



Vacinação Infantil Obrigatória

Graciella Melo de Araújo¹; Antônio Gome da Silva Neto²; Laís Leite Fernandes³; Hidembrurgo Gonçalves Rocha⁴

Resumo: As atividades de vacinação, por sua elevada efetividade, constituem um componente obrigatório nos programas de saúde pública. Requer um contínuo acompanhamento da cobertura, da equidade no acesso, bem como na sua segurança. É preciso levar-se em conta que, não são produtos inteiramente livres de riscos. Apresentam, em alguns casos, efeitos colaterais de pouca gravidade. Portanto é importante que se conheça mais sobre esta estratégia de saúde. O objetivo do presente estudo foi discutir sobre as principais vacinas obrigatórias no processo de imunização dos bebês e crianças pequenas, à partir de uma revisão da literatura. Os resultados evidenciaram a importância de uma política de treinamento e capacitação permanente dos profissionais, de forma a garantir, tanto a qualidade dos serviços como o acesso da população ao que há de mais avançado em saúde, na atualidade.

Palavras-chave: Vacinação, Cobertura vacinal, Saúde Pública.

Childhood Vaccination Required

Abstract: Vaccination activities, because of its high effectiveness, are a required component in public health programs. It requires a continuous monitoring of the coverage, equity of access, as well as its security. Is necessary to take into consideration that are not entirely risk-free products. They have, in some cases, minor side effects. So it is important to know more about this health strategy. The aim of this study was to discuss the main required vaccines in the immunization of infants and young children process, starting from a literature review. The results showed the importance of a policy of training and permanent professional qualification, to ensure both the quality of services and people's access to what's more advanced in health today.

Keywords: Vaccination, Vaccine Coverage, Public Health

Introdução

A vacinação, em especial na primeira infância, tem se mostrado relevante ação preventiva de doenças infectocontagiosas, que em tempos passados levavam a óbito e a sequelas diversas milhares de crianças no Brasil. Segundo a organização Mundial de saúde (WHO, 2004), cerca de dois milhões de crianças ainda continuam a perecer anualmente por doenças que poderiam ser evitadas com a vacinação na época adequada.

¹ Enfermeira, Bacharel pela Universidade Regional do Cariri - URCA (2014). Especialista em Estratégia de Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA. Residência em Saúde da Família e da Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará. E-mail: graciellamelo_@hotmail.com;

² Graduando de Farmácia pela Faculdade Santa Maria – Cajazeiras – PB. E-mail: gomezshaha@hotmail.com;

³ Enfermeira pela Universidade Regional do Cariri –URCA. Enfermeira Técnica e Consultora da Empresa Provida Medical. Enfermeira Hemodinamicista da Casa de Saúde e Maternidade São Miguel. E-mail: laisenfr@hotmail.com

⁴ Professor da Universidade Regional do Cariri –URCA/CE. Doutor em Farmacologia pela Universidade Federal do Ceará. E-mail: hibembrurgo.rocha@hotmail.com



O calendário para vacinação tende a ser dinâmico e condicionado por uma série de fatores individuais e/ou epidemiológicos (CARVALHO e WECKX, 1999) e, por situações de ordem econômicas e sociais (GADELHA e TEMPORÃO, 1999). Portanto, no Brasil, além das vacinas normais implantadas inicialmente pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), foram acrescentadas outras novas, de maneira progressiva.

As ações de vacinação, que foram institucionalizadas pelo PNI, têm sido incorporadas à rotina popular de cuidados referentes à saúde das crianças (CORREIA e MacAULIFFE, 1999).

Simoes (1997, p.196), orienta que "a experiência com a varíola mostrou que a erradicação de uma doença é possível quando é atingida e mantida ampla cobertura com uma vacina eficaz".

