



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

JOSEANE MARIA ROMANCINI DE OLIVEIRA

**COBERTURA VACINAL DE MULHERES IMUNIZADAS COM A TRÍPLICE VIRAL
NO PERÍODO FÉRTIL, PRÉ-NATAL E PUERPERAL: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

ASSIS/SP

2013



Fundação Educacional do Município de Assis
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis
Campus "José Santilli Sobrinho"

JOSEANE MARIA ROMANCINI DE OLIVEIRA

**COBERTURA VACINAL DE MULHERES IMUNIZADAS COM A TRÍPLICE VIRAL
NO PERÍODO FÉRTIL, PRÉ-NATAL E PUERPERAL: UMA REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA.**

Monografia apresentada ao Programa de Iniciação Científica (PIC) do Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA e a Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA como exigência de término da bolsa voluntária.

Bolsista: Joseane Maria Romancini de Oliveira

Orientadora: Dra Luciana Pereira Silva

Linha de Pesquisa: Ciências da Saúde

ASSIS/SP

2013

RESUMO

A vacina tríplice viral (T.V.), conhecida na literatura médica de língua inglesa como MMR (Measles, Mumps, Rubella), foi incorporada ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil no ano de 1992, no Estado de São Paulo. Posteriormente, foi introduzida em outros Estados em forma de campanhas. A erradicação da febre amarela urbana, da varíola, da poliomielite e eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo são avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis. O presente estudo teve como objetivo fazer um levantamento bibliográfico da cobertura vacinal de mulheres em idade fértil, pré-natal, puérperas e no pós-aborto sobre a importância da imunização com a Tríplice Viral. O estudo das coberturas vacinais segundo condições de vida fornece uma oportunidade para a investigação acerca da concretização de políticas públicas compensatórias, isto é, intervenções programadas e executadas, preferencialmente pelo Estado, buscando diminuir as diferenças entre os grupos sociais produzidas por diferentes inserções na organização social. Diante disso, o presente trabalho foi um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa da cobertura vacinal de mulheres imunizadas com a tríplice viral no período fértil, pré-natal e puerperal. Foi realizado uma revisão de literatura a partir de busca em livros e artigos indexados nas bases de dados Lilacs, Bireme e Scielo. A vacinação na idade fértil, pré-natal, puérperas é fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis. A identificação da cobertura vacinal e dos fatores responsáveis pelo retardo ou pela falta de imunizações é ação fundamental para a adequada monitorização dos programas de vacinação principalmente em adultos. A vacina em mulheres na idade reprodutiva, antes ou durante a gestação, confere a elas resistência a doenças e, ao recém-nascido, uma imunidade passiva. A imunização deve ser realizada preferencialmente antes dos tratamentos de infertilidade, pois algumas delas não podem ser administradas no período da gestação. A vacina MMR deve ser prescrita para todas as mulheres que não comprovarem imunidade desta doença.

Palavras-chave: vacina MMR; tríplice viral; fértil; puerperio; pré-natal

ABSTRACT

The MMR vaccine (TV) , known in the medical literature in English as MMR (Measles , Mumps, Rubella) , was incorporated into the National Immunization Program (NIP) of Brazil in 1992 , in São Paulo . It was later introduced in other states in the form of campaigns . The eradication of urban yellow fever , smallpox , polio and elimination of indigenous circulation of measles virus are advances made in the control of vaccine-preventable diseases . This study aimed to review the literature immunization coverage of women , prenatal , postpartum reproductive age and post -abortion about the importance of immunization with MMR . The study of vaccination coverage according to living conditions provides an opportunity for investigating the implementation of compensatory public policies, ie , interventions planned and implemented , preferably by the state , seeking to decrease the differences between social groups produced by different insertions in the social organization . Therefore, this study was a descriptive exploratory qualitative study of vaccine coverage in women immunized with the MMR , prenatal and postpartum fertile period . A literature search from in books and articles indexed in the Lilacs, SciELO and Bireme data was performed. Vaccination in, prenatal , postpartum reproductive age is critical to the prevention of various diseases . Identification of vaccine coverage and factors responsible for the delay or lack of vaccination is important for proper monitoring of vaccination programs mainly in adult action. The vaccine in women of reproductive age , before or during pregnancy , confers resistance to these diseases , and newborn care , passive immunity . Immunisation should be carried out preferably before infertility treatments because some of them can not be administered during pregnancy . The MMR vaccine should be prescribed for all women who do not prove immunity of this disease.

