

**UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE – UNIARP  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**CLAIRTON MÁRIO CORRÊA**

**SITUAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS DE 04 E 05 ANOS ESTUDANTES DE UM  
CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO MEIO  
OESTE CATARINENSE**

**CAÇADOR  
2017**

**CLAIRTON MÁRIO CORRÊA**

**SITUAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS DE 04 E 05 ANOS ESTUDANTES DE UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO MEIO OESTE CATARINENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência para a obtenção do título de Enfermeiro, do curso de enfermagem Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, sob orientação do professor Regis Fabiano de Oliveira.

**CAÇADOR  
2017**

**SITUAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS DE 04 E 05 ANOS ESTUDANTES DE UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL EM UM MUNICÍPIO DO MEIO OESTE CATARINENSE**

**CLAIRTON MÁRIO CORRÊA**

Este Trabalho de Conclusão de Curso, foi submetida(o) ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título (Grau) de :

**Bacharel em Enfermagem**

E aprovada na sua versão final em 8,0 em (28/06/2017), atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e Coordenação do Curso de Enfermagem

---

**Rosemari Santos de Oliveira**  
**Coordenadora do Curso de enfermagem**

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Regis Fabiano de Oliveira

Presidente

---

Wanderleia Tragancin

Membro

---

Lorete Braun

Membro

## **DEDICATÓRIA**

Dedico aos meus pais, Clair e Terezinha, minha esposa Érica, minha filha Ana Júlia e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

Ao meu orientador, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A minha esposa Érica por toda sua dedicação, e colaboração, apoio e incentivo, por todos os momentos que estive ausente.

Agradeço a minha mãe Terezinha, meu pai Clair e minhas irmãs Jéssica e Camille que apesar de todas as dificuldades me fortaleceram e que para mim foi muito importante.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

**EPIGRAFE**

“As oportunidades multiplicam-se à medida que são agarradas.”

— Sun Tzu

## RESUMO

A escola é o ambiente onde as crianças entram em contato com diversas outras crianças, por um longo período da infância e adolescência. Sabe-se da importância que a vacinação tem na vida das crianças, a proteção que ela proporciona ao estimular as defesas do organismo contra várias doenças transmissíveis que se encontram. Ao realizar a matrícula das crianças nas escolas, entre os documentos apresentados, está vinculada a apresentação dos registros de vacinação, como forma de incentivar os pais a manter atualizadas as cadernetas de vacinação. Com este trabalho, objetivou-se realizar um estudo da situação vacinal das crianças através de coleta de dados na própria escola. Identificar a idade das crianças e quais doses de vacinas ficou pendente. Abordamos alguns dos motivos dessas crianças não estarem com os registros em dia, discutimos sobre o Sistema Único de Saúde, história da vacinação e o plano nacional de imunização proposto pelo ministério da saúde com o programa nacional de imunização, também a ampliação das vacinas no calendário nacional de 2017. Para realizar este estudo, foi elaborada uma tabela para preenchimento individual das anotações de registros de vacinação dos alunos, posteriormente estratificada e demonstrada em gráficos separadas por faixa etária, gênero, local de residência e doses aplicadas. Na escola pesquisada, foram matriculados 112 alunos para ano letivo de 2017, 6 não apresentaram registros de vacinação. Dentre os 112 alunos, 57 eram masculinos e 55 femininos e 98 residiam na área urbana e os demais no interior. Dos 106 alunos que se encontravam com os registros de vacinação, 91 estava com todas as vacinas aplicadas até a idade, sendo que 15 deixaram de ser vacinados. Pode-se observar com este estudo, que apesar de alguns responsáveis não levarem as crianças aos postos de vacinação para manter a caderneta atualizada, a maioria dos alunos está com os registros completos para a idade.

**Palavras – chave:** Situação Vacinal, Ministério da Saúde, Programa Nacional de Imunização

## ABSTRACT

School is the environment where children come in contact with several other children for a long period of childhood and adolescence. It is known how important vaccination has in children's lives, the protection it provides by stimulating the body's defenses against various contagious diseases. When enrolling children in schools, among the documents presented, it is linked to the presentation of the child's vaccination records, as a way to encourage parents to keep up-to-date vaccination books. The objective of this work was to carry out a study of the children's vaccination situation through data collection in the school itself. Identify the age of the children and which doses of vaccine were left pending. We address some of the reasons why these children are not on the record, we will discuss the Single Health System, the history of vaccination and the national immunization plan proposed by the Ministry of Health with the national immunization program, and also the vaccination schedule 2017. In order to carry out this study, a table was prepared for individual filling in the annotations of the vaccination records of the students, later stratified and demonstrated in charts separated by age, gender, place of residence and doses applied. At the school research, 112 students were enrolled for the 2017 academic year, 6 did not present vaccination records. Among the 112 students, 57 were male and 55 female, and 98 resided in the urban area and the others in the interior. Of the 106 students who were on the vaccination records, 91 had all the vaccines applied until age, and 15 were no longer vaccinated. It can be observed from this study that although some caregivers do not take the children to the vaccination posts to keep the book updated, most of the students have complete records for their age.

**Key words:** Vaccine Situation, Ministry of Health, National Immunization Program



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Edward Jenner coletando uma pequena quantidade de pus da mão de uma leiteira infectada, Sarah Nelmes, e espalhando com um bisturi na pele de um menino de oito anos, James Phipps, arranhando levemente.....	20
Figura 2: Bonde virado na Praça da República, durante a Revolta da Vacina em 1904.....	21
Figura 3: Louis Pasteur.....	22
Figura 4: Fabricação de vacinas.....	23
Figura 5: Criança sendo imunizada.....	29

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Número de doses em atraso .....	36
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCG-ID – Bacillus Calmette-Guérin Intra Dérmica  
CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças  
CMEI – Centro Municipal de Educação Infantil  
CNEFE - Cadastro nacional de endereços para fins estatísticos  
CTAI - Comitê Técnico Assessor em Imunizações  
DT – Difteria e tétano  
DTP – Difteria, tétano e coqueluche  
FA – Febre amarela  
HA – Hepatite A  
HB – Hepatite B  
HIB - Haemophilus influenzae tipo b  
HPV – Papiloma vírus humano  
IBGE – Instituto brasileiro de geografia e estatística  
MC – Meningocócica tipo C conjugada  
MS – Ministério da saúde  
OPAS – Organização pan americana da saúde  
PENTAVALENTE –Difteria, tétano, pertussis, hepatite B e Haemophilus influenzae tipo b  
PN10 – Pneumocócica 10 valente  
PNI – Programa nacional de imunização  
SBP – Sociedade brasileira de pediatria  
SUS – Sistema único de saúde  
UNICEF - Fundo nas Nações Unidas para Infância  
VIP – Vacina inativada contra poliomielite  
VORH – Vacina oral contra rotavírus humano  
VTV – Vacina tríplice viral

**LISTA DE SÍMBOLOS**

XIX - 19

XVIII – 18

XXI – 21

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Proporção de alunos que apresentaram registros de vacinação no ato da matrícula .....	33
Gráfico 2: Proporção de alunos por gênero .....	34
Gráfico 3: Local de residência dos alunos .....	34
Gráfico 4: Idades dos alunos .....	35
Gráfico 5: Alunos que receberam todas as vacinas até a idade .....	37
Gráfico 6: Faixa etária dos alunos com vacinas em atraso .....	37

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>18</b>
2.1REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1.1 Sistema Único De Saúde .....	18
2.1.2 História da Vacinação.....	19
2.1.3 Plano Nacional de Imunização.....	24
2.1.4 Mudanças no Calendário de Vacinação em 2017.....	26
2.1.5 Importância Vacinal Em Crianças.....	28
2.1.6 Por quais razões as pessoas não vacinam seus filhos?.....	30
<b>2.2 METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
2.2.1 Tipo de Pesquisa.....	32
2.2.2 População amostra.....	32
2.2.3 Coleta de dados.....	32
<b>2.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>33</b>
<b>3 CONCLUSÕES.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para que nosso organismo possa defender-se de algumas doenças, utilizamos de dois meios: a imunidade inata e a imunidade adquirida. Os mecanismos da imunidade inata não dependem de exposição anterior ao patógeno. A imunidade adquirida pode ser ativa ou passiva, a imunidade ativa obtém-se através do desenvolvimento de anticorpos elaborados pelo organismo do indivíduo, induzido pelo agente agressor. A imunidade passiva é capaz de realizar a transferência de anticorpos prontos ao indivíduo. A imunidade pode ser adquirida de forma natural e artificial. A imunidade natural acontece através de processos naturais, por transferência de mãe para filho através da amamentação ou durante a vida uterina, ou ainda oriunda de infecções anteriores. A imunidade artificial é obtida através do uso de produtos desenvolvidos em laboratório, e transferidos a um ou mais indivíduos, através de soros, imunoglobulinas e vacinação (NETO, 2016).