A rotina de vacinação para imunização atualmente é bem mais discutida, em sua necessidade social, que em gerações anteriores, onde quase não se questionavam as indicações, os efeitos colaterais ou a eficácia das vacinas. Hoje há uma maior conscientização das mães, que são estimuladas a examinar a questão e a tomar uma decisão mais consciente sobre a vacinação. Além disso, as indicações e os efeitos colaterais são comunicados a elas, geralmente por médicos e enfermeiras, tanto verbalmente quanto por escrito, ou de ambas as maneiras, antes que as vacinas sejam aplicadas (FARHAT, 1992).

O acordo entre médico e paciente, baseado na informação do segundo, é importante no processo. De fato as mães deveriam ser mais informadas a respeito de todos os aspectos dos cuidados com seus filhos e assim, funcionarem como sócias das decisões médicas. Entretanto, informações parciais sobre a questão das vacinas infelizmente resultam numa atitude um tanto alarmista.

A mortalidade infantil, no Brasil, ainda é alta e está relacionada a baixa renda familiar, carência de saneamento ambiental e de educação, habitação inadequada e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CAMPOS, et al., 1995).

A taxa de mortalidade e a causa *mortis* das crianças hospitalizadas, sofrem influências regionais, das características do paciente, da enfermidade que deu origem à internação e do hospital que presta o atendimento.

Hoje, tão importante quanto saber porquê morrem as crianças hospitalizadas, é conhecer, não só as principais características destes pacientes, mas que trabalho efetivo, a Saúde Pública reservou para eles.

O objetivo do presente estudo é discutir sobre as principais vacinas obrigatórias no processo de imunização dos bebês e crianças pequenas, à partir de uma revisão da literatura.

As vacinações de rotina, protegem as crianças contra poliomielite, difteria, coqueluche, tétano, sarampo e tuberculose.



A Pólio é causada por um vírus que ataca o sistema nervoso central, causando paralisia motora permanente e em alguns, quando os músculos respiratórios são paralisados, a morte. Não há tratamento específico para a pólio, e os antibióticos não são eficazes contra o vírus. Antes da existência da vacina, na década de 50, ocorriam milhares de casos de pólio no Brasil. Agora que a vacinação se tornou rotina, a doença quase desapareceu. Ela continua a existir em regiões do mundo onde a vacina não encontra-se disponível. Acredita-se que se pararmos a rotina de vacinação ela voltará a atacar, mesmo tendo sido erradicada como é o caso do estado de São Paulo, que mantém vacinação de rotina. Em outras regiões do país, onde não há prática constante, a doença retorna esporadicamente (BRICKS, 1997).

Segundo Lawrence et al., (2003), a Difteria é causada por uma bactéria que comumente infecta o nariz, a garganta e as cordas vocais. Ela pode provocar a morte, interferindo na respiração, atacando o coração (miocardite) e paralisando os músculos respiratórios. Mesmo com a administração de antibióticos e soro anti-diftérico, um entre dez portadores da doença morre. A vacinação quase eliminou a doença no Brasil, pelo menos em regiões como o Sudeste, onde a vacinação é bastante estimulada. Ainda existem casos no país, a doença ataca inclusive crianças que só tomaram uma dose da vacina, em vez de todas as recomendadas.

Os mesmos autores orientam que, a Coqueluche, ou tosse comprida, é uma doença que provoca acessos de tosse. Essa tosse pode ser violenta a ponto de interferir na alimentação, na capacidade de digerir líquidos e até na respiração, causando, algumas vezes, hemorragia interna no cérebro. Três em cada mil crianças não imunizadas que contraíram coqueluche, terão encefalite, ou inflamação no cérebro, com complicações. A coqueluche ainda é uma ameaça real no Brasil, especialmente em bebês pequenos não vacinados ou apenas parcialmente vacinados.