Keywords : MMR ; fertile ; ; MMR puerperium ; prenatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. OBJETIVO GERAL.....	07
3. METODOLOGIA.....	11
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14
5. ANEXOS.....	17

1. INTRODUÇÃO

1.1 Histórico

As primeiras campanhas de vacinação em solo brasileiro datam de 1804. O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado pelo governo em 18 de setembro de 1973 no intuito de erradicar doenças e assim melhorar o nível de saúde da população (MOREIRA, 2002).

A primeira campanha de vacinação em massa feita no Brasil foi idealizada por Oswaldo Cruz no final do século XIX, tinha por objetivo controlar a varíola, que então dizimava boa parte da população do Rio de Janeiro. A iniciativa de Oswaldo Cruz resultou em fracasso e grave conflito: os protestos contra a vacinação obrigatória culminaram na chamada Revolta da Vacina, que transformou as ruas da então capital federal em verdadeiro campo de batalha. O conflito deixou mortos e feridos; a obrigatoriedade da vacinação foi revogada. Seguiu-se uma epidemia da doença, que resultou em milhares de vítimas. (BRASIL, 2003).

O Brasil desenvolveu estratégias diversas como campanhas, coberturas, varreduras, rotinas que determinaram, em 1942, a eliminação da febre amarela urbana; em 1973, da varíola e, em 1989, da poliomielite. Atualmente, mantém sob controle o sarampo, o tétano neonatal, as formas graves de tuberculose, a difteria, o tétano acidental e a coqueluche (BRASIL, 2003).

As vacinas têm na proteção à saúde e na prevenção de doenças imunopreveníveis, principalmente durante a infância. Assim autoridades de saúde, em todo o mundo, estabeleceram calendários específicos de vacinas de acordo com a faixa etária infantil (SILVEIRA *et al.*, 2007).

Segundo Moreira (2002), o Programa Nacional de Imunização (PNI) oferece, regularmente, todas as vacinas que compõe o calendário de vacinação a toda população, gratuitamente, em todo território nacional. Vacinar crianças a partir do primeiro dias de vida é uma ação de proteção específica contra doenças graves, causadoras de danos definitivos ou letais.

1.2 Vacina Tríplice Viral

A vacina Tríplice Viral resulta da combinação de vírus vivos atenuados de sarampo, caxumba e rubéola. A vacina tríplice viral (T.V.), conhecida na literatura médica de língua inglesa como MMR (Measles, Mumps, Rubella), foi incorporada ao Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Brasil no ano de 1992, no Estado de São Paulo. Posteriormente, foi introduzida em outros Estados em forma de campanhas (Massad et al., 1995).

Em 1993 realizou-se no Distrito Federal, a primeira campanha de vacinação contra rubéola, com a vacina tríplice viral, em crianças entre 12 meses e 11 anos de idade, como parte da rotina do Programa de Imunização. Em 1996 foi implementada a vacinação no puerpério e em 1998 nas mulheres em idade fértil (Massad et al., 1995).

Em 1995 foi implantada no Espírito Santo e no Paraná; em 1996 a vacina tríplice viral foi implantada em Minas Gerais, Rio de Janeiro e Santa Catarina. Em 1997, concomitantemente ao aumento da ocorrência de casos de sarampo em várias cidades brasileiras, uma campanha de vacinação tríplice viral foi realizada nos estados da Bahia, Rio Grande do Sul, Ceará e Piauí.

Já nos anos de 1998 a vacina começa a ser implantada nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso. Neste mesmo ano estudos sobre eventos adversos associados ao uso da vacina tríplice viral, contendo cepa Leningrado-Zagreb, no Mato Grosso do Sul e Mato Grosso, durante a campanha de implantação da vacina. Somente em 1999 a vacina tríplice viral passa a integrar a lista de imunobiológicos oferecidos nos estados do Maranhão, Goiás e Sergipe.