Vacinação é a administração de antígenos no indivíduo, produzido em laboratório, e seu objetivo é desenvolver no organismo reações de imunidade, para evitar possíveis invasões de microrganismos patogênicos. Vale ressaltar que o ato de vacinar não significa imunizar, pois existem situações que fogem ao controle, como por exemplo conservação inadequada, temperatura e técnica inadequadas, dose insuficiente, local de aplicação inadequado (CHAGAS, 2016).

Com a criação do PNI (programa Nacional de Imunização) no ano de 1973, vários foram os avanços. As metas mais recentes contemplam a erradicação do sarampo, a eliminação tétano neonatal e o controle de outras doenças imunopreveníveis como Difteria, Coqueluche e Tétano acidental, Hepatite B, Meningites, Febre Amarela, formas graves da Tuberculose, Rubéola e Caxumba, bem como, a manutenção da erradicação da Poliomielite (ROCHA, 2015).

Para Chahnazarian et al. (1993); Desgrées (1995) e Silva et al. (1999), a vacinação de crianças no primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de muitas doenças transmissíveis e é o principal fator de diminuição de taxa de mortalidade infantil. Mas para que tal imunização aconteça, é necessário que a criança receba todas as doses de vacinas, seguindo corretamente o esquema vacinal, que é oferecido nas unidade de saúde, principalmente nos primeiros anos de vida.

Sendo a vacinação uma ação eficaz na defesa e proteção das crianças, questiona-se qual a situação vacinal de crianças de 04 e 05 anos estudantes em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI). Esta avaliação justifica-se considerando o tempo que estas crianças passam juntas no dia-a-dia. Sabe-se que a transmissão de doenças pode acontecer por diversos meios, a permanência das crianças em um local por tempo prolongado pode levá-las a adoecer caso não seja dada a devida atenção à vacinação.

Existem diversos motivos para os pais não levarem seus filhos aos postos de vacinação. Isso faz com que algumas crianças não estejam protegidas contra certas doenças, com o contato, seja na escola ou fora dela, corre-se o risco destas crianças adoecerem por doenças imunopreveníveis.

Desta forma, chega-se a seguinte pergunta: qual a situação vacinal dos alunos de 04 e 05 anos estudantes no CMEI em um município do meio oeste catarinense.

Sabemos que as crianças mantêm contato direto e indiretamente durante o período escolar e que existe agentes infecciosos que podem ser transmitidos para essas crianças. Muitos desses agentes são imunopreveníveis através das vacinas disponibilizadas pelo ministério da saúde de forma gratuita nas unidades básicas de saúde ou postos de vacinação. Para evitar que crianças fiquem desprotegidas pela falta de imunização, em muitos lugares as autoridades decidiram tornar obrigatória a apresentação do registro de vacinação da criança no ato da matrícula. Nesta ação, mesmo que benéfica, muitas vezes torna-se invalidada pelo fato dos funcionários das escolas serem leigos em assuntos relacionados à saúde e não terem conhecimento sobre o calendário de vacinação, não diferindo se está atualizado ou não os registros da criança. Essa falta de controle pode deixar a criança, por determinado período, vulnerável a diversas doenças imunopreveníveis próprias da infância, que poderiam ser evitadas por meio da imunização. Ainda assim, muitas crianças deixam de ser vacinadas pelos mais diferentes fatores, que abrangem desde o nível cultural e econômico dos pais, até causas relacionadas a crenças, superstições, mitos e credos religiosos (SILVEIRA et al (2006, p. 299).

Ao realizar esta pesquisa, analisaremos e discutiremos a situação vacinal de crianças de 04 e 05 anos estudantes de um Centro Municipal de Ensino Infantil.



Abordaremos diversos assuntos como Sistema Único de Saúde; a História da vacinação; o plano nacional de imunização; a importância vacinal em crianças; as razões os pais não procuram os postos de vacinação para imunizar seus filhos;

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 2.1.1 Sistema Único de Saúde

Muitas pessoas conhecem ou já ouviram falar no Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. O SUS é um sistema, composto por muitas partes e, por mais diferentes que pareçam, tem uma finalidade comum: cuidar e promover a saúde de toda a população, melhorando a qualidade de vida dos brasileiros.

O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, na chamada Constituição cidadã, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado” (TEIXEIRA, 2016).

O SUS, é um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, que abrange desde o atendimento ambulatorial, até o transplante de órgãos, com a garantia de acesso a todo e qualquer cidadão, criado em 1988 pela constituição federal brasileira (PORTAL DA SAÚDE, 2016).

BRASIL, Constituição Federal Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Ao longo dos seus 28 anos de existência, o SUS tem realizado um avanço histórico, sobressaindo-se com iniciativas como a descentralização e municipalização de ações e serviços, fortalecimento da atenção básica; a ampliação de ações de prevenção a doenças; o investimento em pesquisa e desenvolvimento científico-tecnológico de equipamentos e insumos estratégicos, como vacinas e medicamentos. Além disso, realiza ações para ampliar o desenvolvimento de sistemas de informação e de gestão para monitorar resultados, ampliando o número de trabalhadores em saúde, e a maior participação e controle social. Por meio da atuação efetiva dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde (CONSELHO DE SAÚDE, 2016).

Apesar de todos os avanços que tem atingidos, o SUS ainda tem sérios problemas com o financiamento, e isso vem de arrastando desde sua criação, a instabilidade sobre os seus gastos com a saúde coloca em risco uma das maiores e mais necessárias conquistas da população brasileira. (CONSELHO DE SAÚDE, 2016).

Vivemos à luz de um SUS, com muitos êxitos e muitas contradições, um SUS que por vezes é criticado e outras vezes é citado com orgulho, pois muitas são as situações onde grandes problemas são resolvidos com totalidade do tratamento pelo SUS. Mas não se pode negar que o sistema ainda encontra-se incompleto, levando-se em consideração a problemática que ainda o envolve em certas instâncias (HUMANIZA SUS, 2016).

### 2.1.2 História da Vacinação

Doença infectocontagiosa a varíola foi responsável pela morte de milhares de pessoas no sec. XVIII, sendo causada pelo vírus Orthopoxvirus. Porém, na mesma época, Lady Mary, esposa de um embaixador inglês, havia associado que quem recebia, por via cutânea, o líquido vindo de ferimentos da doença de indivíduos adoecidos estavam imunes à varíola. Nesse mesmo século, o médico inglês Edward Jenner, após inúmeras observações, percebeu que pessoas que conviviam com vacas, incluindo as adoecidas pela varíola e que possuíam ferimentos tais como os animais, não eram contagiados. Assim, injetou o pus dessas vacas em um menino saudável e, tempos depois, apesar das reações adversas, foi inoculado com a varíola humana e não adoeceu. Era uma prática extremamente arriscada, mas ao desenvolver sintomas benignos, pensava-se que a pessoa estava mais bem protegida da infecção fatal, e teria assim mais chances de sobreviver.

Essa prática ficou conhecida como variolização e foi então importado para o Ocidente no início do século XVIII. Mas foi somente em 1796, que o médico Edward Jenner, construiu as primeiras bases científicas, ele isolou e usou o vírus da varíola bovina, que era retirado das pústulas de animais doentes e inoculava em camponeses ingleses com o objetivo de protegê-los da doença. Ele usou o termo em latim de “varíola vaccinae” (varíola das vacas) e mais tarde esse termo daria origem à palavra vacina.