O Tétano aparece quando ferimentos ou queimaduras são infectados pela bactéria do tétano, comumente encontrada na sujeira ou em excrementos humanos e animais. O quadro clínico é caracterizado por duas manifestações básicas: a hipertonia (localizada ou generalizada) e os espasmos musculares paroxísticos tônico-clônicos. As contraturas permanentes mais frequentes são: trismo, rigidez de nuca (até opistótono), abdome em tábua", riso sardônico, hiperextensão dos membros e musculatura da faringe (disfagia). Quatro entre dez pessoas que contraem tétano morrem, usualmente devido aos espasmos dos músculos respiratórios ou por afogamento em seu próprio muco ou vômito. O tétano é uma causa *mortis* neonatal comum nos países subdesenvolvidos. A bactéria geralmente entra no corpo do bebê pelo cordão umbilical, por causa da ausência de higiene (LAWRENCE et al., 2003)

O Sarampo é a mais séria das doenças comuns na infância. É causado por um vírus e se inicia com vários dias de febre alta inexplicável, antes do aparecimento das manchas típicas. A criança também tem tosse, nariz escorrendo e olhos lacrimejantes. A doença dura uma ou duas semanas.



Pneumonia e bronco pneumonias são as principais causas de óbito na criança com sarampo. A pneumonia pode ser devido ao próprio vírus do sarampo (pneumonia intersticial), porém mais freqüente é a broncopneumonia pelo vírus e/ou associada a bactérias. Otite média aguda é a complicação mais freqüente do sarampo. A encefalite aguda é uma complicação relativamente rara, mas grave, podendo levar a convulsões, surdez permanente e retardamento mental. Nos países subdesenvolvidos, o sarampo ainda causa a morte de crianças subnutridas. Mesmo em países desenvolvidos, o sarampo persiste, agora com maior freqüência em adolescentes. (BOHLKE et al., 2003).

A Tuberculose é uma doença infecto-contagiosa, produzida, na imensa maioria dos casos pelo *Mycobacterium tuberculosis*. O conhecimento atual da doença possibilita a cura, prevenção e mesmo a erradicação, mas contrasta com a realidade de 20 milhões de doentes e 2 a 3 milhões de mortes por ano, no mundo (PEREIRA, et al.,2007).

Segundo os autores, a tuberculose pulmonar na criança, na grande maioria dos casos, apresenta-se sob a forma primária. A forma pós-primária (tipo adulto), bacilífera, importante na cadeia de transmissão, é exceção. Em decorrência dessa característica própria, o quadro clínico clássico (febre vespertina, tosse persistente, perda de peso, anorexia, hemoptise, etc) é inexistente ou se existe, a doença já está avançada. O adulto bacilífero é o grande disseminador, devendo sempre ser procurado, ao se diagnosticar tuberculose em uma criança.

O quadro mais grave é o de tuberculose miliar. Geralmente é caracterizado por febre alta e a criança apresenta estado precário, com emagrecimento, aumento do fígado e do baço, dificuldade respiratória (dispnéia), podendo ocorrer ainda, sinais de comprometimento neurológico. A meningite tuberculosa é a principal causa de óbito na tuberculose, ocorrendo, como regra geral, nos três primeiros anos de vida (FIGUEIRA et al., 1990).

Deve-se ressaltar que, embora seja transferido ao setor de saúde as atividades de controle das doenças transmissíveis, é certo que essa tarefa está na dependência da participação de outras áreas e mesmo de transformações sociais, que propiciem a melhoria das condições de vida das populações de baixa renda.

Contra-indicações gerais às vacinações (BRASIL, 2005):

- 1 - Processos agudos febris. Resfriados comuns, sem febres, não constituem contra-indicação;
- 2 - Uso de imunossupressores como corticóides (aguardar, dependendo do tempo de uso, de 15 a 45 dias após a suspensão da droga), anti-neoplásicos ou irradiações;
- 3 - Uso de imunoglobulina, plasma ou sangue (aguardar 6 semanas);
- 4 - Doenças com baixa acentuada da resistência orgânica: sarampo (aguardar 6 semanas após o fim da doença), leucemia, linfomas, deficiência de imunoglobulinas, diabetes mellitus descompensado, insuficiência cardíaca congestiva.



