

Artigo de atualização | Update article

A posição da Associação Brasileira de Medicina Antroposófica em relação ao Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde

The position of the Brazilian Association of Anthroposophic Medicine regarding the National Vaccination Calendar of the Ministry of Health

Iracema de Almeida Benevides,^I Nina Teresa Brina,^{II} Ricardo Ghelman^{III}

^IMédica antroposófica, nutróloga, docente de Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências da Saúde e Ecologia Humana (FASEH) – Belo Horizonte – MG, presidente eleita da ABMA para o biênio 2014 - 2015.

^{II}Médica antroposófica, Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) - Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte - SUS, presidente licenciada da ABMA.

^{III}Médico antroposófico, Ph.D. Núcleo de Medicina Antroposófica, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência:
Iracema A. Benevides
iracema.benevides@gmail.com

Palavras-chave: Calendário Nacional de Vacinação; cobertura vacinal; saúde da criança; vacinas; medicina antroposófica.

Key words: National Vaccination Calendar; immunization programs; immunization coverage; child health; vaccines; anthroposophic medicine.

RESUMO

Em 2006, a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA) tornou público o compromisso institucional de recomendação do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) em vigor à época. Considerando mudanças ocorridas no cenário epidemiológico das doenças infecciosas preveníveis por imunização, atualizações nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o acréscimo de novos imunobiológicos ao CNV pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro nos últimos sete anos, realizou-se uma revisão da literatura sobre o tema com ênfase na atualização do CNV. O panorama da recusa vacinal é um tema que vem sendo estudado com mais profundidade no âmbito internacional e o continente europeu revela-se como um importante paradoxo, tornando-se disseminador de alguns surtos infecciosos após ter alcançado altos índices de cobertura vacinal há duas décadas. A revisão abrange também os possíveis aspectos legais e éticos relacionados à recomendação vacinal no contexto nacional. A perspectiva da medicina antroposófica para abordagem das crianças imunizadas é apresentada de forma sintética. Em sua conclusão, o artigo delinea algumas possibilidades que médicos antroposóficos podem lançar mão para lidar com a saúde das crianças que são vacinadas, apontando medidas para pais que querem o desenvolvimento pleno da saúde de seus filhos. O presente artigo reafirma e justifica a posição da ABMA de apoio ao CNV do MS.

ABSTRACT

In 2006 the Brazilian Association of Anthroposophic Medicine (ABMA) has made public the institutional commitment recommending the National Vaccination Calendar (CNV) in practice at that time. Considering changes in the epidemiological situation of infectious diseases preventable by immunization, updates in the recommendations of the World Health Organization and the addition of new vaccines by the Ministry of Health to the CNV during the last seven years, a review of literature was performed on the subject with emphasis on the CNV updates. The panorama of vaccine refusal is a topic that has been more deeply studied at the international level and the European continent reveals itself as an important paradox, becoming disseminator of some outbreaks after having achieved high coverage levels in the two past decades. The review also covers the potential legal and ethical issues related to vaccine recommendation in the national context. The prospect of anthroposophic medicine to approach immunized children is presented in a summary form. Some possibilities to deal with the health of vaccinated children are presented in the conclusion, with proceedings for parents who want the full and healthy development of their children. This article reaffirms and justifies the position statement of ABMA supporting the CNV 2013.

INTRODUÇÃO

Em 2006, a Associação Brasileira de Medicina Antroposófica (ABMA) assumiu o compromisso institucional de recomendação do Calendário Nacional de Vacinação (CNV) diante do Ministério da Saúde (MS) e de toda a sociedade brasileira, remindo dúvidas e assumindo uma posição coerente com as políticas públicas do país por ocasião da inserção da medicina antroposófica na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC).¹ Entretanto, os médicos antroposóficos no Brasil ainda são apontados como um grupo heterogêneo em relação à recomendação do CNV, levantando dúvidas sobre o posicionamento da Associação.²

Esse cenário não é exclusivo do Brasil. A literatura científica também tem apontado os médicos antroposóficos como sendo um grupo heterogêneo em relação à recomendação das vacinas, tanto aqui quanto em outros países, em especial no continente europeu. De fato investigações epidemiológicas identificaram que comunidades antroposóficas, em especial as escolas Waldorf, compõem populações de baixa cobertura vacinal na Europa e também em algumas cidades brasileiras, portanto susceptíveis a surtos de doenças cuja erradicação está prevista para os próximos dois anos.^{2,3}