Em 1999, o médico Andrew Wakefield publicou o artigo MMR vaccination and autism, estabelecendo uma suposta relação entre a vacina tríplice viral e o autismo. Diversos estudos médicos foram conduzidos desde então a fim de se comprovar ou não essa relação, sendo que não houve evidências nesses novos estudos acerca dessa hipótese. Em 2010, o Conselho Médico Geral britânico considerou que o Dr. Wakefield agiu de maneira antiética e desonesta ao vincular a vacina tríplice ao autismo. Considera-se também que o sarampo tenha ressurgido no Reino Unido devido ao receio dos pais em aplicarem a vacina tríplice em seus filhos:

as taxas de vacinação nunca mais voltaram a subir e surtos da doença tornaram-se comuns (Estadão, 2010).

1.3 Sarampo

O sarampo, uma doença altamente contagiosa, foi responsável por cerca de 2,6 milhões de mortes por ano, antes de 1980, época em que começaram as intensas campanhas de vacinação.

O Sarampo é uma doença viral, que infecta o sistema respiratório, causada por um paramixovírus do gênero Morbillivirus. É altamente contagiosa e afeta principalmente crianças. É transmitida através de gotículas expelidas pelo nariz, boca ou garganta de pessoas infectadas. Os sintomas iniciais, que geralmente aparecem 8-12 dias após a infecção, incluem febre alta, coriza, olhos vermelhos, e pequenas manchas brancas na parte interna da boca. Vários dias depois, uma erupção se desenvolve, geralmente começando no pescoço e na face e gradualmente se espalhando pelo corpo.¹

A maioria das pessoas se recuperam dentro de 2-3 semanas. Contudo, principalmente as crianças desnutridas e pessoas com imunidade reduzida, o sarampo pode causar complicações sérias, incluindo dor de cabeça, cegueira, diarreia grave, infecção do ouvido e pneumonia. O sarampo pode ser prevenido através da vacinação.

A vacina contra o sarampo é útil para evitar o aparecimento da doença, se administrada dentro de 72 horas após o contato com o doente. Por isso, essa medida deve ser realizada o mais precocemente possível. A imunoglobulina de uso intramuscular pode ser administrada como medida profilática até 96 horas do contato.

A primeira vacina a ser desenvolvida e comercializada foi a do sarampo. Nesta década, 4 cepas da vacina do sarampo, foram licenciadas: Edmonston A, Schwarz, Moraten e Edmonston-Zagreb. Em 1969 foram licenciadas três vacinas com vírus atenuados para rubéola. A cepa mais largamente usada no mundo é a Wistar RA 27/3. Nos últimos 25 anos, diversas cepas de vírus atenuados foram desenvolvidas e combinadas em apresentações trivalentes virais.

1.4 Caxumba

A vacina contra caxumba deve ser administrada logo após a exposição em crianças expostas e não vacinadas, embora não haja evidências de que a vacina evite o aparecimento da doença (AAP, 2003).

A caxumba, também chamada de papeira ou parotidite, tem um período de incubação de duas ou três semanas. Seus primeiros sintomas são febre, calafrios, dores de cabeça, musculares e ao mastigar ou engolir, além de fraqueza. Uma das principais características da doença é o aumento das glândulas salivares próximas aos ouvidos, que fazem o rosto inchar.

Nos casos graves, a caxumba pode causar surdez, meningite e, raramente, levar à morte. Após a puberdade, pode causar inflamação e inchaço doloroso dos testículos (orquite) nos homens ou dos ovários (ooforite) nas mulheres e levar à esterilidade. Por isso, é necessário redobrar a atenção nestes casos e ter acompanhamento médico.

1.4 Rubéola

A erradicação da febre amarela urbana, da varíola, da poliomielite e eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo são avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis, mas muito ainda deve ser feito para se atingir a meta de vacinar com o esquema básico no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano, para garantir a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis (PORTO; PONTE, 2003). Assim, é prioridade na atenção à saúde da mulher:

- vacinar mulheres em idade fértil com a dupla adulto e tríplice viral;
- vacinação contra hepatite B até 24 anos;
- gestantes sem esquema vacinal ou com esquema vacinal incompleto ou completado há mais de 5 anos devem receber a vacina dupla adulto. Completar esquema com dupla adulto e tríplice viral no pós-parto e pós-aborto, se o esquema vacinal não estiver completo;

1.2 Vacinação no período fértil

Em mulheres que desejam engravidar e não receberam o esquema completo de vacinação para essas doenças ou que se mostram não imunes a elas, deve ser aplicada antes da gestação. A gestação deve ser evitada no primeiro mês após a aplicação da vacina, uma vez que é composta por vírus atenuados e, portanto, há o risco teórico de infecção congênita na criança (SBIM, 2010-2011).

