. Vaccine delays, refusals, and patient dismissals: a survey of pediatricians. *Pediatrics*. 2016;138:e20162127.
- Schoeppe J, Cheadle A, Melton M, Matthys J, Faubion T, Miller C, et al. The Immunity Community: a community engagement strategy for reducing vaccine hesitancy. *Health Promot Pract*. 2017;18:654-61.
- Opel DJ, Banerjee A, Taylor JA. Use of alternative childhood immunization schedules in King County, Washington, USA. *Vaccine*. 2013;31:4699-701.
- Wheeler M, Buttenheim AB. Parental vaccine concerns, information source, and choice of alternative immunization schedules. *Hum Vaccines Immunother*. 2013;9:1782-9.
- Danchin MH, Costa-Pinto J, Attwell K, Willaby H, Wiley K, Hoq M, et al. Vaccine decision-making begins in pregnancy:

- correlation between vaccine concerns, intentions and maternal vaccination with subsequent childhood vaccine uptake. *Vaccine*. 2018;36:6473–9.
40. Fuchs EL. Self-reported prenatal influenza vaccination and early childhood vaccine series completion. *Prev Med*. 2016;88:8–12.
 41. Cordrey K, McLaughlin L, Das P, Milanaik R. Pediatric resident education and preparedness regarding vaccine-preventable diseases. *Clin Pediatr (Phila)*. 2018;57:327–4.
 42. Edwards KM, Hackell JM. The Committee on Infectious Diseases. The Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Countering vaccine hesitancy. *Pediatrics*. 2016;138:e20162146.
 43. Kernéis S, Jacquet C, Bannay A, May T, Launay O, Verger P, et al. Vaccine education of medical students: a nationwide cross-sectional survey. *Am J Prev Med*. 2017;53:e97–104.
 44. Ko K, Kim S, Kim SH, Son KY, Lee J, Lee DR. Knowledge, current status, and barriers toward healthcare worker vaccination among family medicine resident participants in a web-based survey in Korea. *Korean J Fam Med*. 2017;38:21–7.
 45. Levi GC. Recusa de vacinas – causas e consequências. São Paulo (SP): Segmento Farma; 2013.
 46. McCauley MM, Kennedy A, Basket M, Sheedy K. Exploring the choice to refuse or delay vaccines: a national survey of parents of 6- through 23-month-olds. *Acad Pediatr*. 2012;12:375–83.
 47. Nyhan B, Reifler J, Richey S, Freed GL. Effective messages in vaccine promotion: a randomized trial. *Pediatrics*. 2014;133:e835–42.
 48. Hornea Z, Powellb D, Hummela JE, Holyoak KJ. Countering anti-vaccination attitudes. *PNAS*. 2015;112:10321–4.
 49. Leask J. Target the fence-sitters. *Nature*. 2011;473:443–5.
 50. London School of Hygiene and Tropical Medicine. The Vaccine Confidence Project; 2017. Disponível em: <http://www.vaccineconfidence.org/> [acesso 30.09.17].
 51. World Health Organization. Working group dealing with vaccine hesitancy; 2017. Disponível em: http://www.who.int/immunization/sage/sage_wg_vaccine_hesitancy_apr12/en/ [acesso 05.06.17].
 52. World Health Organization. Regional Office for Europe. Best practice guidance. How to respond to vocal vaccine deniers in public; 2016. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/315761/Best-practice-guidance-respond-vocal-vaccine-deniers-public.pdf [acesso 10.09.17].
 53. Butler R, MacDonald NE, The SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Diagnosing the determinants of vaccine hesitancy in specific subgroups: the guide to Tailoring Immunization Programmes (TIP). *Vaccine*. 2015;33:4176–9.
 54. Provider resources for vaccine conversations with parents. USA: Centers for Disease Control and Prevention; 2017. Disponível em: <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/index.html> [acesso 01.10.17].
 55. Loehr J, Savoy M. Strategies for addressing and overcoming vaccine hesitancy. *Am Fam Physician*. 2016;94:94–6.
 56. American Academy of Pediatrics. Immunization. Vaccine hesitant parents; 2017. Disponível em <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/immunizations/Pages/vaccine-hesitant-parents.aspx> [acesso 02.10.17].
 57. Kaiser Permanent. Washington: Health Research Institute. Immunity Community; 2017. Disponível em: <https://immunitycommunitywa.org/> [acesso 02.10.17].
 58. Sociedade Brasileira de Pediatria Conselho Federal de Medicina. Alerta sobre vacinas; 2017. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sbp-e-cfm-alertam-a-populacao-e-os-medicos-para-a-necessidade-da-estar-com-o-calendario-de-vacinacao-em-dia/> [acesso 02.10.17].
 59. Hendrix KS, Sturm LA, Zimet GD, Meslin EM. Ethics and childhood vaccination policy in the United States. *Am J Public Health*. 2016;106:273–8.
 60. Lessa SC, Dórea JG. Bioética e vacinação infantil em massa. *Rev Bioet*. 2013;21:226–36.
 61. Decreto Federal No 78.231 de 14 de agosto de 1986; 2017. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78231-12-agosto-1976-427054-publicacaooriginal-1-pe.html> [acesso 20.09.17].
 62. Estatuto da Criança e do Adolescente – LEI No. 8.069, de 13/07/1990; 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm [acesso 16.09.17].
 63. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica; 2017. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp> [acesso 10.09.17].