O presente artigo tem como proposta central reafirmar o compromisso da ABMA frente ao CNV proposto pelo MS em 2013 para crianças, adolescentes e adultos, contextualizando essa decisão e comentando modificações introduzidas em sua composição nos últimos dez anos.⁴ Com o propósito de ampliar o leque de informações sobre o tema, foi realizada uma revisão da literatura contemplando a situação epidemiológica relacionada a algumas doenças imunopreveníveis, as motivações dos governos e organismos internacionais, as principais limitações relacionadas à implantação das políticas de imunização, o panorama da recusa vacinal, bem como os marcos normativos e legais envolvendo as imunizações no Brasil e aspectos relacionados à ética médica.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO PROPOSTO EM 2013

O CNV do MS tem recebido frequentes inovações e introdução de novos imunobiológicos desde 2006 para todas as idades, alguns antes disponíveis somente na rede privada. É o caso da vacina inativa contra poliomielite (VIP), algumas vacinas conjugadas no calendário das crianças. Apresentamos a seguir essas atualizações, frente às quais a ABMA mantém o compromisso de apoio (Tabela 1).⁴

Tabela 1. Calendário Nacional de Vacinação do Ministério da Saúde.

Grupo alvo - Idade	BCG	Hep. B	Penta/DPT	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre amarela	Tríplice viral	Tetra viral	Dupla adulto
RN	Dose única	1ª dose									
2 meses			1ª dose	1ª (VIP)	1ª dose	1ª dose					
3 meses							1ª dose				
4 meses			2ª dose	2ª (VIP)	2ª dose	2ª dose					
5 meses							2ª dose	Dose inicial			
6 meses			3ª dose	3ª (VOP)	3ª dose						
9 meses											
12 meses					Reforço				Dose única		
15 meses			1º reforço (DPT)	Reforço (VOP)			Reforço			Dose única	
4 anos			2º reforço (DPT)	Reforço (VOP)							
10 a 19 anos		3 doses*						Dose a cada 10 anos	2 doses*		Reforço a cada 10 anos
20 a 59 anos		3 doses* (até 49 anos)						Dose a cada 10 anos	1 dose* (até 49 anos)		Reforço a cada 10 anos
60 anos ou mais								Dose a cada 10 anos**			Reforço a cada 10 anos
Gestante		3 doses*									3 doses***

*Se não tiver recebido o esquema completo na infância.

**Deverá ser avaliado o benefício/risco da vacinação para indivíduos com 60 anos ou mais que receberão a vacina da febre amarela pela primeira vez.

***Respeitar esquemas anteriores.

BCG: Bacilo Calmette-Guérin (tuberculose); DPT: difteria, coqueluche e tétano; Dupla: difteria e tétano; Hep. B: hepatite B; Meningo C: meningocócica C; Penta: pentavalente (DPT, *Haemophilus* de Infância do tipo B e hepatite B); Pneumo 10: pneumocócica; Polio: poliomielite; RN: recém-nascido; Rota: rotavírus; Tetra viral: tetravalente viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela); Tríplice viral: sarampo, rubéola e caxumba; VIP: vacina inativa contra poliomielite; VOP: vacina oral contra poliomielite.