A imunidade à Rubéola é importante, uma vez que, adquirindo esta doença na gestação, há riscos de malformações no feto, como surdez, catarata, glaucoma, problemas cardíacos e neurológicos.

Tabela 1: Imunização para mulheres adultas entre 19 e 45 anos de acordo CDC (Centers for Disease Control and Prevention)

Imunização	Agente	Dose	Aplicar na gestação	Puerpério	Intervalo para outra gestação
Sarampo, Caxumba e Rubéola (tríplice viral)	Vacinas vivas atenuadas	Uma dose se não houver confirmação anterior de sorologia negativa	Não* (B)	Sim	1 mês
Varicela (Catapora)	Vacinas vivas atenuadas	Duas doses	Não* (B)	Sim	1 mês
Influenza (gripe)	Vacinas inativadas	Uma dose no período de contágio máximo (inverno) – sugestão: entre abril e maio	Sim	Sim	Nenhum
Difteria – Tétano – Coqueluche ou Pertussis (dTaP)	Vacinas inativadas	Uma dose a cada 10 anos	Sim* (A)	Sim	Nenhum
Difteria – Tétano (dT)	Vacinas inativadas	Uma dose a cada 10 anos	Sim	Sim	Nenhum
Pneumocócica	Vacinas inativadas	Dose única para pessoas em situações especiais de risco	Sim	Sim	Nenhum
Hepatite A	Vacinas inativadas	Duas doses com intervalo de 6 meses	Sim* (A)	Sim	Nenhum

Hepatite B	Vacinas inativadas	Três doses com intervalo de 1 mês entre a 1ª e a 2ª e de 5 meses entre a 2ª e a 3ª.	Sim	Sim	Nenhum
Meningocócica	Vacinas inativadas	Dose única para pessoas que têm histórico de contato	Sim	Sim	Nenhum
Raiva	Vacinas inativadas	Dose única para pessoas em situações de risco muito especiais	Sim* (A)	Sim	Nenhum
Febre Amarela	Vacinas vivas atenuadas	Para habitantes de áreas endêmicas ou os que a elas se dirigem	Não* (B)	Sim	1 mês
HPV	Modificadas geneticamente	Três doses—suspender no caso de gestação inesperada	Não	Sim	Após a 3ª dose

A - Considerar situações de risco especial

B- Vacinas contraindicadas na gestação: em situações de exposição, pode-se utilizar imunoglobulina (imunização passiva)

1.3 Tríplice viral no pré-natal e Puerpério

As mulheres que desejam engravidar devem estar em dia com o calendário de vacinação. Deve-se ter consciência da importância de estarem imunizadas contra doenças que poderão afetar o futuro de seus bebês e de suas gestações. Grande parte delas desconhece a importância de estar em dia com o calendário da vacinação recomendado e as sérias consequências de doenças, que podem ser evitadas, para si e para o bebê na gravidez. É importante que mulheres e casais sejam informados das recomendações antes de engravidarem (SCHRAG et al., 2003).

O ideal é que a imunização sempre ocorra antes da gestação, uma vez que muitas vacinas não podem ser aplicadas durante a gravidez. A vacinação em mulheres em idade fértil ou em tratamento de fertilidade é fundamental, pois protege a mulher de doenças importantes, evita infecções intrauterinas, previne

malformações fetais e até mesmo um aborto espontâneo, além de dar uma imunização passiva ao bebê, pela transferência de anticorpos via transplacentária, que ocorre durante a gestação (principalmente durante as últimas quatro ou seis semanas) e pelo leite materno no período de amamentação (MUNOZ, ENGLUND, 2001).