Periodicamente, o pessoal médico revê os riscos da vacinação de rotina para assegurar-se de que seus benefícios ultrapassam os riscos.

Quadro 1 - Cronograma de Imunização para Bebês e Crianças pequenas

IDADE	VACINAS RECOMENDADAS
Ao Nascer	BCG
Aos 2 meses	Tríplice(DPT) + Sabin *
Aos 4 meses	Tríplice(DPT) + Sabin
Aos 6 meses	Tríplice(DPT)** + Sabin
Aos 9 meses	Sarampo ***
Aos 15 meses	Tríplice(DPT) + Sabin
Aos 6 anos	BCG

* - Poliomielite; ** - Difteria, coqueluche e tétano. *** - Sarampo. Fonte: Amato Neto, et al. (1991)

Todas as crianças que receberam uma dose da vacina contra o sarampo, com menos de um ano de idade, deverão receber dose(s) adicional(is) da vacina, à partir dos 12 meses, administrada(s) em programas de rotina e/ou campanhas de vacinação.

(RAMOS et al., 2010)

As especificações para as principais vacinas são (BRASIL, 2005):

BCG intra-dérmico:

Composição: bacilo bovino vivo e atenuado (*Mycobacterium tuberculosis* - var. *bovis* - *Bacilo de Calmette e Guérin*);

Conservação: A vacina liofilizada deve ser mantida em geladeira à temperatura de 4° C e ao abrigo da luz solar, direta e indireta.

Via de aplicação: Intra-dérmica na região de inserção inferior do músculo deltóide direito.

Indicação. Época de vacinação e dose: Embora possa ser aplicada no 1° mês, é mais difundido seu uso, à partir do 30° dia de vida, sendo prioridade até 14 anos. Para crianças maiores de 3 meses de idade, realiza-se um teste tuberculínico prévio, vacinando somente os não reatores. Em programas de Saúde Pública, justifica-se seu uso indiscriminado. Quando possível, realizar o PPD 6 meses após a vacinação, justificando-se a revacinação dos não-reatores, somente quando se evidenciar uma evolução atípica da vacina e/ou uma cicatriz incharacterística e com diâmetro transversal menor que 3 mm. Revacinar aos 6 anos de idade, as crianças vacinadas no 1° ano de vida.



Viragem tuberculínica: 85% das crianças maiores (escolares, p. et.) apresentam-se com PPD reator forte à partir de 3 meses da vacinação.

Preparo da dose: Após a reconstituição, deve ser mantida em geladeira e usada apenas nas 8 horas seguintes. Administrar a dose de 0,1 ml, independentemente da idade.

Evolução típica: Em geral, a partir da segunda semana de aplicação, forma-se uma pápula que evolui para pústula, úlcera, crosta, terminando em uma cicatriz. Esse processo pode ter uma duração de até 5 meses.

Contra-indicação: Além daquelas gerais para qualquer vacina, não aplicar o BCG quando existirem, próximas ao local de aplicação, dermatoses infectadas ou que apresentem solução de continuidade da pele.

Complicações: Geralmente relacionadas com falhas na técnica de aplicação: abscesso no local da vacinação; úlceras de diâmetro maior que 10mm; prolongamento da cicatrização 6 meses após a aplicação da vacina; adenopatia satélite, às vezes supurativa, osteomielite em recém-nascidos (complicação muito rara). Pode também ocorrer infecção secundária por germes banais.

Tratamento das complicações: Poderá ser tópico, usando uma associação de rifampicina e corticóide, ou sistêmico, usando isoniazida na dose 10 mg/Kg/dia. Nas adenopatias supurativas, considerar a possibilidade de tratamento cirúrgico.

Eficácia: Em torno de 80 a 85% nos 10 anos seguintes à vacinação. As crianças vacinadas, raramente desenvolvem formas graves de tuberculose.