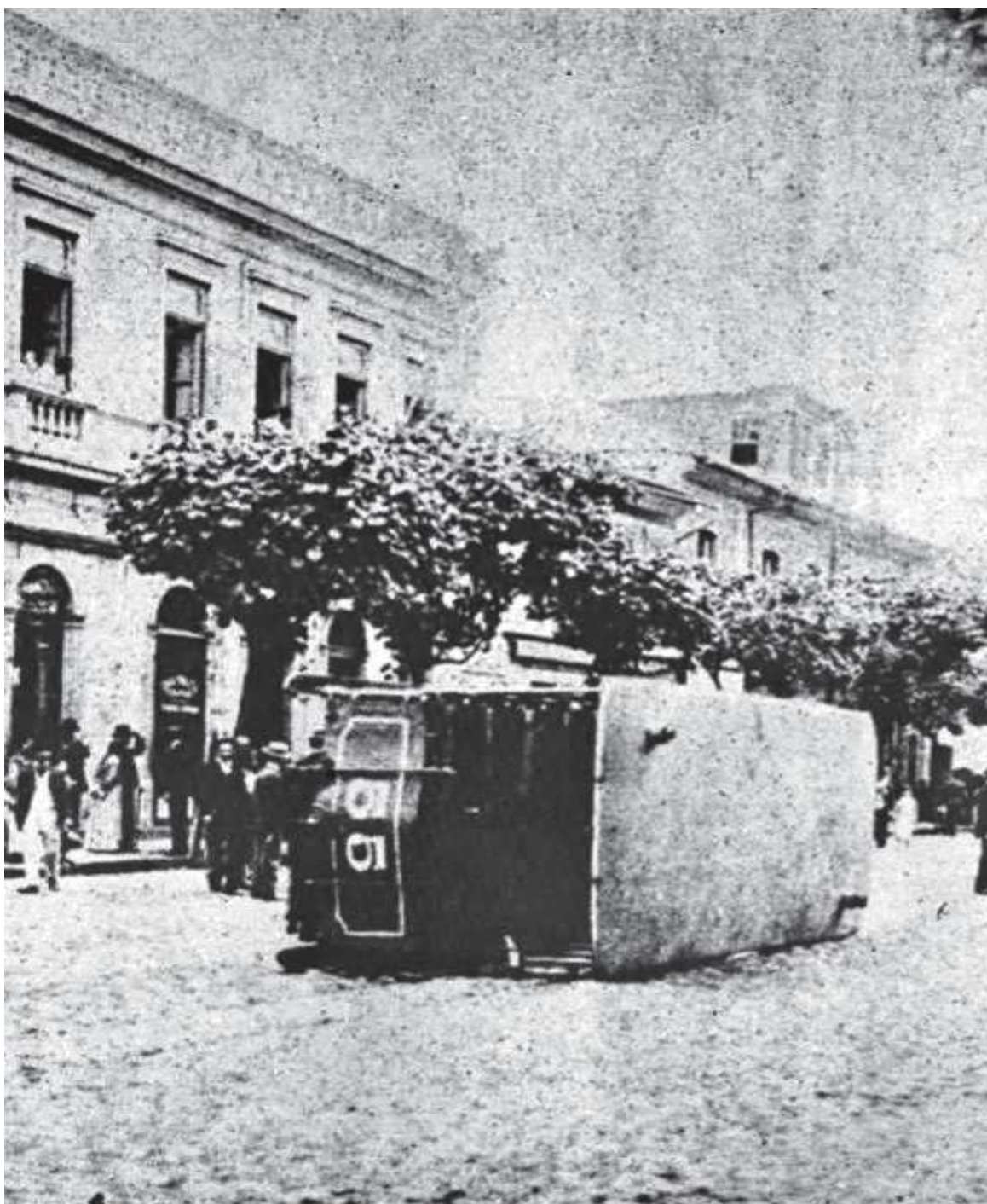
**Figura 1: Edward Jenner coletando uma pequena quantidade de pus da mão de uma leiteira infectada, Sarah Nelmes, e espalhando com um bisturi na pele de um menino de oito anos, James Phipps, arranhando levemente.**



Fonte: (Greer Williams: *Virus Hunters* , Alfred A. Knopf, 1960)

Jenner, com sua publicação, acabou ficando popular e o termo “inoculação da vacina” se espalhou. O sucesso foi tanto que, em 1805, Napoleão Bonaparte obrigou que todos seus soldados fossem vacinados, gerando alguns conflitos. Um conflito mais recente, e documentado na História do Brasil, também por questões parecidas, foi a “Revolta da Vacina”, que ocorreu em 1904 no Rio de Janeiro, em uma tentativa do então presidente, Rodrigues Alves, juntamente com o prefeito Pereira Passos e o médico Oswaldo Cruz, de executar uma grande empreitada sanitária, como forma de “modernizar” e higienizar a região. Esse projeto consistia em, além de retirar as pessoas das ruas, levantar guerra a mosquitos, ratos e outros animais “maléficos”, também obrigar a população inteira a vacinar contra a varíola, criando, inclusive, a Lei da Vacina Obrigatória, em 31 de outubro de 1904. A reação popular foi extrema: pedradas, protestos, incêndios, dentre outras formas de revolta, que fizeram com que o governo revisse a obrigatoriedade.

**Figura 2: Bonde virado na Praça da República, durante a Revolta da Vacina em 1904.**



Fonte: (Revista da Semana, edição de 27 de novembro de 1904)

Até a chegada de Louis Pasteur, 90 anos mais tarde, no final do século XIX, esta era a única vacina disponível. Pasteur foi o primeiro entendedor do papel dos microrganismos na transmissão de infecções, ele se valeu dos mais variados processos para atenuar a virulência, isto foi o diferencial em reduzir o poder de

infecciosidade dos microrganismos. A primeira vacina contra a raiva foi testada em 1885 por Pasteur, em uma pessoa que foi mordida por um cão, esta pessoa foi o primeiro a sobreviver a doença. Desde então são registrados desenvolvimentos constantes sobre a vacina. No início do século XX foram desenvolvidas vacinas contra outras doenças infecciosas como a tuberculose, a difteria, o tétano, e a febre amarela. Após a segunda guerra mundial, foram desenvolvidas, vacinas contra poliomielite, sarampo, e rubéola.

**Figura 3: Louis Pasteur**



Fonte: (Cabral, L: Frazão, D.G, 2016)

Segundo Gatti (2001), somente em 1904 a vacinação contra a varíola tornou-se obrigatória no Brasil e foi apenas em 1961, que iniciou-se no país a produção da vacina liofilizada, que faria a substituição da forma tradicional e pouco estável, em forma de linfa.

Na atualidade existem mais de 50 tipos de vacinas disponíveis em todo o mundo. As várias campanhas existentes lançadas em diversas zonas do mundo permitiram a proteção contra doenças que, na antiguidade mataram milhões de cidadãos. O maior sucesso da vacinação foi a eliminação da varíola que foi declarada erradicada em 1976 pela OMS. Mas, no entanto há um porém, assim que as doenças infecciosas graves foram desaparecendo, as pessoas foram se tornando menos vigilantes deixando de temê-las. Isso torna os desafios cada vez maiores.

Sabemos que as vacinas são recursos indispensáveis para a saúde pública e individual, pois através dela se previne infecções e impede-se a proliferação de várias doenças, estimulam o organismo a produzir sua própria proteção, através dos anticorpos, é a maneira mais eficaz de erradicar e controlar doenças. (INSTITUTO BUTANTAN, 2016).

**Figura 4: Fabricação de vacinas**



Fonte: (INSTITUTO BUTANTAN, 2016)

### 2.1.3 Plano Nacional de Imunização

Em 1973, foi instalado o Programa Nacional de Imunizações (PNI), por determinação do Ministério da Saúde, seu objetivo era coordenar as ações de imunizações que, até então, pesava pela descontinuidade, pela reduzida área de cobertura, e pelo caráter episódico. Na década de 1990 que o Programa passou a trabalhar em articulação com entidades de defesa dos direitos da criança, como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Pastoral da Criança, o Fundo nas Nações Unidas para Infância (Unicef) e a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Em 1991, acontece a criação do Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CTAI), que passou a respaldar o PNI técnica e cientificamente. A década de 1990 marcou a saúde brasileira e o PNI, iniciou-se a distribuição da vacina Bacillus Calmette-Guérin Intra Dérmica (BCG-ID), implantava-se a ainda a vacina contra hepatite B na Amazônia Ocidental e introduzia-se a imunização contra a febre amarela nas áreas endêmicas. Mesmo com toda a preocupação existente ainda em 1991, foram registrados cerca de 42 mil casos de sarampo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 1992, foi instituído o Plano Nacional de Controle e Eliminação de sarampo, tendo como marco a realização da campanha de vacinação indiscriminada do grupo de nove meses a 14 anos de idade. O resultado foi a redução de 81% no número de casos. A partir daí, a vacina tríplice viral (VTV) – contra sarampo, caxumba e rubéola foi introduzida no Brasil gradualmente. Foi também implantado o Plano de Eliminação do Tétano Neonatal, priorizando a vacinação em mulheres em idade fértil, entre 15 e 49 anos, utilizando a vacina dupla adulto (tétano e difteria). Em 1993 foi realizada a “Operação Gota”, em residentes dos povos indígenas que residiam em locais isolados do País. Em 1994 estabeleceu-se pela 24ª Conferência Sanitária Pan-Americana a erradicação do sarampo até o ano 2000. Com o objetivo de corrigir falhas ainda existentes na vacinação contra a doença, foi promovida pelo governo a primeira de cinco campanhas nacionais contra o sarampo para crianças menores de cinco anos. Em 1996, a vacina contra hepatite B passou a ser produzida no Brasil e, dois anos depois, já era aplicada em crianças menores de um ano em todo o país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Em 1998 foi realizada uma redefinição das áreas de risco da febre amarela e houve uma imunização massiva em 2001. As vacinações contra gripe em idosos



também tem sido marcantes. No início do século XXI, houve o último caso de sarampo confirmado. Em 2001 se iniciou a campanha contra a rubéola, utilizando a vacina dupla viral, visando a imunização da rubéola congênita, e o controle da rubéola. Nesse mesmo ano tornou-se obrigatória a vacinação contra a febre amarela em áreas portuárias, terminais de passagens, áreas de fronteiras. Em 2003 a vacina combinada tetravalente, (DTP+HIB), substituiu as vacinas tríplice bacteriana e Hib monovalente. A monovalente do sarampo também foi trocada definitivamente pela tríplice viral. Ainda este ano inaugura-se a Secretaria da Vigilância em Saúde (SVS), que passa a ser responsável pelas ações nacionais de vigilância, prevenção e controle de doenças, passa a gerenciar o PNI (PORTAL BRASIL, 2016).

