

Hesitação vacinal — como conversar com as famílias

Dos 3 Cs e 5 Cs à recomendação presuntiva, à entrevista motivacional, à desinformação, à recusa documentada e à caderneta atrasada, segundo SBP 2024, ECA, AAP, NICE e CAV-AEP

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Hesitação vacinal é o **atraso em aceitar ou a recusa de vacinas apesar de estarem disponíveis** (OMS/SAGE 2015; SBP, DC nº 159/2024). A maioria das famílias hesitantes **não é antivacina**, e a **recomendação médica é um fator importante de adesão** (SBP). Na prática: revisar a caderneta **em toda consulta**; recomendar de forma **presuntiva** ("hoje vamos aplicar..."); quando houver resistência, usar a **entrevista motivacional**; responder à desinformação com dados (vacinas **não causam autismo**; o alumínio não se associou a doenças crônicas); aplicar **todas as vacinas possíveis na mesma visita**, sem recomendar esquemas. A vacinação recomendada pelas autoridades sanitárias é **obrigatória** (ECA, art. 14, § 1º). Diante da recusa: **documentar no prontuário, manter o vínculo e voltar ao tema em toda consulta. Criança não vacinada com febre e exantema, tosse paroxística com apneia ou cianose, trismo, ou febre com petéquias → pronto-socorro (🔴)**.

1. O que é e como se apresenta

Definição e modelos

- **3 Cs (OMS/SAGE, 2015):** **confiança** (nas vacinas, no sistema e em quem decide), **complacência** (a doença não parece um risco) e **conveniência** (barreiras de acesso).
- **5 Cs (Betsch e cols., 2018):** confiança, complacência, **constrangimentos** (barreiras estruturais e psicológicas), **cálculo** (busca extensa de informação, terreno da desinformação) e **responsabilidade coletiva**.
- **Espectro de atitudes (AAP 2016):** defensor da vacinação; "vai junto"; aceitante cauteloso; **indeciso** (pesquisa muito, adia ou escolhe vacinas); **recusador** (recusa todas).

Coberturas vacinais no Brasil

- **Queda a partir de 2016**, pior na pandemia: em 2022, cerca de **72% para pentavalente e poliomielite** no 1º ano (SI-PNI/DataSUS, em SBP DC nº 159/2024).
- **Recuperação recente:** em 2025, a tríplice viral chegou a **92,66% na 1ª dose** e **78,02% na 2ª dose** (Ministério da Saúde, 2026). A meta é **95%**; persistem bolsões de baixa cobertura.
- **Consequência concreta:** das 38 pessoas com sarampo confirmado no Brasil em 2025, **36 (94,7%) não eram vacinadas** (Ministério da Saúde, 2026).

Causas da queda (SBP, DC nº 159/2024): perda da percepção de risco, medo de eventos adversos, receio de "sobrecarregar" o sistema imune, **falsas contraindicações e oportunidades perdidas**, desabastecimento, horários das unidades, complexidade do calendário e **notícias falsas**.

Como se apresenta no consultório: pedido para "espaçar" ou "fazer uma de cada vez"; escolha de vacinas ("só as importantes"); adiamento para "quando ficar mais forte"; perguntas sobre autismo, alumínio, mercúrio ou "muitas vacinas"; caderneta atrasada só por barreira de acesso.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Família com dúvidas pontuais , aceita a recomendação após esclarecimento; atraso de 1–2 doses por barreira de acesso ou falsa contraindicação	Recomendação presuntiva, resposta curta e objetiva, vacinar no mesmo dia ; agendar as próximas doses e usar lembretes
● Moderada	Indeciso : pede esquema alternativo, recusa vacinas específicas ou adia repetidamente; caderneta com vários atrasos; lactente pequeno sem vacinas; família influenciada por desinformação	Entrevista motivacional; aplicar o que for aceito hoje; plano escrito de recuperação; retorno próximo agendado ; documentar a conversa
● Grave	Criança não vacinada ou incompleta com quadro compatível com doença imunoprevenível : febre com exantema (sarampo), tosse paroxística com apneia ou cianose no lactente (coqueluche), trismo ou espasmos (tétano), pseudomembrana com estridor (difteria), febre com petéquias ou púrpura, rigidez de nuca; ou recusa de profilaxia pós-exposição indicada (ferimento com risco de tétano, exposição à raiva)	Pronto-socorro/hospital , com precauções de isolamento; notificação obrigatória (compulsória) do caso suspeito