Vacina Tríplice (DPT)

Composição: A vacina DPT é uma associação dos toxóides diftérico e tetânico, com a *Bordatella pertussis* inativada, tendo o hidróxido ou fosfato de alumínio como adjuvante e o timerosal como preservativo.

Conservação: Em geladeira entre 4° C e 8° C, evitando o congelamento.

Via de aplicação: Intra-muscular profunda, na região glútea ou no vasto lateral da coxa.

Indicação, época de vacinação e doses: A imunização básica é feita em três doses, uma em cada dois meses, à partir de 60 dias de vida. Intervalos maiores não são motivos para reiniciar esquema. O reforço é administrado 12 meses após a 3ª dose, de preferência no 15º mês, simultaneamente com a dose de reforço da vacina contra poliomielite. Atualmente o volume correspondente é de 0,5 ml por dose, podendo variar de acordo com o laboratório produtor.

Contra-indicações: Além daquelas gerais para qualquer vacina, evitá-la nas crianças maiores de 5 anos ou que já tiveram coqueluche. Crianças com transtornos convulsivos só deverão ser vacinadas após controle das crises, utilizando-se doses fracionadas.



Complicações: Reações locais de dor, calor, eritema, nódulo que pode levar 2 a 3 meses para desaparecer, abscesso séptico (infecção secundária), reações gerais de febre, inapetência e irritabilidade nas primeiras 24 a 36 horas. Ocorrência de convulsão é muito rara.

Tratamento das reações: Para as reações locais, usar compressas quentes para dor e febre, analgésico e anti-térmico. Em casos de reações intensas com a primeira dose, fracionar as seguintes ou substituir pela vacina dupla.

Eficácia: próxima de 100% para a prevenção da difteria e do tétano. Para a coqueluche é de 75 a 80%, quando a vacina é preparada à partir de cepas prevalentes na comunidade.

Vacina contra a Poliomielite ou vacina Sabin:

Composição: Vacina de vírus vivos e atenuados contendo os três tipos de poliovírus (I, II e III).

Conservação: Conservar em geladeira entre 2°C e 8°C ao abrigo da luz solar direta ou indireta. Depois de aberto o frasco, a vacina, adequadamente conservada, deve ser usada em prazo máximo de 48 horas, desde que não tenha ocorrido contaminação. O congelamento não altera a potência da vacina. O prazo de validade é indicado pelo fabricante e deve ser respeitado rigorosamente.

Via de aplicação: Oral, devendo-se cuidar para que o conta-gotas não toque na boca do vacinado.

Indicação, época de vacinação e dose: Três doses a cada dois meses, à partir de dois meses de idade, constituem a vacinação básica. Um ano após a terceira dose, deve ser dado o 1º reforço, de preferência no 15º mês, simultaneamente com a dose de reforço da vacina tríplice (DPT). Cada dose, em geral, corresponde a duas gotas, podendo variar conforme especificações do laboratório produtor.

Cuidados especiais: Vômito durante a primeira hora e/ou quadro diarréico intenso nas 24 horas seguintes à vacinação, indicam repetição da dose. Não é necessário dar intervalo entre a alimentação, inclusive leite materno e a administração da vacina.

Contra-indicações: Contra-indicações gerais para aplicação de qualquer vacina. Na rotina recomenda-se adiar a sua aplicação em presença de diarreia grave e/ou vômitos intensos.

Reações colaterais: Não há.

Eficácia: O esquema de vacinação proposto confere, aproximadamente 100% de proteção.

Vacina contra sarampo

Composição: Vírus vivos atenuados, cultivados em substrato celular de fibroblasto de embrião de galinha.



Conservação: Conservar em geladeira entre 2°C e 8°C, protegida da luz solar direta. Após a diluição, mantida nas condições mencionadas, deve ser aplicada em prazo máximo de 8 horas. O prazo de validade é indicado pelo fabricante e deve ser respeitado rigorosamente.