Tabela 2. Vacinas que integram o Calendário Nacional de Vacinação de 2013.			
Vacina	Tipo	Via e local de aplicação	Comentários
BCG (Bacilo de Calmette- Guérin)	Bacilos vivos atenuados de <i>Mycobacterium bovis</i>	ID Inserção inferior do deltoide direito	Introduzida em 1968. Desde 2006, não se aplica mais a 2ª dose. Contraindicada em caso de lesões de pele generalizada, uso de corticoides ou imunossuppressores, doentes oncológicos, imunodeprimidos e HIV sintomáticos.
Hepatite B	HBsAg purificado obtido por tecnologia de DNA recombinante	IM Deltoide ou vasto lateral da coxa	Introduzida em 1999. Contraindicada em pessoas com hipersensibilidade ao timerosal (Engerix) ou a leveduras (Recombivax). Relatos de casos de síndrome de Guillain-Barré. Crianças de mães HBsAg+ devem tomar a imunoglobulina junto com a vacina.
DPT – Tríplice bacteriana convencional (difteria, coqueluche e toxoide tetânico)	Toxoides tetânico e diftérico e suspensão de células inteiras de <i>B. pertusis</i> inativadas pelo calor	IM Glúteo ou vasto lateral da coxa	Podem conter timerosal e sais de alumínio. Contém adjuvantes que aumentam a eficácia e reduzem efeitos indesejáveis sistêmicos mas podem aumentar incidência de efeitos locais. Relatos de anafilaxia, de eventos hipotônicos e convulsões.
Tetraivalente convencional (DPT + Hib) (substituída pela pentavalente)	Toxoides tetânico e diftérico e suspensão de células inteiras de <i>B. pertusis</i> + <i>Haemophilus B</i> inativadas pelo calor	IM Glúteo ou vasto lateral da coxa	A vacina contra Hib foi introduzida em 1999 e em 2004 a tetraivalente passou a ser utilizada rotineiramente em substituição ao esquema DPT + Hib.
Pentavalente	Toxoides tetânico e diftérico e suspensão de células inteiras de <i>B. pertusis</i> + <i>Haemophilus B</i> inativadas pelo calor + Hepatite B	IM Glúteo ou vasto lateral da coxa	Substitui a tetraivalente na rede pública desde 2012
VOP – Vacina oral contra poliomielite	Poliovírus 1,2 e 3 atenuados	VO	Induz imunidade de grupo ao fazer circular o vírus atenuado. Risco calculado de paralisia: 1/800.000 doses. Adiar em casos de diarreia grave e vômitos. Contraindicada em pacientes em uso de corticoides ou imunossuppressores, doentes oncológicos e imunodeprimidos.
VIP – Vacina inativada contra poliomielite (Salk)	Poliovírus 1, 2 e 3 inativados	SC ou IM	Substitui a VOP nas 2 primeiras doses (2º e 4º mês) desde 2012.
Pneumo 10 conjugada	Antígenos polissacarídeos para 10 sorotipos de <i>Streptococcus pneumoniae</i>	IM	Introduzida no CNV em 2010. Composta por 10 sorotipos de pneumococos + proteína D de <i>Haemophilus influenzae</i> (8 sorotipos) + carreadores de toxoide diftérico (DT) e de toxoide tetânico (TT ou T) usados por 2 sorotipos. Contém fosfato de alumínio.
Rotavírus	Cepas atenuadas de rotavírus	VO	Introduzida no CNV em 2006 Contraindicada em imunodeficientes e portadores de malformação do trato digestivo.
Meningo C	Oligossacarídeos de meningococo C conjugada com toxoide tetânico ou diftérico	IM	Introduzida no CNV em 2010. Contém hidróxido de alumínio.
Febre amarela	Vírus vivo atenuado (geralmente cultivado em embrião de galinha)	IM	Até 2004 integrava CV de alguns estados e regiões. A partir de então passou a integrar o CNV. Contraindicada em menores de 6 meses e imunodeprimidos ou imunodeficientes. Reações alérgicas à proteína do ovo. Risco de encefalite 1/17.000.000.
Tríplice viral: sarampo, caxumba e rubéola	Vírus vivos atenuados	SC Deltoide superior ou anterolateral superior da coxa	Introduzida no Brasil em 1967. Integrou o 1º CNV em 1977. Contraindicada em pacientes em uso de corticoides ou imunossuppressores, doentes oncológicos e imunodeprimidos. Risco de encefalites em 1/3.000.000 doses. Relação com autismo: não confirmado por estudos de coorte robustos e duradouros.
Tetra viral: sarampo, caxumba, rubéola e varicela	Vírus vivos atenuados	SC Deltoide superior ou anterolateral superior da coxa	Introduzida no CNV em setembro de 2013 Contraindicada em pacientes em uso de corticoides ou imunossuppressores, doentes oncológicos e imunodeprimidos.

CNV: Calendário Nacional de Vacinação; CV: calendário de vacinação; HBsAg: antígeno de superfície do vírus da hepatite B; Hib: *Haemophilus* de infância do tipo B; HIV: vírus da imunodeficiência humana; ID: intradérmicas; IM: intramuscular; SC: subcutânea; VO: via oral.