Fatores que elevam a gravidade

- Lactente menor de 6 meses (ainda sem esquema completo de coqueluche, pneumococo e *Haemophilus*) em casa com irmãos não vacinados.
- Doença crônica, imunodeficiência, asplenia, prematuridade (indicação de CRIE).
- Surto em curso (sarampo, coqueluche, febre amarela), viagem para área de circulação, creche ou escola com baixa cobertura.
- Recusa de todas as vacinas; desinformação ativa na família.

3. Diagnóstico no consultório

Revisar a caderneta em toda consulta ("Vacinas – Atualizações 2026"; NICE NG218). Avaliar:

1. **Qual é a vacina em questão e qual é a preocupação:** medo de dor, evento adverso prévio, notícia, crença, acesso. Perguntar "O que mais preocupa vocês?" e **não presumir**.

2. **Em que ponto do espectro está a família:** o indeciso é quem mais se beneficia da conversa.
3. **Contraindicações verdadeiras × falsas:** as verdadeiras são raras (anafilaxia prévia à vacina ou a um componente; vacinas vivas na imunodepressão grave e na gestação). **Falsas contraindicações geram oportunidades perdidas** (SBP DC nº 159/2024; CAV-AEP, cap. 5): resfriado ou febre baixa, antibiótico, prematuridade, amamentação, alergias não relacionadas, história familiar de convulsão ou de evento adverso.
4. **Evento adverso prévio:** caracterizar (tipo, tempo, gravidade) e seguir o Manual de ESAVI e o CRIE (**notificação obrigatória (compulsória)**); muitas reações não contraindicam a dose seguinte.
5. **Esquema atrasado:** idade atual, doses válidas (intervalo mínimo respeitado), limites de idade (rotavírus) e o que pode ser aplicado hoje.

Diferencial que não pode passar: atraso por **barreira social** não é hesitação (facilitar o acesso); recusa com outros sinais de negligência ou maus-tratos segue o protocolo de proteção da criança.

4. Tratamento e seguimento

1. **Recomendar de forma presuntiva.** Anunciar a vacina como padrão do cuidado ("Hoje ela vai tomar a VIP, a pentavalente e a pneumocócica"), e não perguntar ("O que vocês acham de vacinar?"). A abordagem presuntiva tem maior aceitação que a **participativa** (AAP 2016; Johns Hopkins), que fica para quem já trouxe dúvidas.

2. **Na resistência, entrevista motivacional:** perguntas abertas ("O que vocês já ouviram sobre essa vacina?"), escuta reflexiva, validação da intenção ("Vocês querem o melhor para ela, eu também"), **pedir permissão** para informar, resumir e renovar a recomendação. Evitar sermão e confronto. Contar a própria experiência ("vacinei meus filhos") é persuasivo; cerca de **um terço** dos pais que recusam ao menos uma vacina muda de ideia depois (AAP 2016).

3. **Responder à desinformação com poucos dados, sem repetir o mito:**

- **Autismo:** não há associação. O estudo de Wakefield (1998) foi fraudulento e retratado (CAV-AEP). Coorte de **657.461 crianças:** tríplice viral sem aumento de risco (HR 0,93; IC 95% 0,85–1,02), inclusive com irmão autista (Hviid, 2019). Em 2025 o CDC alterou sua página sobre o tema e a AAP contestou: **mais de 40 estudos, mais de 5,6 milhões de pessoas, sem relação. Vacinas não causam autismo.**
- **Alumínio:** adjuvante desde a década de 1930. Em **1.224.176 crianças,** a exposição até 2 anos **não se associou a nenhuma de 50 doenças crônicas** (autoimunes, alérgicas, autismo, TDAH) (Andersson, 2025). A maior quantidade recebida de uma vez fica abaixo de 1,5 mg (Oxford Vaccine Group).