Via de aplicação: sub-cultânea, de preferência na região do deltóide ou pode ser administrada também na região glútea.

Indicação, época de vacinação e dose: A vacina é indicada para prevenir o sarampo. A sua administração deve ser feita à partir dos 9 meses de idade. Até essa idade, a criança tem no seu sangue anticorpos específicos contra o sarampo, oriundos da mãe, o que interfere na eficácia da vacina.

A vacinação dos menores de 5 anos tem prioridade para efeito de programação. Situações epidemiológicas especiais, entretanto, podem justificar a vacinação à partir dos 6 meses ou após os 5 anos.

A vacina contra sarampo é administrada em uma dose de 0,5 ml, aos 9 meses (quando a criança pode ter presente os anticorpos maternos, o que interfere na eficácia da vacina em 15 a 20% dos vacinados. Uma dose adicional deve ser administrada após os 12 meses, com a finalidade de proteger o percentual de crianças que não responderam à vacinação aos 9 meses (aos 12 meses, os anticorpos maternos não estão mais presentes). Em dose adicional da vacina, à partir dos 12 meses, pode ser administrada em programas de rotina - aos 15 meses de idade, simultaneamente com o reforço das vacinas Tríplice (DPT) e contra Poliomielite.

Caso a criança tenha recebido a primeira dose com 12 ou mais meses, a dose adicional não será aplicada nos programas de rotina.

Reações colaterais: Febre e erupção cutânea de curta duração, ocorrendo habitualmente, entre o 5º e o 12º dia após a vacinação.

Contra-indicações:

a) Antecedentes de reação anafilática após ingestão de ovo de galinha, entendendo-se por reação anafilática a reação imediata (urticária generalizada, dificuldade respiratória, edema de glote, hipotensão ou choque) que se instala, habitualmente, na primeira hora após o estímulo do alérgeno) ingestão de ovo de galinha, por exemplo).

b) Gravidez.

c) Administração de imunoglobulina humana normal (gamaglobulina), sangue total ou plasma nos três meses anteriores.

NOTAS:

1) Não constituem contra-indicações: vacinações recentes contra a Poliomielite, exposição recente ao Sarampo, alergia a ovo que não tenha sido de natureza anafilática.

2) Caso ocorra a administração de imunoglobulina humana normal, sangue total ou plasma nos primeiros dias que se seguem à vacinação, revacinar três meses depois.



No Brasil, laboratórios nacionais e estrangeiros fornecem as vacinas utilizadas pela população. Existem particularidades no processo de produção das vacinas, em cada laboratório, que também variam os preservativos, estabilizadores e adjuvantes utilizados, embora a maioria dos agentes imunizantes seja produzida, à partir de cepas ou linhagens de bactérias ou vírus, em instituições de referência da Organização Mundial de Saúde. Esses fatores contribuem para que, eventualmente, as vacinas apresentem diferenças em seu aspecto ou coloração, por exemplo (MURAHOVSKI, 1995).

O controle de qualidade das vacinas é realizado pelo laboratório produtor, e deve obedecer a critérios padronizados, estabelecidos pela OMS. Após aprovação em testes de controle do laboratório produtor, cada lote de vacina é submetido a análise no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), do Ministério da Saúde. Só depois, a vacina é liberada para uso, garantida sua segurança, potência e estabilidade (ALCÂNTARA e MARCONDES, 1978).

Para avaliar satisfatoriamente um programa, é preciso definir, de forma clara, com antecedência, o que se espera dele, ou seja, suas metas administrativas, políticas e sociais.

A avaliação dos serviços de vacinação não pode ser vista de forma isolada. É importante considerar a situação da saúde da população, bem como as suas condições sociais e econômicas, o grau de organização dos serviços e sua capacidade resolutiva (NELSON e MCKAY, 1983). Esses e outros fatores, numa interação dinâmica, terminam por influenciar os resultados do trabalho, principalmente em termos de cobertura vacinal alcançada.