Calendários de vacinação da criança, do adolescente e do idoso foram instituídos em 2004 com nove imunobiológicos. Em 2006 a vacina oral contra rotavírus humano (VORH) foi introduzida no calendário da criança. Na mesma época, o tétano neonatal deixou de ser problema de saúde pública Brasileira.

Em 2008 houve uma mega imunização contra a rubéola, foram vacinados homens e mulheres com idades entre 20 e 39 anos, além de contar com um sistema online para monitoramento da cobertura, foi montada uma comissão com intuito de acompanhar a eliminação de sarampo e rubéola. A pandemia causada pelo influenza A H1N1, resultou em uma campanha nacional de vacinação contra o vírus em 2010. Noventa milhões de doses foram aplicadas. No mesmo período, a vacina meningocócica C conjugada e pneumocócica 10 valente foi introduzida no calendário de vacinação da criança (PORTAL BRASIL, 2016).

O PNI continua a avançar. Em 2012 as vacinas poliomielite inativada (VIP) e penta (dtp+Hib+Hepatite B) foram introduzidas no calendário da criança. Em 2013, foi a vez da tetraviral (tríplice viral + varicela) e da incorporação da vacina varicela, que passou a substituir a segunda dose da vacina tríplice viral para as crianças de 15 meses de idade. Em 2014 a vacina hepatite A para crianças de um ano de idade, a vacina dTpa (tétano, difteria e coqueluche acelular) para gestantes e a vacina contra o HPV (papiloma vírus humano), para meninas de 9 a 13 anos, que serão protegidas contra os principais vírus que causam o câncer de colo de útero, foram destaque (MINISTERIO DA SAÚDE, 2016).

O PNI já obteve grandes conquistas, mas ainda existem muitos desafios a serem superados, para que se possa continuar a contribuir com a prevenção e a manutenção da saúde da população de nosso país ( PORTAL BRASIL, 2016).

#### 2.1.4 Mudanças no Calendário de Vacinação em 2017

Em 2017, o ministério da saúde ampliou a faixa etária de seis vacinas do calendário nacional de vacinação. São elas: Hepatite A, tetra viral, meningocócica C, difteria, tétano e pertussis acelular (dTpa), tríplice viral e HPV.

A vacina contra hepatite A, que antes era aplicada a partir dos 12 meses até 1 ano 11 meses e 29 dias passou a ser aplicada a partir dos 15 meses ou 1 dose até 4 anos 11 meses e 29 dias. A eficácia desta vacina é alta, chegando a 94% a 100% de soro conversão. Outros países que utilizam o esquema de vacinação com apenas uma dose, houve controle da incidência da doença, como em escolas ou creches. Em outros estudos, observou-se que 95% dos vacinados produziram anticorpos a níveis protetores, 1 mês após receber uma dose vacina.

A vacina tetra viral que substitui o 2º reforço da VTV, era aplicada a partir dos 15 meses e até 1 ano 11 meses e 29 dias, foi ampliada para 4 anos 11 meses e 29 dias. Ficando com esquema vacinal de uma dose VTV aos 12 meses e uma dose tetra viral aos 15 meses ou VTV + varicela mono dose (BRASIL, 2017). Reforçando, outros países que utilizam apenas uma dose contra varicela houve queda acentuada do número total de casos da doença, de hospitalizações e de óbitos a ela relacionados.

Segundo o Ministério da saúde o objetivo de ampliar hepatite A e tetra viral é elevar a proteção das crianças, garantindo elevadas coberturas vacinais.

A vacina contra HPV se estende também às pessoas com baixa imunidade, HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos devem receber a vacina.

Homens e mulheres de 9 a 26 anos devem receber 3 doses da vacina contra HPV no esquema vacinal é 0, 2 e 6 meses. Também será ofertada, a partir de 2017, a vacina HPV para meninos. Desde 2014, a vacina é oferecida para meninas de 9 a 13 anos. Agora, o público-alvo incluirá também meninas de 14 anos. Desde 2015, as mulheres (9 e 26 anos) que vivem com HIV/Aids recebem a vacina.

Com essa nova ampliação, o ministério da saúde entende que pessoas com comprometimento imunológico são mais suscetíveis a problemas grave de saúde. (BRASIL, 2017).

“O Ministério da Saúde investe anualmente R\$ 3,9 bilhões na compra de 300 milhões de doses de vacinas para proteger contra 20 tipos de diferentes de doenças. Estamos conseguindo negociar com os fornecedores, inclusive os laboratórios públicos, vacinas por um menor. Só em três vacinas, economizamos R\$ 66,5 milhões, e com isso, conseguimos ampliar a vacinação para diversos grupos, como por exemplo, a vacina HPV para meninos. Assim, vamos alcançar maior cobertura vacinal e mais segurança de saúde para a população”, afirmou o ministro da Saúde, Ricardo Barros.

A coordenadora do Programa Nacional de imunização (PNI), Carla Domingues, alertou para a necessidade da população ficar atenta às vacinas que estão disponíveis durante todo o ano nos postos de saúde.

“Não adianta termos todas as vacinas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), se a população não se conscientizar da necessidade de manter a caderneta de vacinação atualizada”, destacou Carla Domingues.

O Ministério da Saúde passou a disponibilizar a vacina meningocócica C (conjugada) para adolescentes de 12 a 13 anos. A faixa-etária será ampliada, gradativamente, até 2020, quando serão incluídos crianças e adolescentes com 9 anos até 13 anos. Conforme o ministério em sua publicação no início de 2017.

A meta é vacinar 80% do público-alvo, formado por 7,2 milhões de adolescentes. Além de proporcionar proteção aos adolescentes, a ampliação alcançará o efeito protetor da imunidade de rebanho; ou seja, a proteção indireta das pessoas não vacinadas. O esquema vacinal para esse público será de um reforço ou uma dose única, conforme a situação vacinal.

A vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis acelular (dTpa) tipo adulto, passa a ser recomendada para as gestantes a partir da 20<sup>a</sup> semana de gestação, antes disponibilizada a partir da 27<sup>a</sup> semana de gestação. As mulheres que perderam a oportunidade de receber a vacina durante a gestação, devem receber uma dose de dTpa no puerpério, o mais precoce possível. Com essa medida,

o Ministério da Saúde busca garantir que os bebês possam nascer protegidos contra a coqueluche, por conta dos anticorpos que são transferidos da mãe para o feto, evitando que eles contraiam a doença até que completem o esquema de vacinação com a vacina penta, o que só ocorre aos seis meses de idade.

Apesar da vacina dTpa poder ser aplicada após o parto, é importante ressaltar que esta estratégia só deve ser realizada como última opção, pois ao vacinar uma gestante após o parto, não haverá transferência de anticorpos para o feto, conseqüentemente, há diminuição da possibilidade de proteção das crianças contra a coqueluche nos primeiros meses de vida (BRASIL,2017).

A vacina VTV, teve outra alteração para o ano de 2017, com a introdução da segunda dose para a população de 20 a 29 anos de idade. Anteriormente, a segunda dose era administrada até os 19 anos de idade. Com esta mudança, busca-se a correção da falha vacinal neste grupo e também considera a situação epidemiológica da caxumba nos últimos anos, cujos surtos têm acometido, principalmente, adolescentes e adultos jovens nesta faixa etária. A adoção do esquema de duas doses para esse grupo contribuirá na redução de casos da doença. Deste modo, duas doses contra sarampo, caxumba e rubéola passam a ser disponibilizadas para pessoas de 12 meses até 29 anos de idade. Para os adultos de 30 a 49 anos permanece a indicação de apenas uma dose de tríplice viral.

Atualmente são ofertadas gratuitamente no Sistema Único de Saúde (SUS) 19 vacinas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), beneficiando todas as faixas etárias. Por ano, são disponibilizados pela rede pública de saúde de todo o país, cerca de 300 milhões de doses de imunobiológicos para combater mais de 20 doenças.

Em 2016, o investimento do Ministério da Saúde na oferta de vacinas foi de R\$ 3,9 bilhões um crescimento de 225% na comparação com o ano de 2010, quando foi investido R\$ 1,2 bilhão. Para 2017 está previsto um investimento de R\$ 3,9 bilhões.

#### 2.1.5 A Importância Vacinal em Crianças

Informando a situação vacinal no mundo, Miranda et al. (1995) referem que: “Nenhuma ação em saúde é tão efetiva e eficiente quanto vacinar crianças contra as principais doenças preveníveis por imunização. Anualmente morrem cerca de três milhões de crianças e outras tantas se tornam inválidas devido a essas doenças”.

No final de 2014, a notícia de que os casos de sarampo atingiram o maior número de relatos já registrados em 20 anos, e isso simplesmente porque alguns pais tem decidido não vacinar filhos, Na Europa, o quadro era parecido, só em 2011 foram 26 mil casos da doença, pelo mesmo motivo, chamado de movimento antivacina, as razões são as mais variadas, vão de crenças religiosas e filosóficas à crença de que as doses podem deixá-las doentes e alérgicas, a mais atual foi sobre a vacina contra HPV, vírus que pode levar ao desenvolvimento de câncer de útero. Nos Estados Unidos, no Japão e no Reino Unido, entre outros países, pais vieram a

público dizer que a vacina teria prejudicado suas filhas. Alguns pais inclusive acreditam que teria sido a causa da morte de suas crianças.