Durante a gravidez, a vacinação só deve ser indicada em situações de perigo quando os benefícios são superiores aos riscos. Exemplos: viagens para locais de alto risco de contaminação, profissões de risco e doenças crônicas. Nessas situações o uso de Imunoglobulinas é uma boa alternativa. Deve-se lembrar que quando a mulher não estiver imunizada e já tiver dado à luz o primeiro bebê, recomenda-se que, logo após o nascimento, ainda no período chamado puerpério, ela receba as vacinas indicadas, uma vez que estará freqüentando centros de vacinação com o seu filho e provavelmente não deverá engravidar nos próximos meses (ACOG, 2003).

2. OBJETIVO GERAL

O estudo tem por objetivo fazer um levantamento bibliográfico da cobertura vacinal de mulheres em idade fértil, pré-natal, puérperas sobre a importância da imunização com a Tríplice Viral.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar os fatores de risco que propiciaram a vacinação inadequada sem cumprimento do calendário nacional de vacinação.

3. METODOLOGIA

O estudo teve que ser modificado para uma revisão bibliográfica devido a dificuldades encontradas que será justificada e anexada com devidas ocorrências:

1º o Comitê de ética em Pesquisa em seres humanos não analisou dando um parecer favorável ou desfavorável (Anexo 1).

2º a aluna teve problemas de saúde com licença a maternidade e um óbito do recém-nascido sem condições psicológicas de realizar em tempo hábil as devidas providencias concernente ao comitê de ética em pesquisa (Anexo 2).

Diante disso, o presente trabalho foi um estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa da cobertura vacinal de mulheres imunizadas com a tríplice viral no período fértil, pré-natal e puerperal. Foi realizado uma revisão de literatura a partir de busca em livros e artigos indexados nas bases de dados Lilacs, Bireme e Scielo. Todos os dados foram tabulados e realizada a estatística adequada para pesquisa qualitativa.

Atualmente não se tem uma estratégia específica voltada somente para a gestante em sua complexidade de sanar as dúvidas quanto a Imunização e seus benefícios. Momentaneamente esses cuidados são realizados somente na sala de vacina para que não se perca totalmente o vínculo com a mãe o recém- nascido e em um contexto de maior amplitude a família.

4. RESULTADOS

O acompanhamento vacinal da família pelos profissionais da saúde pode ser uma estratégia para demonstrar a falha na cobertura vacinal de mulheres na imunização com a Tríplice Viral durante o período fértil, pré-natal e puérperas.

Reconhecer a cobertura da área de abrangência da UBS e da cidade, conhecer o funcionamento da sala de vacina, avaliar se as metas estão sendo atingidas, quais as dificuldades para alcançá-las. É importante saber a razão desta diferença para orientar e esclarecer a população.

Para minimizar as conseqüências da falta de vacinação o período fértil, pré-natal e puerperal faz-se necessário investigar a cobertura vacinal desta população. A inexistência do cartão ou a falta de vacinação são informações importantes para elaboração de ações que possam auxiliar a família cumprirem com prevenção tão importante. Este estudo tem a finalidade demonstrar as precariedades em relação às orientações dadas as mulheres sobre a importância da vacina Tríplice Viral.

5. DISCUSSÃO

A imunização é uma das medidas mais custo-efetivas na prevenção de doenças. Para os indivíduos, a imunização significa a estimulação do sistema imunitário no sentido de prepará-lo para enfrentar infecções. Para a comunidade, desde que uma parcela significativa da população esteja coberta, a imunização representa a chance de diminuir ou interromper a transmissão de determinados agentes etiológicos (Rappuoli; Miller; Falkow, 2002).

As vacinas são vantajosas porque seu custo é menor do que o custo cumulativo de conseqüências como hospitalizações, tratamentos e perda de dias de trabalho, entre outras, resultantes da ocorrência de doenças imunopreveníveis. Por exemplo, nos Estados Unidos, a vacina tríplice viral permite economizar 16,34 dólares apenas em custos médicos diretos para cada dólar gasto com a vacina, enquanto a tríplice bacteriana permite economizar 6,21 dólares para cada dólar gasto (Rappuoli; Miller; Falkow, 2002).