COMENTÁRIOS SOBRE AS ATUALIZAÇÕES DO CNV 2006 VERSUS CNV 2013

Tendo em vista que as principais polêmicas sobre as vacinas envolvem a criança, a presente seção aborda apenas vacinas recomendadas para essa faixa etária. Também não será abordada a vacinação sazonal contra a influenza que é realizada em forma de campanhas, obedecendo a uma lógica diferente daquela estabelecida para a rotina, como é o caso do CNV. Vale ressaltar, no entanto, que a ABMA apoia igualmente as campanhas vacinais propostas pelo MS.

O CNV 2013 está alinhado com aquele proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS).⁵ As principais mudanças após 2006 são a introdução das vacinas contra meningite (Meningo C) e pneumonia (Pneumo 10) em 2010, a vacina inativada contra poliomielite (VIP) e a pentavalente (DPT + Hib: *Haemophilus* de infância do tipo B + Hepatite B) em 2012 e, recentemente, em setembro de 2013, a introdução da vacina tetravalente viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela). Informes do Programa Nacional de Imunizações (PNI) indicam que em breve a vacinação contra Papilomavírus Humano (HPV) poderá estar disponível na rede pública em caráter nacional, restando definir se a partir dos nove anos ou em adolescentes.

A Tabela 2 descreve todas as vacinas que integram o CNV 2013, com breves comentários sobre a composição das vacinas, contra-indicações, componentes, riscos e principais polêmicas envolvendo algumas vacinas.^{6,7} Foge ao escopo desse artigo aprofundar esses temas, vastamente abordados em literatura específica.

VACINAS ENCONTRADAS NAS CLÍNICAS PRIVADAS

Com as modificações implantadas após 2010, o CNV atual aproximou muito as crianças vacinadas na rede pública daquelas vacinadas em clínicas privadas. As diferenças atualmente residem na disponibilidade na rede privada de algumas vacinas especiais, como é o caso das vacinas acelulares (tríplice ou tetravalente bacteriana), de combinações diferentes como é o caso da tríplice acelular mais antipólio, da hexavalente (DPT+ Hib + Hepatite B + pólio) e de diferentes combinações de vacinas de meningite e pneumococo. Também é possível encontrar na rede privada a vacina de pneumococo contra 23 sorotipos e a vacina contra hepatite A.⁸

O calendário de vacinação recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria está disponível para consulta na página eletrônica da organização, juntamente com parecer técnico.⁹ As principais diferenças encontradas são a recomendação da vacina de hepatite A aos 12 e 18 meses de vida e da vacina contra HPV quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18) para meninas e meninos a partir dos nove anos de idade.

O IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO: IMUNIZAÇÕES E MORTALIDADE POR CAUSAS PREVENÍVEIS

Segundo a OMS, a cada trinta segundos uma criança me-

nor de cinco anos morre por pneumonia no mundo, totalizando mais de um milhão de mortes infantis por ano. Essas mortes acontecem, principalmente, nos países de baixa e média renda, mas também nas populações de baixa e média renda de países de alta renda per capita. A OMS propõe, além da redução da pobreza e incentivo ao aleitamento materno, a erradicação mundial de algumas doenças preveníveis por imunização até 2015 como estratégia para redução da mortalidade infantil.¹⁰

A relação entre pobreza e doenças infectocontagiosas, ou entre desigualdades sociais e mortalidade infantil, já foi reiteradamente abordada na literatura, assim como a relação inversa entre mortalidade infantil e imunizações.^{11,12} Estima-se que a cobertura para uma dose de vacina contra o sarampo aos 12 meses alcance atualmente 84% da população infantil em todo o mundo e que esse fator tenha contribuído para a redução de 71% dos óbitos pela doença entre anos de 2000 e 2011. Embora sob controle, muitos óbitos ainda são registrados por sarampo globalmente. Em 2011 foram registrados 158 mil óbitos, quase todos em países com baixo índice de desenvolvimento humano ou com elevada desigualdade social.¹³ No Brasil, o panorama endêmico/epidêmico do sarampo mudou radicalmente após os anos 1990, assim como sua grande contribuição nas estatísticas de mortalidade infantil com a instituição de um programa para sua erradicação em 1991.¹⁴ Segundo Victora, os óbitos por sarampo no Brasil caíram de 1.433 casos em 1979 para 17 casos em 1997.¹² Em 1992, após a vacinação de quase cinquenta milhões de criança e adolescentes (96% de cobertura em âmbito nacional) observou-se uma redução de 99% de casos notificados em 1993.¹⁴ Atualmente o Brasil não possui mais casos autóctones de sarampo. Os últimos surtos e casos isolados observados (2006, 2011 e 2013) foram contraídos no exterior (Europa e Estados Unidos).¹⁵