O Brasil, possui um dos mais bem-sucedidos programas de vacinação do mundo, e por aqui o movimento antivacina ainda é pequeno, mas já começa a causar preocupação na saúde. Em 2010, a incidência de coqueluche entre crianças de 1 a 4 anos era de 0,5 caso a cada 100 mil habitantes. Em 2012, já havia saltado para 8,1 casos. O crescimento dos casos de sarampo também fez acender o sinal vermelho, pois, ao que tudo indica, a contaminação não se deu no país, mas no exterior, graças aos pais que se opõem à vacinação ( ABRIL, 2016).

### **Figura 5. Criança sendo imunizada**



Fonte: (REVISTA CRESCER, 2016).

#### **2.1.6 Por quais razões as pessoas não Vacinam seus Filhos?**

Doenças infecciosas que já poderiam ter sido eliminadas do planeta, como o sarampo e a poliomielite, ainda são males que assombram a saúde pública de alguns países. Na atualidade existe mais um fator agravante, o surgimento de um novo grupo que pode dificultar a batalha: os antivacinas. Este movimento ganhou força e mais e mais adeptos após a publicação de um artigo científico na revista Lancet (um dos mais importantes periódicos sobre saúde do mundo) em 1998, onde o médico inglês Andrew Wakefield relata a associação do aumento do número de crianças autistas com a vacina tríplice viral, que protege contra sarampo, rubéola e caxumba. Isto foi um estopim para que os pais deixassem de vacinar seus filhos. Após algum tempo foi descoberta a fraude, do médico, a revista se retratou, o médico respondeu criminalmente, mas nada mais conseguiu mudar a opinião já formada dos pais preocupados.

Isabella Ballalai, presidente da comissão de Revisão de Calendários e Consensos da Sociedade Brasileira de Imunização diz.

Esse trabalho foi investigado, até porque passou a ser um problema de saúde pública e foi constatado que os dados eram falsos. Mas mesmo depois de isso ter ficado claro, consertar é muito complicado. O estudo gerou uma seqüela terrível, pois muita gente, inclusive profissionais da saúde, ainda o citam.

Esse movimento afetou a saúde pública de tal maneira que, há 14 anos o sarampo foi oficialmente declarado erradicado dos Estados Unidos. Contudo, em 2013, segundo o CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças), foram registrados no país 189 casos. Até abril deste ano, foram confirmados 115 casos, esses números são atribuídos a esse tipo de pensamento (CONTE, 2016).

No Brasil, ainda não há problemas sérios com os antivacinas. Segundo a Dra. Ballalai, mesmo a recente campanha de vacinação contra o HPV, que foi motivo de tantas críticas por parte de alguns médicos e religiosos, conseguiu vacinar mais de 80% do público-alvo. “No Brasil, as pessoas ainda aceitam muito bem a imunização”, diz a médica.

Se você for procurar quem não se vacina, são, na maioria das vezes, indivíduos de classe mais alta do ponto de vista socioeconômico. A população de classe mais baixa está muito bem vacinada e participa de todas as campanhas, faça chuva ou sol, completa Levi.

Argumentos dos “Antivacinas” constam no livro do Dr. Guido que explica que existe sobrecarga imunológica mediante a administração combinada ou simultânea de vacinas, agravada pelo excesso de alumínio, albumina purificada de sangue humano e timerosal. Com isso, os bebês seriam incapazes de responder com segurança e eficácia ao número de vacinas administradas, já que até os dois anos elas receberiam 21 injeções contendo 33 vacinas (CONTE, 2016).

Quanto à opção de não vacinar por parte dos pais ou responsáveis, ela pode ocorrer por displicência ou descuido, podendo ser interpretado como maus-tratos, em tese obrigando o profissional que toma conhecimento da situação a fazer denúncia ao Conselho Tutelar (GUIDO, 2013).

Mas nem todas as faltas de vacinas em crianças são atribuídas a este movimento, pois há os pais que esquecem de levar seus filhos até a unidade de saúde, há os que se justificam pela necessidade de trabalhar e não ter um responsável que leve até a unidade, alguns relatam que não encontraram a vacina na unidade no dia em que estiveram presentes, entre outros fatores (NOTICIA UOL).

Grupos religiosos, não aceitam a vacinação como por exemplo, em um sermão do reverendo Edmund Mossey em 1722, intitulado “A perigosa e pecaminosa prática da inoculação”, argumentou que “doenças são enviadas por Deus para punir pecados, e que qualquer tentativa de prevenir a varíola por inoculação é uma operação diabólica” (GUIDO, 2013). Assim sendo, as primeiras recusas de vacina da varíola ocorreram entre os quakers, na Inglaterra, e entre os batistas, na Suécia, com o argumento: “Se Deus decretou que alguém deve morrer de varíola seria um pecado modificar o desejo de Deus pela vacinação”.

Após a vacinação antivariólica se tornar compulsória, na Inglaterra e no País de Gales, em 1853, houve em 1865 uma grande demonstração popular em Leicester, reunindo cerca de 20 mil pessoas em protesto contra a vacinação. Fenômeno similar ocorreu em vários outros lugares, inclusive no Rio de Janeiro, em 1904, na chamada Revolta da Vacina. Lá, por exemplo a revolta foi mais contra a violência da implantação do que contra a vacina em si. Assim sendo, essas manifestações não podem ser consideradas como de fundo totalmente religioso. Pelo contrário, elementos políticos e sociais tiveram papel de destaque nesses acontecimentos. (GUIDO, 2013)

## 2.2 METODOLOGIA

### 2.2.1 Tipo de Pesquisa

Esse estudo trata se de uma pesquisa quali quantitativa, com método de pesquisa de campo.

Segundo Denzin e Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa do mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.

Seguindo essa linha de raciocínio, Vieira e Zouain (2005) afirmam que “a pesquisa qualitativa atribui importância fundamental aos depoimentos dos atores sociais envolvidos, aos discursos e aos significados transmitidos por eles.” Nesse sentido, esse tipo de pesquisa preza pela descrição detalhada dos fenômenos e dos elementos que o envolvem.

### 2.2.2 População amostra

Foram analisados 112 registros de vacinação das crianças matriculadas no CMEI com 04 e 05 anos no período de 01 de abril a 30 de abril de 2017.

### 2.2.3 Coleta de Dados

A coleta de dados foi feita pelo pesquisador através de visita na escola para anotação dos registros de vacinação, com autorização prévia da Secretaria da Educação e direção da escola. Foram coletados os seguintes dados: data de nascimento, gênero, local de residência e o registro das datas de aplicações de vacinas. Para registrar estes dados, o pesquisador preencheu a tabela constante no anexo 1. Foi preenchida uma tabela para cada carteirinha de vacinação analisada.



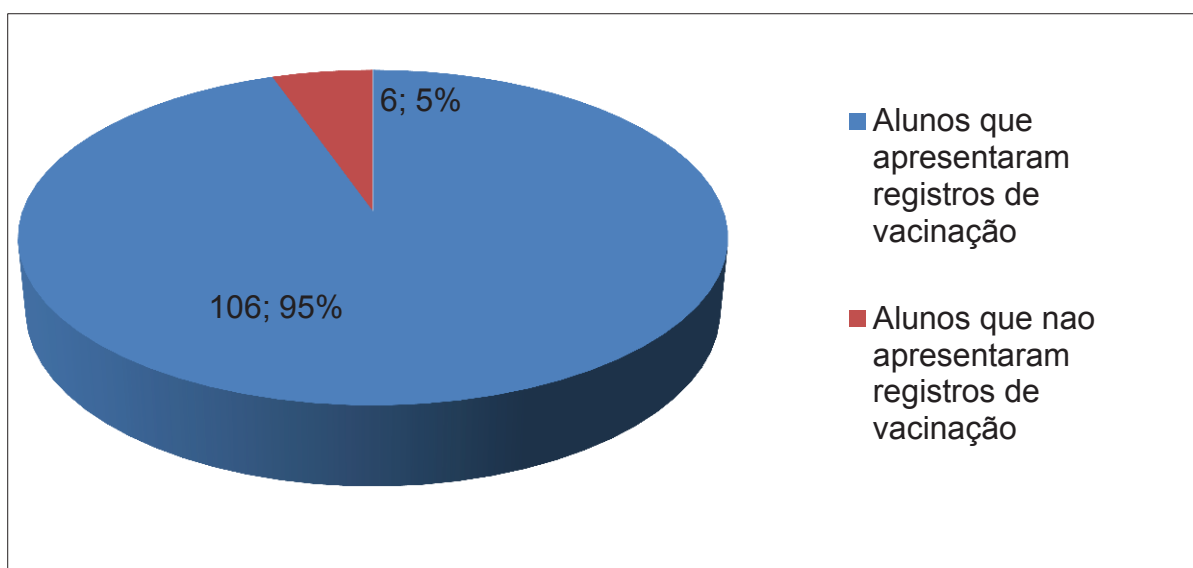
## 2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados foi realizada através de avaliação de registros de vacinação em âmbito escolar, posteriormente estratificada e depois demonstrada nos gráficos, que virão a seguir.