- **"Muitas vacinas":** só a coqueluche de células inteiras tinha cerca de 3.000 antígenos; todo o calendário americano dos anos 2000, cerca de 125 (AAP 2016). **Espaçar não traz benefício:** mais visitas e mais tempo desprotegido.
- **Timerosal:** o etilmercúrio não se acumula; sem relação com autismo (CAV-AEP, cap. 3).

4. Recuperar a caderneta atrasada (Guia Vacinal do site; SBP 2022):

- **Nunca recomeçar:** doses aplicadas valem; respeitar **intervalos mínimos**. Não há intervalo máximo, mas há **limites de idade**.
- **Todas as vacinas possíveis na mesma visita**, em locais diferentes; agendar as próximas pelos intervalos mínimos.
- **Rotavírus:** 1ª dose até 11 meses e 29 dias; última até 23 meses e 29 dias.
- **Vacinas vivas:** no mesmo dia ou com **≥ 28 dias**; febre amarela e tríplice viral (ou SCRv) em menores de 2 anos: intervalo de 30 dias.
- Doses de pneumocócica, MenB e outras dependem da **idade de início** (bula e Guia Vacinal).

5. Diante da recusa:

- **Documentar no prontuário** a recomendação, os riscos explicados, a vacina recusada e o motivo. O termo assinado é opcional (modelo da AAP, também em português; CAV-AEP: no mínimo, registro na história clínica).
- **Não dispensar a família:** manter o vínculo, **reoferecer em toda consulta** e aplicar o que for aceito. O Código de Ética Médica (art. 36) veda o abandono; a renúncia exige aviso prévio e continuidade do cuidado.
- Orientar a **avisar no pronto-socorro que a criança não é vacinada** e a atenção a surtos e viagens.
- **Base legal:** "É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias" (ECA, art. 14, § 1º); para o STF (Tema 1.103, 2020), isso não viola a liberdade de consciência dos pais nem o poder familiar. Usar como informação, não como ameaça; na recusa persistente com risco concreto, discutir com a equipe e, se necessário, com a rede de proteção.

Medicamentos e medidas na sala de vacinação (dor e medo menores aumentam a confiança)

MEDICAMENTO OU MEDIDA	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Amamentação ou solução adocicada	Durante a aplicação	—	Procedimento	Lactentes (CAV-AEP, cap. 5)
Anestésico tópico (lidocaína-prilocaína)	Conforme bula	Antes, respeitando o tempo de ação	Dose única	Todas as idades (CAV-AEP, cap. 5)
Paracetamol (febre $\geq 37,5$ °C axilar ou dor após a vacina)	10–15 mg/kg/dose; máx. 75 mg/kg/dia e 500 mg/dose < 12 anos	4–6 h (máx. 5/dia)	1–2 doses em geral	PADROES do site; não usar como profilaxia (CAV-AEP)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Se febre ou dor	≥ 6 meses (PADROES do site)
Dipirona	15 mg/kg/dose	6 h (máx. 4/dia)	Se febre ou dor	Não < 3 meses ou < 5 kg (bula); padrão do site (decisão de 30/09/2026); SBP 2024 e MS: 15–25 mg/kg
Adrenalina IM 1 mg/mL (anafilaxia)	0,01 mg/kg; máx. 0,3 mg (criança), 0,5 mg (adolescente)	Repetir em 5–15 min	Até estabilizar	Vasto lateral (PADROES do site)