A mortalidade infantil vem caindo gradativamente no Brasil a partir dos anos 1970, em função de uma série de fatores, entre eles a melhoria geral das condições de vida e maior acesso da população aos cuidados de saúde curativos e preventivos, e também à educação. Entre 1990 e 2012, houve redução de 77%, passando de 62 óbitos infantis por mil habitantes para 14, mas persistem importantes desigualdades regionais, assim como desigualdades relacionadas à etnia.^{12,16,17}

Celebrando quarenta anos de existência em 2013, o PNI do MS é considerado uma das intervenções bem sucedidas na política de saúde brasileira. A despeito das fragmentações apontadas na concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) como um sistema susceptível aos pactos entre gestores das três esferas de governo, com grande dependência de resultados relacionados às esferas municipais e estaduais, o programa conseguiu ter êxito na implantação de extensa rede de frio, armazenamento e distribuição de imunobiológicos por todo o amplo território, além da capacitação de recursos humanos para estratégias de rotina e campanhas frequentes. O PNI reivindica sua contribuição para a melhoria

radical da mortalidade infantil no Brasil, apresentando coberturas vacinais elevadas para a maioria das vacinas (maior que 95%) e tendo sido exitoso na interrupção da transmissão da poliomielite, erradicação do sarampo autóctone e da rubéola, controle e redução dos casos de difteria e coqueluche e significativas reduções nas complicações e interações por pneumonias e meningites.¹⁸

OBSTÁCULOS À EXPANSÃO DA COBERTURA VACINAL

Embora as vacinas sejam apontadas na literatura médica como uma das maiores conquistas no campo da infectologia e da imunologia,² observatórios epidemiológicos como o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC – Centro para Controle e Prevenção de Doenças, Estados Unidos), o *European Center for Disease Control and Prevention* (ECDC – Centro Europeu para Controle e Prevenção de Doenças, União Europeia), o *Statens Serum Institut* (Dinamarca), o *Robert Koch Institut* (Alemanha) e departamentos governamentais de epidemiologia e imunização nos Estados Unidos e na Europa, apontam dificuldades para alcance de cobertura vacinal adequada tanto em países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.^{3,19-22}

A erradicação do sarampo, que é uma meta ambicionada pela OMS, representa um grande desafio para países considerados os mais desenvolvidos no âmbito mundial: Reino Unido, Alemanha, França e Estados Unidos.^{2,3,21,22} A interrupção da cadeia de transmissão da doença requer o cumprimento de uma meta muito ambiciosa: alcançar 95% de cobertura vacinal para duas doses da vacina contra sarampo na população indicada. Na Europa, após uma crescente redução de casos e controle da doença nas décadas finais do século XX, observou-se recrudescimento de surtos autóctones e também importados por imigração a partir do ano 2000. O continente europeu tem sido constantemente implicado na transmissão de casos para outros continentes. Os números foram particularmente elevados a partir de 2009, principalmente na Europa Ocidental. Em 2010 e 2011, foram notificados mais de 30 mil casos suspeitos de sarampo nos 53 países que compõem o bloco europeu do ECDC. Em 2010, a maioria dos casos foi notificada na Bulgária (22.005), ao passo que, em 2011, a França contribuiu com 15.206 notificações. A Alemanha apresentou 780 casos notificados em 2010 e 1.609 em 2011. No ano de 2012 o número de casos notificados na Europa caiu para 8.230,²³ voltando a aumentar em 2013 (mais de 26 mil casos notificados até setembro) devido a surtos principalmente na Geórgia e Turquia.²⁴ A pesquisa de Muscat identificou motivações de natureza cultural, filosófica e religiosa para a recusa vacinal na Europa, apontando as comunidades antroposóficas entre aquelas com motivações filosóficas.³

ASPECTOS LEGAIS RELACIONADOS ÀS VACINAS

Na década de 1970, quando do estabelecimento das ações de vigilância epidemiológica de maneira mais sistemática no país, foi publicada a lei 6.259 de 30 de outubro de

1975, posteriormente regulamentada decreto 12.342 de 27 de setembro de 1978. Ressalta-se que o período coincide com a ditadura militar no país e, conseqüentemente, com a operacionalização de várias ações de maneira verticalizada e impositiva não apenas no campo da saúde, mas da política pública como um todo.²⁵

Na prática, essa abordagem sobre o mérito legal ou compulsório não tem sido usada pelo PNI há vários anos. Tem sido dada preferência ao treinamento de profissionais de saúde para o adequado acolhimento aos pais e uma forte estratégia de pronta atualização das vacinas pendentes na caderneta de vacinação das crianças. Essa legislação é tomada como referência na ocorrência de surtos e epidemias quando os bloqueios vacinais ou medicamentos são realizados de maneira obrigatória.