Miranda et al (1995), relata que a avaliação é um processo contínuo, executado em todos os níveis de um programa, desde onde a vacina é aplicada, até onde são analisados os registros. É uma tarefa desenvolvida de forma coletiva, em equipe. O ideal é que além do pessoal diretamente envolvido na execução da vacinação, sejam integrados ao processo de avaliação, integrantes de diferentes instâncias (municipal, regional e/ou estadual) e da própria população. A população, principalmente, deve ter acesso aos resultados obtidos, seja através da divulgação de informações mensais pelos meios de comunicação de massa, seja utilizando-se instrumentos de informações disponíveis nos próprios serviços de saúde.

O objetivo final deve ficar bem claro, pois não trata-se de obter altas coberturas, mas reduzir a morbidade e a mortalidade das doenças alvo. Sabe-se, por outro lado, que essa redução só será observada, se forem alcançados e mantidos altos níveis de cobertura vacinal. Por isso, o programa deve passar por processos frequentes de avaliação, onde determinados indicadores devem ser medidos, utilizando-se instrumentos e informações disponíveis nos próprios serviços e na comunidade (Tabela 2).



Tabela 2 - Recursos Utilizados na Avaliação de um Programa de Vacinação

Qualidade Desejada	Medida por:	Indicadores obtidos através de:
Eficiência	Insumos humanos, materiais e financeiros relacionados ao Programa	Monitoramento e Supervisão
Progressividade	Níveis de cobertura de vacinação	Avaliação administrativa (rotina) e inquéritos de cobertura
Efetividade	Redução na morbidade e mortalidade das doenças-alvo	Sistema de vigilância epidemiológica (notificação, investigação de surtos, inquéritos de morbidade)
Adequação	Quantidade de recursos destinados ao Programa	Análise de Custos
Relevância	Relação do Programa de vacinação com os objetivos de desenvolvimento do País e com a epidemiologia local das doenças-alvo	Avaliação dinâmica do Programa, abrangendo todos os grupos envolvidos: Técnicos, usuários, autoridades políticas, etc.

Fonte: Manual de Procedimentos para vacinação: Ministério da Saúde, Brasília, 1993.

Conclusões

A criança tem o direito de receber gratuitamente a vacinação básica, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), entidade ligada à Organização das Nações Unidas (ONU). Dessa forma, ela estará protegida contra doenças como a Poliomielite, o Tétano, a Difteria, o Sarampo, a Coqueluche e a Tuberculose, que já figuram entre as principais causas de mortalidade infantil, no Brasil.

Deve-se lembrar que, na década de 80, quando foi introduzida a vacinação obrigatória da Anti-Pólio, registravam-se 3 mil casos de paralisia infantil por ano. Isso correspondia a 1% das contaminações pelo vírus da Pólio, que nem sempre resultaram em paralisia. Hoje, os bons resultados da prevenção são inquestionáveis: Desde 1989, não há registro de nenhum caso de Pólio (BRASIL, 2005).



As doenças passíveis de terem sua incidência reduzida por imunização, ocupam lugar importante, nas estatísticas de morbimortalidade em nosso meio. há necessidade de se ampliar a cobertura vacinal dos susceptíveis, intensificando a aplicação de vacinas na rotina dos ambulatorios, evitando contra-indicações excessivas e incorretas, aproveitando a presença de crianças no serviço de saúde, independentemente do motivo da procura, empregando associação de vacinas, difundindo e discutindo os conhecimentos sobre as vacinas e as doenças por elas evitáveis com os familiares e pessoal de apoio na Saúde.

É importante também que se cobre dos órgãos governamentais, uma política de treinamento e capacitação permanente dos profissionais, para garantir, tanto a qualidade dos serviços como o acesso da população ao que há de mais avançado em ciência hoje.