- **MenB:** paracetamol profilático nas 2 primeiras doses no Reino Unido e na CAV-AEP; a SBP não se pronuncia (Guia Vacinal do site).
- Não usar anti-histamínico ou corticoide "preventivo"; não alternar antitérmicos; observação de pelo menos 15 minutos (MS).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Criança **não vacinada ou incompleta** com febre, exantema e tosse, coriza ou conjuntivite (sarampo); **tosse paroxística com apneia, cianose ou vômitos** em lactente (coqueluche); trismo, espasmos ou rigidez (tétano); pseudomembrana ou estridor (difteria); **febre com petéquias ou púrpura**; rigidez de nuca, sonolência ou convulsão (meningite); paralisia flácida aguda.
- **Ferimento com risco de tétano** ou **exposição à raiva** em criança sem esquema, com recusa da profilaxia: explicar o risco, registrar e encaminhar ao serviço de referência.
- Anafilaxia ou outro ESAVI grave após a vacinação.

Como encaminhar

1. **Isolar** na suspeita de sarampo, varicela, coqueluche ou difteria e **avisar o serviço de destino**.
2. **Suspeita de doença meningocócica (febre com petéquias ou púrpura):** ceftriaxona **1ª dose 100 mg/kg IV/IM (máx. 4 g)**, se não atrasar a remoção (PADROES do site).
3. Oxigênio para manter **SpO2 ≥ 94%**; acesso venoso se choque; SAMU (192) se grave.
4. **Anafilaxia:** adrenalina IM imediata na dose da tabela, decúbito com membros elevados, oxigênio e remoção.
5. **Notificação obrigatória (compulsória)** do caso suspeito de doença imunoprevenível e do ESAVI grave.
6. **Relatório:** caderneta (doses e datas), recusa documentada, contatos em casa, viagem e início dos sintomas.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "A vacina protege seu filho e também o bebê, o avô e a criança em tratamento que convivem com ele."
- "Não precisa recomençar: as doses que ele já tomou valem. Hoje aplicamos todas as que for possível."
- "Febre baixa e dor no local são esperadas; remédio só se houver febre ou dor."
- "Se decidirem não vacinar agora, a porta continua aberta: vamos conversar de novo na próxima consulta."
- "Se ele adoecer, avise no pronto-socorro que não está vacinado."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** febre com manchas vermelhas no corpo; manchas roxas que não somem ao apertar; tosse em crises com o bebê ficando roxo ou parando de respirar; dificuldade para abrir a boca ou engolir; pescoço duro, sonolência ou convulsão; falta de ar, inchaço de lábios ou língua logo após a vacina.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição e causas	OMS; causas multifatoriais (DC 159/2024)	SI-PNI; Movimento pela Vacinação (2023)	Espectro de atitudes (2016)	Barreiras de acesso e de informação (NG218)	Baixa percepção de risco (cap. 46)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Como recomendar	Recomendação médica ativa	Sem posição específica localizada	Presuntiva; entrevista motivacional	Conversa personalizada; toda oportunidade	Riscos de vacinar e de não vacinar	Presuntiva; foco no risco da doença	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Desinformação	Combate é "ferramenta crucial"	Programa Saúde com Ciência	Refuta autismo; contesta o CDC (2025)	Informação equilibrada	Autismo e timerosal refutados	Abordar com permissão	Sem posição específica localizada	Oxford Vaccine Group: alumínio mínimo
Recusa	Sem posição específica localizada	Vacinação obrigatória (ECA)	Termo de recusa; dispensa como último recurso (2016)	Registrar e reoferecer	Registrar; manter a relação aberta	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Esquema atrasado	Intervalos mínimos, simultâneas, sem recomençar	Intervalos mínimos e simultâneas	Contra esquemas alternativos	Recuperação oportunística	Calendários acelerados	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: SBP, AAP, NICE, AEP e Johns Hopkins concordam: a recomendação do profissional é decisiva, a caderneta se revisa em todo contato e o atraso se recupera sem recomençar; autismo, timerosal e alumínio são mitos refutados (a mudança da página do CDC em 2025 foi contestada pela AAP, que em 2026 passou a publicar calendário próprio). A divergência é a **recusa**: a **AAP** (2016) admite **dispensar a família como último recurso**, após várias tentativas e com aviso prévio; a **AEP** manda manter a relação aberta; a SBP não tem posição específica. No Brasil a vacinação é **obrigatória** (ECA; STF, Tema 1.103) e o Código de Ética Médica veda o abandono. **O site adota a posição da SBP** (recomendação ativa e combate à desinformação) e, na recusa — sem posição da SBP nem do MS —, a da **AEP** (manter a relação aberta), por ser a única compatível com o ECA, o STF e o Código de Ética Médica: **documentar, manter o vínculo e reoferecer em toda consulta**.