Foram excluídos os registros de campanhas de vacinas contra influenza, vacina contra paralisia infantil popularmente conhecida como campanha da gotinha, e demais campanhas fora do calendário nacional de vacinação.

Entre os 112 alunos matriculados na CMEI, 06 não apresentaram carteirinhas de vacinação, conforme mostra o gráfico abaixo.

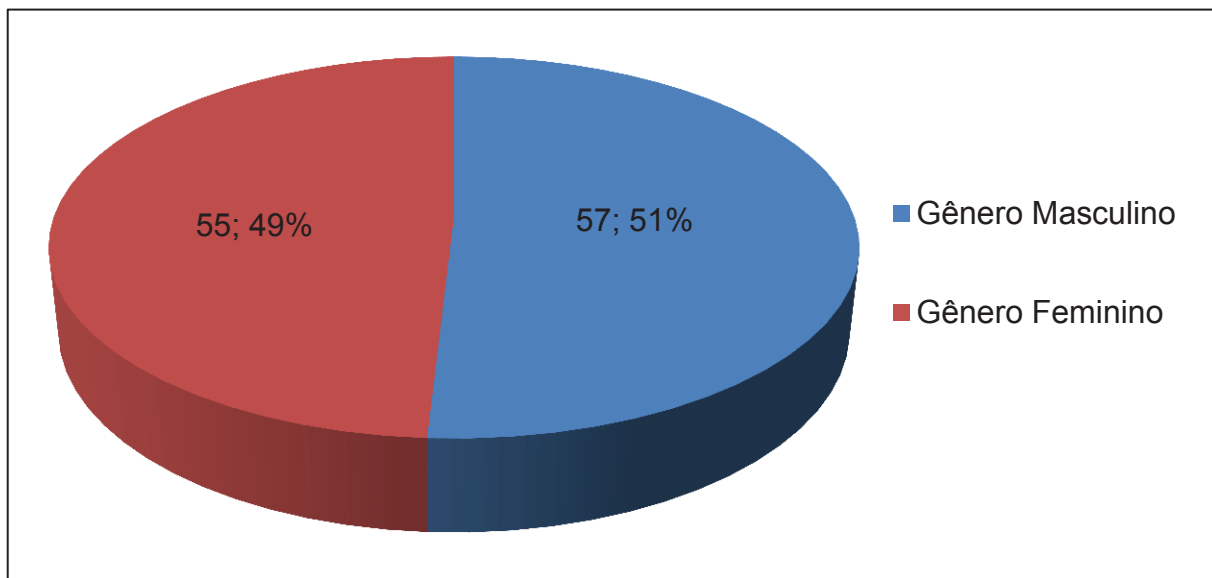
**Gráfico 1: Proporção de alunos que apresentaram registros de vacinação no ato da matrícula.**



Fonte: (CORREA, 2017)

O fato de 5% dos alunos não apresentarem os registros de vacinação mostra o descuido, ou até mesmo o desinteresse dos pais ou responsáveis pelo cuidado com saúde de seus filhos ou mesmo o descuido com a documentação dos mesmos.

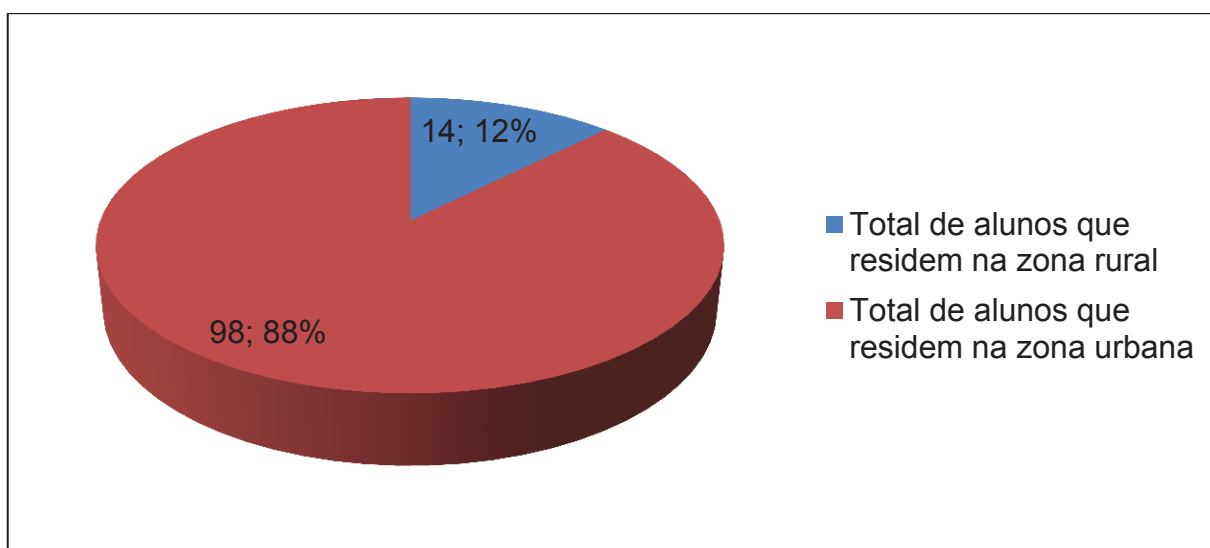
Outro aspecto avaliado foi o gênero dos alunos. Entre os 112 alunos, 57 eram do gênero masculino e 55 do gênero feminino.

**Gráfico 2: Proporção de alunos por gênero**

Fonte: (CORREA, 2017)

Esta proporção entre os gêneros, de aproximadamente 50% cada um é semelhante a distribuição dos gêneros na população brasileira, em geral, conforme dados do IBGE em 2010 a população brasileira era de 93 milhões (48,9%) de homens e 97 milhões de mulheres (51,1%) (IBGE, 2010).

Conforme mostra o gráfico a seguir, o local de residência dos alunos desta CMEI em sua maioria residem em área urbana.

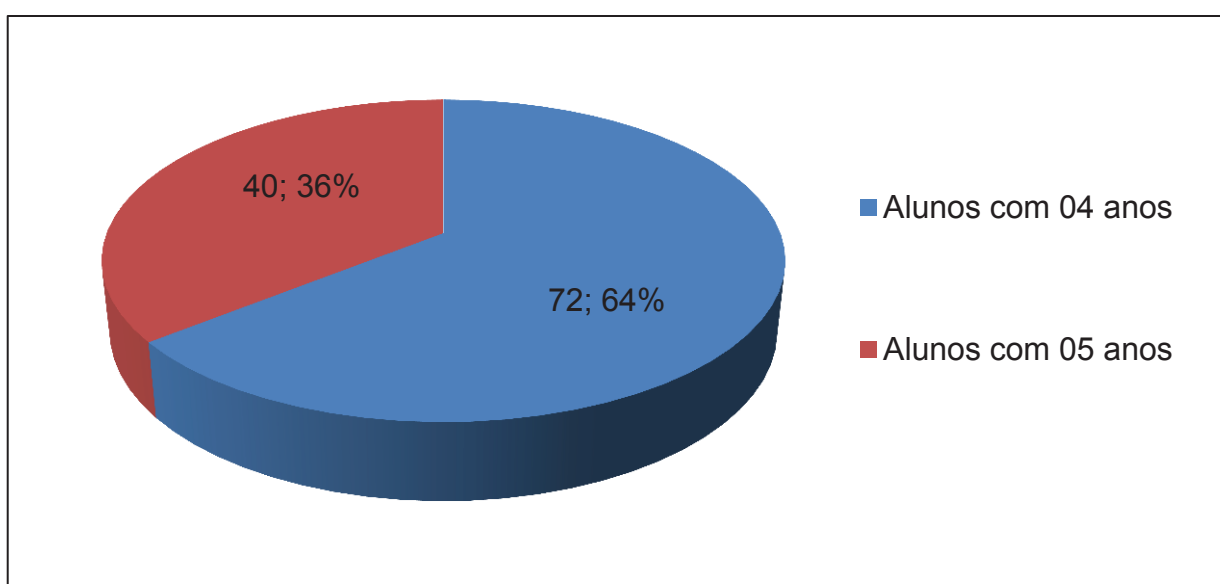
**Gráfico 3: Local de residência dos alunos**

Fonte: (CORREA, 2017)

Conforme consta no banco de dados do CNEFE (cadastro nacional de endereços para fins estatísticos), o município de caçador em 2010 tinha 27.928 endereços cadastrados, sendo que 2.789 pertencem a área rural (IBGE, 2010).

A faixa etária dos 112 alunos pesquisados foi de 04 anos e 05 anos, com o total de alunos com 04 anos de 72 crianças e com 05 anos foram de 40 crianças, conforme mostra no gráfico a seguir, observamos um aumento no número de crianças com 04 anos em relação aos alunos de 05 anos.