A vacinação passou por diversas crises que muito influenciaram e ainda hoje influenciam na resistência e aceitabilidade em relação às vacinas. Muitas são as variáveis que fazem a população ter pensamentos diferentes em relação à importância da vacinação. Questões demográficas, sócio-econômicas, religiosas, científicas, políticas, falta de confiança devido a acidentes apresentados nas primeiras campanhas, entre outras, marcaram os primeiros anos da história da vacinação no Brasil (MOULIN, 2003).

O Programa Nacional de Imunização é um programa do Ministério da saúde do Brasil, criado em setembro de 1973 e institucionalizado pelo decreto nº 78.231 de 12 de agosto de 1976, com o objetivo de promover o controle das doenças preveníveis por imunização, estabelecendo normas e parâmetros técnicos para a utilização de imunobiológicos para estados e municípios. O PNI também tem as funções de coordenação e supervisão da utilização dos imunobiológicos, e ainda participação na produção dos imunobiológicos produzidos no país (RIBEIRO, 2008).

Apesar da melhoria nas coberturas vacinais observada no Brasil, existem vários fatores de risco para a não-vacinação como a baixa renda, residência em área rural, baixa escolaridade materna, maior número de moradores no

domicílio, falta de conhecimento acerca das doenças preveníveis por imunização, dificuldades de transporte, conflitos trabalhistas motivados pela perda de dias de trabalho e presença de doença. Não somente fatores relacionados com os usuários estão associados a níveis mais baixos de cobertura vacinal. Fatores estruturais relacionados aos serviços de saúde tais como retardo no agendamento das consultas, faltam de consultas noturnas ou nos finais de semana, filas, tempo de espera dificultam as vacinações (SILVA et al., 1999).

A vacina Tríplice Viral (SCR) foi introduzida em junho de 1992, na época recomendada aos 15 meses de vida. Porém algumas atualizações ocorreram: em 2003 passando a ser administrada aos 12 meses, com a suspensão da dose da vacina contra o sarampo aos 9 meses. No intuito de reduzir casos das doenças e surtos que vinham ocorrendo, foi instituída em setembro de 2004, a 2ª dose (reforço) da vacina contra SCR entre 4 e 6 anos de idade. A aplicação é feita simultaneamente com o 2º reforço das vacinas DTP e Poliomielite. (CVE-SES/SP, 2009).

Moraes *et al.* (2000) afirmam a importância de treinar os funcionários das salas de vacinação para o preenchimento adequado dos dados, evitando erros. Ainda orientam intensificar a divulgação do calendário oficial de vacinação aos profissionais de saúde e principalmente facilitar o acesso da população a estes serviços.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vacinação de mulheres na idade fértil, puerperal e pré-natal é fundamental para a prevenção de várias doenças transmissíveis.

A identificação da cobertura vacinal e dos fatores responsáveis pelo retardo ou pela falta de imunizações é ação fundamental para a adequada monitorização dos programas de vacinação principalmente em adultos.

A vacina em mulheres na idade reprodutiva, antes ou durante a gestação, confere a elas resistência a doenças e, ao recém-nascido, uma imunidade passiva.

A imunização deve ser realizada preferencialmente antes dos tratamentos de infertilidade, pois algumas delas não podem ser administradas no período da gestação.

A vacina da tríplice viral deve ser prescrita para todas as mulheres que não comprovarem imunidade desta doença.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion (Immunization during pregnancy). *Obstet Gynecol.* 2003;101:207–212

American Academy of Pediatrics. Mumps. In: Pickering LK, editor. 2003. Red Book. Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003. p. 235-9.

Andrew J Wakefield. . "**MMR vaccination and autism**". *The Lancet* **354** (9182): 949 - 950. DOI:[10.1016/S0140-6736\(05\)75696-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)75696-8). Página visitada em 08/12/2013.

BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos, Brasília: Ministério da Saúde; 2003

CVE-SES/SP. Centro de Vigilância Epidemiológica de São Paulo Professor. Alexandre Vranjac. Imunização - Série Histórica dos Calendários de Vacinação do Estado de São Paulo. Disponível em:<http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/imuni_shcalen.htm>. Acesso em: 08 dez. 2013.

ESTADÃO. **Artigo que associa vacina a autismo é condenado.** (03 de fevereiro de 2010). Página visitada em 08/12/2013.