PONTOS PRÁTICOS

1. Revisar a caderneta em toda consulta e aplicar na mesma visita todas as vacinas possíveis: oportunidade perdida é a primeira causa evitável de atraso.
2. Recomendar de forma presuntiva ("hoje vamos aplicar..."); deixar a conversa aberta só para quem já trouxe dúvidas.
3. Diante da dúvida: perguntar, escutar, validar, pedir permissão e informar pouco e com clareza, sem repetir o mito.
4. Nunca recomeçar esquemas: doses válidas contam, respeitar intervalos mínimos e limites de idade (rotavírus).
5. Recusa: documentar, não dispensar a família, reoferecer em toda consulta e orientar que avise no PS que a criança não é vacinada.
6. Criança não vacinada com febre e exantema, tosse paroxística com apneia, trismo ou púrpura: pronto-socorro, com isolamento e notificação obrigatória (compulsória).

Veja também, nesta Biblioteca: **Vacinas – Atualizações 2026**, **Guia Vacinal Completo** (catch-up e intervalos mínimos) e **Imunobiológicos em Pediatria** (nesta área); **Calendário vacinal SBP 2026/2027** e **Imunizantes contra o VSR** (Temas atualizados pela SBP); **Transtorno do espectro autista** (Patologias do consultório).

8. Fontes

- SBP, Departamento de Imunizações. O desafio das coberturas vacinais e o fenômeno da hesitação. DC nº 159, 2024. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Imunizações. Recuperação do atraso vacinal. Nota de Alerta, 2022. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Coberturas da tríplice viral em 2025 e sarampo (Agência Brasil, 2026). agenciabrasil.ebc.com.br
- OPAS/OMS. Movimento Nacional pela Vacinação, 2023. paho.org
- Brasil. ECA (Lei nº 8.069/1990), art. 14. planalto.gov.br
- STF. Tema 1.103 (ARE 1.267.879). portal.stf.jus.br
- CFM. Código de Ética Médica, 2018, art. 36. [PDF](#)
- OMS. SAGE conclusions on vaccine hesitancy, 2015. [PDF](#)
- Betsch C et al. The 5C psychological antecedents of vaccination. PLoS One, 2018. plos.org
- AAP. Edwards KM, Hackell JM et al. Countering vaccine hesitancy. Pediatrics, 2016. [PDF](#)

- AAP. O'Leary ST et al. Strategies for improving vaccine communication and uptake. Pediatrics, 2024;153(3):e2023065483 (resumo). [PubMed](#)
- AAP. Documentation of vaccine refusal. [aap.org](#)
- AAP. Immunization schedule 2026. [healthychildren.org](#); página do CDC sobre autismo, 2025. [contemporarypediatrics.com](#)
- NICE. Vaccine uptake in the general population (NG218), 2022. [nice.org.uk](#)
- CAV-AEP. Manual de Inmunizaciones: [cap. 3](#) (2025), [cap. 5](#) (2025) e [cap. 46](#) (2024).
- Johns Hopkins, Institute for Vaccine Safety. How to talk with patients about vaccines. [vaccinesafety.edu](#)
- Oxford Vaccine Group. Vaccine ingredients. [ox.ac.uk](#)
- Hviid A et al. MMR vaccination and autism. Ann Intern Med, 2019. [PubMed](#)
- Andersson NW et al. Aluminum-adsorbed vaccines and chronic diseases in childhood. Ann Intern Med, 2025. [PubMed](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.