**Gráfico 4: Idades dos alunos**



Fonte: (CORREA, 2017)

Conforme Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a idade máxima de 5 anos para o atendimento das crianças na creche e pré-escola foi atualizada. Anteriormente, o atendimento na educação infantil era para crianças de 0 a 6 anos e estava desatualizado em relação à Constituição que, em 2006, estabeleceu a idade máxima de 5 anos para essa fase do ensino.

A Emenda Constitucional 53, de dezembro de 2006, limitou a faixa etária para a educação infantil aos cinco anos de idade.

A educação infantil é a primeira etapa da educação básica e abrange a creche e a pré-escola para as crianças de 0 a 5 anos. As outras fases do ensino básico são o ensino fundamental, dos 6 aos 14 anos, e o ensino médio, dos 15 aos 17 anos.

A partir de 2009, por meio de uma emenda constitucional, a matrícula de todas as crianças na escola a partir dos 4 anos tornou-se obrigatória. Antes da mudança na Constituição, o ensino fundamental era a única fase escolar obrigatória no Brasil. Depois da emenda, o ensino passa a ser obrigatório dos 4 aos 17 anos, incluindo a pré-escola, o ensino fundamental e o ensino médio (Agência Brasil, 2016).

O quadro a seguir, foi elaborado conforme o calendário nacional de vacinação, com as vacinas que devem ser realizadas e suas respectivas dosagem.

Observa-se o campo BCG que é dose única ao nascer, os campos escuros mostram que não se deve registrar nada, porém o campo claro com o número 0 (zero) mostra que não obteve atraso nesta vacina, assim como o campo Hepatite B.

A vacina penta valente, os campos com 1ª dose, 2ª dose e 3ª dose devem ser registrados, observa-se que não foi encontrado atraso na 1ª dose, observa-se 1 (um) atraso na 2ª dose e 1 (um) atraso na 3ª dose.

**Quadro 1: Número de doses em atraso**

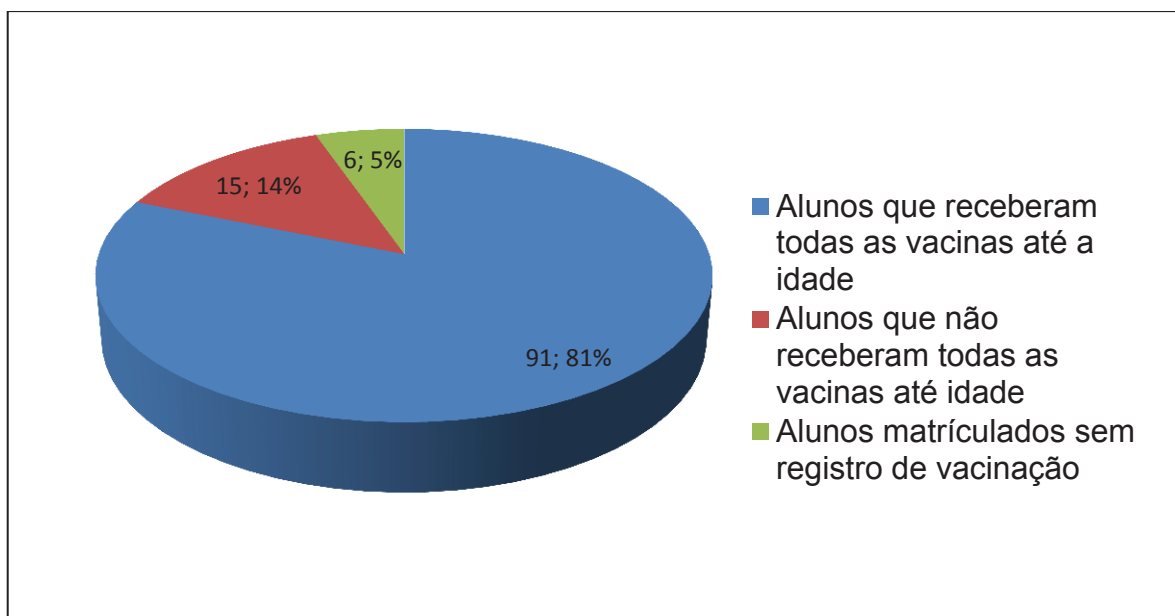
	1ª dose	2ª dose	3ª dose	1º reforço	2º reforço	Dose única	Reforço único
BCG						0	
Hepatite B						0	
Pentavalente	0	1	1				
Rotavírus	0	1					
Pneumocócica 10 valente	0	1	1				2
Vip/vop	0	1	1	1	12		
Meningocócica C conjugada	1	1					3
Febre amarela						1	1
Triplice viral						1	1
Hepatite A						14	
Tetra viral						15	
DTP				1	12		

Fonte: (CORREA, 2017)

Conforme estratificação dos registros em atraso, observa-se que apenas 1 aluno apresentou o registro com atraso nas vacinas realizadas a partir dos 3 meses (1ª meningocócica, 2ª dose vip, 2ª dose penta valente, 2ª dose pneumocócica 10 valente, 2ª dose rota vírus humano). Percebe-se atraso no reforço das vacinas pneumocócica 10 valente e meningocócica C conjugada. Um elevado número de

atraso nas vacinas contra hepatite A e tetraviral e um significativo número de atraso no 2º reforço contra VOP e 2º reforço DTP.

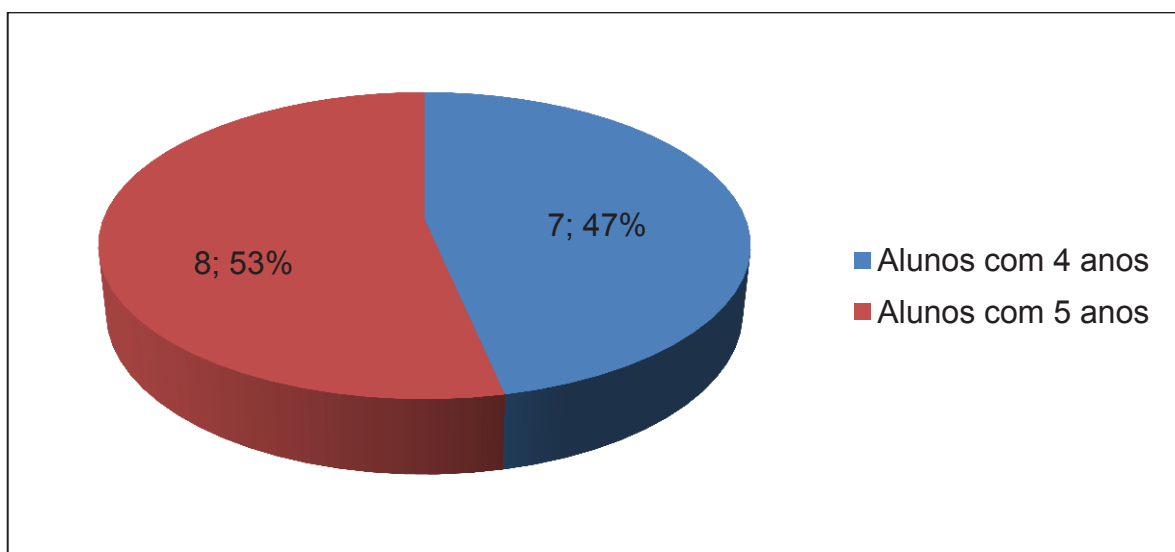
**Gráfico 5: Alunos que receberam todas as vacinas até a idade**



Fonte: (CORREA, 2017)

O gráfico 5, mostra o percentual de alunos com as vacinas completas e incompletas conforme a análise dos registros avaliados. Observa-se que grande maioria está com a vacinação em dia em relação ao total de alunos.

**Gráfico 6: Faixa etária dos alunos com vacinas em atraso**



Fonte: (CORREA, 2017)

Como as crianças de 05 anos deveriam estar com os reforços de DTP e VOP realizados com 4 anos, é compreensível que tenham recebido mais doses de vacinas, porém, o gráfico mostra que é alto o número de crianças que deixaram de receber a vacina durante aos 4 anos. Outro dado importante é o número de atraso nos alunos de 4 anos, que estão em tempo de realizar os reforços DTP e VOP com 4 anos, porém, deixaram de receber alguma das vacinas anteriores.

### 3 CONCLUSÃO

Conclui-se que, muitas foram as mudanças relacionadas a vacinação no Brasil desde a criação do SUS e a criação do PNI. Os avanços nesse setor da saúde pública, fazem com que nosso país seja referência na saúde mundial. Muitos desses avanços contribuíram para a erradicação da poliomielite e varíola, com consequente redução da mortalidade infantil e de números de internações por doenças evitáveis. Porém a vacinação é um trabalho contínuo e deve permanecer sempre em atualização, com descobertas de novas vacinas a cada dia, evitando assim um número maior de doenças. Vimos que o PNI vem se atualizando com o passar dos anos, acrescentando um número maior de vacinas para a população no calendário, realizando várias campanhas anuais de vacinação, buscando melhorias e traçando metas. Observamos que o ministério da saúde investe por ano R\$ 3,9 bilhões na compra de 300 milhões de doses de vacinas protegendo a população contra 20 tipos de diferentes de doenças. Esse investimento mostra que nosso país está trabalhando a favor da nossa saúde, investindo em promoção e prevenção e não na recuperação da saúde.