Outra legislação pertinente ao tema é o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que permite interpretar como descuido e maus tratos a recusa vacinal por parte dos pais ou responsáveis legais pela criança, podendo gerar penalidades a critério da Justiça (Artigo 13). O caráter de obrigatoriedade das vacinas é expresso no Artigo 14 do ECA.^{2,18,25}

ASPECTOS RELACIONADOS À ÉTICA MÉDICA

A postura antivacinal dos médicos é passível de interpretação à luz do Código de Ética Médica (CEM) e algumas consultas e pareceres já foram emitidos anteriormente.²⁵

É importante ressaltar que o exercício da medicina contemporânea, no que tange às intervenções que devem ser recomendadas e praticadas (ou o oposto), é regido pelos princípios da evidência científica. As decisões e ações médicas precisam estar baseadas em argumentos científicos comprovados, de qualidade respeitada, com base na literatura médica atualizada.

Alguns trechos do CEM de 2010 podem ser tomados como pontos de partida para reflexões sobre os direitos, deveres e limites que a profissão médica impõe aos seus membros:

Capítulo I - Princípios fundamentais

I - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

V - Compete ao médico aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente.

Capítulo II Direito dos médicos - É direito do médico:

II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

Capítulo III - Responsabilidade profissional - É vedado ao médico:

Artigo 21. Deixar de colaborar com as autoridades sanitárias ou infringir a legislação pertinente.

Em resumo, as decisões médicas deverão sempre estar orientadas para o benefício do paciente, estar baseadas em evidências científicas válidas e não serem contrárias à legislação pertinente.

A PERSPECTIVA ANTROPOSÓFICA

A antroposofia aplicada à saúde dá grande valor à imunidade como manifestação direta da individualidade, uma vez que sua função primordial é a construção de uma identidade biológica que distingue o próprio (*self*) do não próprio (*no self*), permitindo, portanto, uma adequada defesa contra vírus, bactérias e outros agentes infecciosos (*no self*). Neste sentido, cuidados para o fortalecimento do sistema imunológico através de orientações nutricionais e de estilo de vida, e uso de medicamentos antroposóficos e fitoterápicos quando necessários, devem ser associados à vacinação. Esses cuidados visam, especialmente, evitar condições que predisponham à disfunção do sistema imunológico e a imunodepressão propriamente dita, situação que caracteriza contraindicação a várias vacinas segundo o MS, como consta na Tabela 2. Com este espírito complementar e integrativo, a medicina antroposófica pode contribuir tanto na redução dos riscos inerentes às doenças infectocontagiosas como na redução do número de crianças imunodeprimidas.

Um aspecto valorizado pelos médicos antroposóficos no desenvolvimento do sistema imunológico ao longo do primeiro setênio é o cuidado com o uso excessivo e desnecessário de anti-inflamatórios, especialmente os hormonais (corticoterapia), para processos inflamatórios febris benignos. Dois estudos conduzidos na Europa comparando crianças que frequentam escolas Waldorf (antroposóficas) e não-Waldorf demonstraram associação estatisticamente significativa do uso reduzido de antipiréticos e anti-inflamatórios com relação à saúde imunológica e prevalência de alergia. O primeiro estudo conduzido por Alm e colaboradores demonstrou uma redução significativa da incidência de alergias em 675 crianças estudadas.²⁶ O segundo estudo conduzido por Floistrup e colaboradores, no Karolinska Institutet (Estocolmo, Suécia), envolvendo 6.630 crianças de cinco a treze anos, em cinco países europeus, confirmou os resultados do primeiro estudo quanto a redução significativa de rinite, conjuntivite e eczema atópicos.²⁷