MASSAD E, AZEVEDO NETO RS, BURATTINI MN, ZANETTA DMT; COUTINHO FAB, YANG HM, MORAES JC, PANNUTI CS, SOUZA VAUF, SILVEIRA ASB, STRUCHINER CJ, OSELKA GW, CAMARGO MCC; OMOTO TM, PASSOS SD. Assessing the efficacy of a mixed vaccination strategy against rubella in São Paulo, Brazil. *International Journal of Epidemiology* 24: 842-850, 1995.

MORAES, J.C.; BARATA, R.C.B.; RIBEIRO, M.C.S.A.; CASTRO, P.C. Cobertura vacinal no primeiro ano de vida em quatro cidades do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v.8, n.5, p.332-341, 2000

MOREIRA, M.S. Política de Imunização no Brasil: processo de introdução de novas Vacinas. 2002. 84 p. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MOULIN, A.M.. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* vol.10 n.2. Rio de Janeiro, 2003.

MUNOZ FM, ENGLUND JA. Vaccines in pregnancy. *Infect Dis Clin North Am*. V.15, p.253–271, 2001.

PÔRTO, A.; PONTE, C. F.. Vacinas e campanhas: as imagens de uma história a ser contada. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* vol.10 n.2 Rio de Janeiro, 2003.

RAPPUOLI R, MILLER HI, FALKOW S. Medicine. The intangible value of vaccination. *Science*. 2002;297(5583):937–9.

RIBEIRO, M.C.S. Programa Nacional de Imunização – PNI. In: DAVID, R.; ALEXANDRE, L.B.S.P.. *Vacinas: Orientações Práticas*. São Paulo: Martinari, 2008.

SBIM, Vacinação da Mulher, consenso 2010-2011.

SCHRAG SJ, FIORE AE, GONIK B, MALIK T. Vaccination and perinatal infection prevention practices among obstetrician-gynecologists. **Obstet Gynecol.**, v.101, p.704–710, 2003.

SILVA, A. A. M. et al. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. *Rev. Saúde Pública*, v.33, n.2 São Paulo, abril 1999.

SILVEIRA, A.S.A.; SILVA, B.M.F.; PERES, E.C.; MENEZHIN, P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo, Revista Escola Enfermagem USP, São Paulo, v.41, n.2, p.299-305, 2007.

ANEXO I

Dados do Projeto de Pesquisa

Título da Pesquisa: INVESTIGAÇÃO DA COBERTURA VACINAL DE MULHERES IMUNIZADAS COM A TRÍPLICE VIRAL NO PERÍODO FÉRTIL, PRÉ-NATAL E PUERPERAL.

Pesquisador: Luciana Pereira Silva

Área Temática: Projetos de pesquisa que envolvam organismos geneticamente modificados (OGM), células-tronco embrionárias e organismos que representem alto risco coletivo, incluindo organismos relacionados a eles, nos âmbitos de: experimentação, construção, cultivo, manipulação, transporte, transferência, importação, exportação, armazenamento, liberação no meio ambiente e descarte;

Versão:

CAAE:

Submetido em: 06/07/2013









Instituição Proponente: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS

Situação: Em Recepção e Validação Documental

Localização atual do Projeto: Hospital Regional de Assis - HRA

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DO MUNICÍPIO DE ASSIS

Documentos Postados do Projeto

Tipo Documento	Situação	Arquivo	Postagem
Interface REBEC	A	 PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	08/12/2013 13:33:41
Informações Básicas do Projeto	A	 PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 139198.pdf	06/07/2013 18:16:42
Vínculo Instituições Participantes	P	 HRA-autorização.jpg	06/07/2013 18:15:53
Documento comprobatório	P	 fr-2.jpg	06/07/2013 18:15:03
Declarações Diversas	P	 carta.jpg	06/07/2013 18:14:38
Folha de Rosto	P	 fr-1.jpg	06/07/2013 18:13:02
TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	P	 TCLE.doc	20/06/2013 15:59:03
Projeto Detalhado	P	 Projeto06-12-12.doc	20/06/2013 15:54:12

Tramitação:

CEP Trâmite	Situação	Data Trâmite	Parecer	Informações
CONEP	Submetido para avaliação do CEP	06/07/2013		

ANEXO II