Os cidadãos, assim como os profissionais, devem buscar uma forma de relacionamento, onde a população tenha conhecimento da real situação dos serviços de saúde, e os profissionais estejam conscientes da necessidade de colaborar para que a situação de saúde da população melhore.

Referências

- ALCÂNTARA, P., MARCONDES, E. - **Pediatria Básica**, São Paulo: Saraiva, 1978;
- AÇÃO EDUCATIVA NOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981.
- AMATO NETO, et al. **Imunizações** - São Paulo: Sarvier, 1991.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Procedimentos para Vacinação - Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de saúde, 1993.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Tuberculose . In: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. 2005;732-7.
- BRICKS LF. Poliomielite: situação epidemiológica e dificuldades na erradicação global. *Pediatria (São Paulo)* 1997;19:24-37.
- BOHLKE K, DAVIS RL, MARCY SM, BRAUN MM, DESTEFANO F, BLACK SB, et al. Risk of anaphylaxis after vaccination of children and adolescents. **Pediatrics**. 2003;112 (4): 815-20. DOI:10.1542/peds.112.4.815
- CAMPOS, Juarez de Queiroz, et al. **Doutrina da Administração Sanitaria**. São Paulo: Editora Jotacê, 1995.
- BRASIL. **Capacitação de Pessoal em Vacinação: Uma Proposta de Treinamento em Serviço - Manual do Treinando** - Brasília: Ministério da Saúde, Programa Nacional de Imunização, 1991.



CARVALHO ES, WECKX LY. Calendário vacinal: dinâmica e atualização. *J Pediatra*. 1999; 75 (Supl. 1): 149-54.

CORREIA LL, MACAULIFFE JF. Saúde Materno-infantil. In: Rouquayrol MZ e Almeida Filho N, editores. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 1999. p. 375-403.

FARHAT, Calil Kairalla - **Cadernos de Terapêutica em Pediatria - Infectologia** - Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1992.

FERREIRA, Otelo - **Cadernos de Terapêutica em Pediatria** - Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1988.

FIGUEIRA, Fernando, et al. **Pediatria** - Rio de Janeiro: MEDSI - Editora Médica e Científica Ltda, 1990.

GADELHA C, TEMPORÃO JG. **A Indústria de Vacinas no Brasil: Desafios e Perspectivas**. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social; 1999.

LAWRENCE G, MENZIES R, BURGESS M, MCINTYRE P, WORD N, BOYD I, et al. Surveillance of adverse events following immunization: Australia, 2000-2002. *Commun Dis Intell*. 2003;27(3):307-23. [

MIRANDA, Alcides S. de et al . Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 29, n. 3, June 1995 .

MURAHOVSKI, Jayme. **Pediatria: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1995.

NELSON, Vavgan, MCKAY, Behrman - **Tratado de Pediatria**. São Paulo: Editora Interamericana, 1983.

PEREIRA, Susan M et al . Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, supl. 1, Sept. 2007

RAMOS, Camilo Ferreira, PAIXAO, José Gabriel Miranda da, DONZA, Filipe Cunha de Sousa *et al*. Compliance with the child immunization calendar in family healthcare units. **Rev Pan-Amaz Saude**. [online]. June 2010, vol.1, no.2 [cited 10 June 2014], p.55-60.

SIMÕES EAF. **Imunização**. In: Hay WW, editor. *Diagnóstico e tratamento em pediatria*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1997. p. 196-7

WHO (World Health Organization). **State of the World's Vaccines and Immunization**. Geneva: World Health Organization, 2002.

Como citar este artigo (Formato ISO):

ARAÚJO, Graciella M.; SILVA NETO, Antônio G.; FERNANDES, Laís L.; ROCHA, Hidemburgo G. Vacinação Infantil Obrigatória. **Id on Line Revista de Psicologia**, Julho de 2014, vol.8, n.23, p. 209-220- ISSN 1981-1179.