Vale ressaltar que, segundo a antroposofia, as doenças comuns da infância cumprem uma função específica por meio dos processos febris e inflamatórios de transformar e fortalecer a vitalidade (organização vital ou corpo etérico), remodelando as características herdadas e favorecendo a constituição de uma corporalidade mais individualizada. Esse processo seria especialmente válido, segundo Rudolf Steiner, para as doenças exantemáticas (como sarampo, rubéola e varicela) em que haveria a eliminação de proteínas maternas pela pele da crian-

ça, favorecendo a construção de um corpo proteico (proteoma) individualizado imunologicamente.²⁸ Outro aspecto apontado por Steiner, é que as forças empregadas para o enfrentamento de algumas condições de saúde poderiam ser definitivamente incorporadas como uma nova capacidade/habilidade para a saúde física, anímica, espiritual. Sob este ponto de vista, vacinar a criança poderia tirar dela a possibilidade de enfrentamento de tal doença e de transformação. Entretanto, considera-se que devemos, em primeiro lugar, zelar pelo risco individual e coletivo destas doenças preveníveis, antes de questionar o possível benefício imunológico para a criança individual.

Assim, o posicionamento da ABMA frente ao CNV reconhece os princípios que orientam a medicina antroposófica, mas também reconhece e considera que:

- As vacinas de fato protegem tanto de maneira individual quanto coletiva e evitam mortes e sequelas;
 - Os resultados benéficos alcançados pelo MS por meio das imunizações em relação à população brasileira são de grande impacto;
 - O MS tem se esforçado continuamente para ampliar o acesso da população a imunobiológicos de melhor qualidade;
 - A OMS vem fazendo esforços no âmbito mundial pela ampliação da cobertura vacinal e o CNV adotado no Brasil é aquele recomendado por essa organização;
 - As vacinas representam uma possibilidade de melhora da qualidade de vida de toda a humanidade;
 - Vivemos em um mundo globalizado, marcado pelas desigualdades sociais, pelas guerras, pela violência e pelas migrações desordenadas que sujeitam populações vulneráveis a riscos aumentados diante de doenças infecciosas que podem parecer inofensivas a pessoas com boas condições de vida;
 - Até o momento não existem evidências científicas válidas que apoiem uma orientação médica contra as vacinas;
 - É fundamental que a medicina antroposófica esteja inserida no sistema de saúde do país para que possa participar do debate e contribuir com seus pontos de vista sobre a compreensão da saúde e propor alternativas para as soluções individuais e coletivas;
 - O bom manejo das doenças agudas febris comuns na infância não preveníveis por vacinas permitindo que os processos imunológicos fisiológicos sigam seu curso natural, modulando a resposta imunológica individual, pode cumprir o papel atribuído às doenças comuns da infância evitadas por imunização.
- Como então apoiar as crianças no fortalecimento de sua vitalidade e na conquista de sua individualidade?
- Acolhendo as demais doenças não imunizáveis, que também transcorrem com processos de febre e inflamação, transformação da pele, vias aéreas, sistema imunológico, ou seja, da organização física, vital, anímica e da individualidade;
 - Propiciando ritmos e rotinas de alimentação e sono, brincar livre, evitando a intelectualização precoce e o excesso de estímulos neurosensoriais/esclerosantes;
 - Propiciando ambiente psicoafetivo tranquilo, sem ace-

leração dos estímulos emocionais além da capacidade de elaboração e assimilação de cada idade;

- Praticar o olhar atento para as características e peculiaridades de cada ser, buscando o sentido de cada atitude que ele manifesta como próprio de sua individualidade e direcionando a ele atitudes e cuidados necessários para que esta individualidade possa se desenvolver o mais integralmente possível.

Ou seja, buscar e propiciar novas formas de transformação e individuação no mundo moderno, ao mesmo tempo participando dos cuidados de saúde coletiva.

Declaração de conflito de interesses

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Associação Brasileira de Medicina Antroposófica. Medicina Antroposófica no PNPIC. Cartas enviadas ao Ministério da Saúde [citado 2013 Nov 24]. Disponível em www.abmanacional.com.br/index.php?link=8&id=23
2. Levi GC. Recusa de vacinas: causas e consequências. São Paulo: Segmento Farma; 2013.
3. Muscat M. Who Gets Measles in Europe? *J Infect Dis.* 2011; 204(Suppl 1): S353-65.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.498 de 19 de julho de 2013 [citado 2013 Nov 24]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html
5. World Health Organization. Immunization, Vaccines and Biologicals. Vaccine Position Papers [monografias na Internet]. Geneva: World Health Organization; [citado 2013 Nov 18]. Disponível em: www.who.int/immunization/documents/positionpapers
6. Leão E, Correa EJ, Mota JAC, Viana MB. *Pediatria Ambulatorial*. 4a ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2005.
7. Maletta CHM. *Epidemiologia e saúde pública*. 3a ed. Belo Horizonte: Independente; 2010.
8. Oliveira RG. *Blackbook Pediatria*. 4ª ed. Belo Horizonte: Blackbook; 2011.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Infectologia. Calendário vacinal 2013 [citado 2013 Nov 23]. Disponível em: www.sbp.com.br/pdfs/calendario_vacina_2013.pdf
10. World Health Organization. Pneumonia still responsible for one fifth of child deaths [monografia na Internet]. Geneva: World Health Organization [citado 2013 Nov 20]. Disponível em: www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world-pneumonia-day-20131112/en/index.html
11. Minayo MCS. *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
12. Victora CG. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2001; 4(1):3-69.
13. World Health Organization. Measles. Fact sheet N° 286 [monografia na Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 2013 Nov 20]. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286/en/index.html
14. Santos ED. Eliminação do sarampo no Brasil. In: Veras RP, Barreto ML, Almeida Filho N, Barata RB. *Epidemiologia: contextos e pluralidade* [livro na Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998 [citado 2013 Nov 20]. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/p5z3b/pdf/veras-9788575412633.pdf>
15. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Alerta Sarampo [monografia na Internet]. Janeiro 2013 [citado 2013 Nov 20]. Disponível em: www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/SarampoAlertaSP.pdf
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
17. The United Nations Children's Fund (UNICEF). *Committing to Child Survival: a promise renewed* [monografia na Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 2013 Nov 20]. Disponível em: www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
19. Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services. Increased transmission and outbreaks of measles – European region, 2011 [monografia na Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2011 [citado 2013 Nov 20]. Disponível em: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6047a1.htm
20. Centers for Disease Control and Prevention. US Department of Health and Human Services. National, state, and local area vaccination coverage among children aged 19–35 months – United States, 2012 [monografia na Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2013 [citado 2013 Nov 20]. Disponível em: www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6236a1.htm
21. Chen SY, Anderson S, Kutyk PK, Lugo F, McDonald M, Rota PA et al. Health care-associated measles outbreak in the United States after an importation: challenges and economic impact. *J Infect Dis.* 2011; 203(11): 1517–25.
22. Siedler A, Mankertz A, Feil F, Ahlemeyer G, Hornig A, Kirchner M et al. Closer to the goal: efforts in measles elimination in Germany 2010. *J Infect Dis.* 2011; 204 (Suppl 1): S373–80.
23. European Center for Disease Prevention and Control. Surveillance data. Number of measles cases, 2010, 2011 and 2012 [monografia na Internet]. Stockholm: European Center for Disease Prevention and Control; 2013 [citado 2013 Dez 9]. Disponível em: www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/measles/epidemiological_data/pages/annual_epidemiological_reports.aspx
24. World Health Organization. WHO EpiBrief, N.4/2013 [monografia na Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 2013 Dez 9]. Disponível em: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/236217/EpiBrief-Issue-4_-2013.pdf
25. Farhat CK, Carvalho ES, Wecky LY, Carvalho HFR, Succí RCM. *Imunizações: fundamentos e prática*. São Paulo: Atheneu; 2000.
26. Alm JS, Swartz J, Lilya G, Scheynius A, Pershagen G. Atopy in children of families with an anthroposophic lifestyle. *Lancet.* 1999; 353(9163): 1485–8.
27. Floistrup H, Swartz J, Bergstrom A, Alm JS, Scheynius A, van Hage M et al. Allergic disease and sensitization in Steiner school children. *J Allergy Clin Immunol.* 2006; 117(1): 59–66.
28. Cataisson C, Joseloff E, Murillas R, Wang A, Atwell C, Torgerson S et al. Activation of Cutaneous Protein Kinase C α Induces Keratinocyte Apoptosis and Intraepidermal Inflammation by Independent Signaling Pathways. *J Immunol.* 2003; 171(5):2703–13.

Avaliação: Editor e dois revisores do conselho editorial
 Recebido em 25/11/2013
 Aceito em 22/12/2013