Na história da vacinação, observamos que foi uma época difícil para os profissionais da saúde, pois a recusa da vacinação era grande, por ter sido uma descoberta recente para época e pouco conhecida, foi gerando medo na população pois era considerada uma técnica arriscada, o que causou conflitos como a “revolta da vacina” que ficou marcada na história do Brasil. Alguns grupos religiosos acreditavam que a doença era mandada por Deus como castigo para os pecadores, e qualquer tentativa de diminuir os efeitos dela era uma ação diabólica.

Esse problema com a recusa da vacinação, vem se arrastando até a atualidade, pois ao realizar esta pesquisa, evidenciou-se atrasos no registros de alguns alunos, sendo que 14% dos alunos da CMEI apresentaram o registro incompleto e 5% não apresentaram nenhum registro. Por outro lado, 81% dos alunos está com a vacinação em dia, mostrando que o trabalho realizado pela esfera municipal, estadual e federal, está tendo efeito positivo na população.

## REFERÊNCIAS

AGENCIA BRASIL, **Estatuto da Criança atualiza idade para educação infantil, 2016** Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/educacao/noticia/2016-07/estatuto-da-crianca-atualiza-idade-para-educacao-infantil>>  
Acesso em: 30 de maio de 2017.

AMATO NETO, V.; BALDY, J.L.S. **Doenças Transmissíveis**. 3.ed.São Paulo: Sarvier,1991. 929p.

ARAGUAIA, Mariana. **História da vacina** Brasil Escola.  
Disponível em: <<http://brasilecola.uol.com.br/biologia/a-historia-vacina.htm>>.  
Acesso em: 15 de jun. 2017.

BRASIL PORTAL BRASIL **O que é Plano Nacional de Imunização**  
Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/saude/2014/04/confira-as-principais-acoes-do-programa-nacional-de-imunizacoes-1>> Acesso em: 21 out. 2016

BRASIL. **Novo calendário vacinal de 2017**. Disponível em:  
<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/03/Novo-calendario-vacinal-de-2017.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2017.

BUTANTAN. **Vacina** Disponível em:  
<<http://www.butantan.gov.br/producao/vacinas/Paginas/default.aspx>> Acesso em:  
20 out. 2016.

CABRAL, L: FRAZÃO, D.G: **Biografia de Louis Pasteur, 2016**  
Disponível em: <[https://www.ebiografia.com/louis\\_pasteur/](https://www.ebiografia.com/louis_pasteur/)>  
Acesso em: 15 jun. 2017

CAMPOS, Gastão, **Conheça a história e como funciona o SUS, 2007**  
Disponível em: <<https://dafarmaciauvmg.files.wordpress.com/2009/02/cadernos-de-texto-pet-saude.doc>> Acesso em: 12 jun. 2017



COELHO, NIVALDO. **Ministério da Saúde amplia vacinação em todas as faixas etárias**, 2017

Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/27742-ministerio-da-saude-amplia-vacinacao-em-todas-as-faixas-etarias>>

Acesso em: 12 jun. 2017.

CHAHNAZARIAN, A. et al. Impact of selective primary care on childhood mortality in rural health zone of Zaire. **Int. J. Epidemiol.**, v. 22, n. 1, p. 32-41, 1993.

CONSELHO DE SAÚDE. **O SUS** Disponível em: <

[http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/sus.html](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html) > Acesso em: 13 set. 2016.

CONTE, Juliana. **Por que alguns grupos optam por não vacinar seus filhos?**

Disponível em:<<https://drauziovarella.com.br/noticias/por-que-alguns-grupos-optam-por-nao-vacinar-seus-filhos/>>. Acesso em: 11 set. 2016.

DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. P. 15-41

Acesso em: 16 set. 2016

GATTI, M.A.N. **Concepção sobre Vacinas e Condições de Vida: Estudo das Famílias de Crianças Faltosas à Vacinação – Bauru, 2000**. 2001, 92f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.

GONÇALVES, M.L.; ALMEIDA, M.C.P.; GERA, S.C. A municipalização da Vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.12, p.79-87,1996.

GONÇALVES, M.L. **O programa de vacinação no processo de municipalização da saúde, no município de Ribeirão Preto, 1994**. 1994. 193f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. GUSHIKEN, C.T.; CHAGAS, L.G.

GUSHIKEN, C.T.; CHAGAS, L.G.C. Imunização In: CURSINO, M.R. et al.

**Assistência de enfermagem em Pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1992. P.173-80.

IBGE, **censo demográfico 2010**: CNEFE – cadastro nacional de endereços para fins estatísticos

Disponível em :

<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=420300&idtema=76&se arch=santa-catarina|cacador|censo-demografico-2010:-cnefe-cadastro-nacional-de-enderecos-para-fins-estatisticos>> Acesso em: 30 de maio de 2017.

IBGE, **estatísticas de gênero, 2010** Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=1,2,-2,-3,128&ind=4707>>

Acesso em: 30 maio.2017.

LEVI, G.C **Recusa de vacinas – Causas e conseqüências**, São Paulo: Segmento Farma, 2013 pg

MIRANDA, A.S. et al. Avaliação da cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n.3, p. 208-14, 1995.

PORTAL DE NOTICIAS UOL **Porque os pais não vacinam seus filhos**

Disponível em: < <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2015/09/28/o-que-acontece-quando-voce-deixa-de-vacinar-seu-filho.htm> > Acesso em: 10 set. 2016.

PORTAL DA SAÚDE **Entenda o SUS**

Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>>

Acesso em: 01 set. 2016.

REDE HUMANIZA SUS. **O SUS e seus reais problemas**

Disponível em:< <http://www.redehumanizasus.net/6805-o-sus-e-seus-problemas-reais>> Acesso em: 07 set. 2016.

REVISTA ABRIL. **Especialistas debatem sobre a importância da vacinação**

Disponível em: <<http://claudia.abril.com.br/sua-vida/especialistas-debatem-sobre-a-importancia-da-vacinacao-infantil/>> Acesso em: 15 nov. 2016.

**Revolta da vacina**, revista da semana, edição de 27 de novembro de 1904

Disponível em: <<http://multirio.rio.rj.gov.br/index.php/estude/historia-do-brasil/rio-de-janeiro/66-o-rio-de-janeiro-como-distrito-federal-vitrine-cartao-postal-e-palco-da-politica-nacional/2917-a-revolta-da-vacina>>

Acesso em: 15 jun. 2017.

ROCHA, GABRIELA. **Programa Nacional de Imunização (PNI), 2015**

Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50027-programa-nacional-de-imunizacoes-pni>>\_Acesso em: 15 jun. 2017

SILVA, A.L. O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995. P. 41-59.

SILVEIRA, A. S. de A. Et al. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 4, n. 2, p. 299-05, 2007.

SI-PNI – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações,

### **Apresentação**

Disponível em <<http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>

Acesso em: 12 jun. 2017

TEIXEIRA, CARMEM. **Princípios do sistema único de saúde**

Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>

Acesso em: 05 set. 2016.

## APÊNDICE

## APÊNDICE A



01/2017

## DECLARAÇÃO

A Secretaria Municipal de Educação autoriza o acadêmico da UNIARP curso de Enfermagem Sr. Clairton Mário Corrêa a realiza o estágio referente a sua pesquisa intitulada "SITUAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS DE 4 E 5 ANOS ESTUDANTES DA PRÉ-ESCOLA CMEI SANTA CLARA", na escola citada no título da pesquisa.

Caçador, 21 de março de 2017.

Ana Paula Spuldafo Peretto  
Coordenação Pedagógica SME

## APÊNDICE B

## DECLARAÇÃO

## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, o representante legal da instituição envolvida no projeto de pesquisa intitulado "SITUAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS DE 4 E 5 ANOS ESTUDANTES DA PRÉ-ESCOLA CMEI SANTA CLARA DA CIDADE DE CAÇADOR" declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, lembrando ao pesquisador que no desenvolvimento do referido projeto de pesquisa, serão cumpridos os termos da resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

Em relação à pesquisa supracitada, informamos que o acesso dos pesquisadores ao local da pesquisa e a manipulação dos dados do REGISTRO DE MATRÍCULA, será autorizado somente após a emissão do PARECER DE APROVAÇÃO do Comitê de Ética em pesquisa em Seres Humanos da UNIARP. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Local/Setor onde a pesquisa será realizada: Centro Municipal de Educação Infantil Santa Clara

Por ser verdade, firmo a presente.

Caçador (SC), 15 de março de 2017.

Ricardo Leites de Oliveira  
Ass: Pesquisador responsável  
(Orientador)

Ricardo  
Ass: do responsável pela Instituição  
(de origem)

Ass: Responsável de outra instituição  
Nome: Juliana Tarsa Olszewski  
Cargo: Especialista Educacional  
Instituição: CMEI - Santa Clara

Juliana Tarsa Olszewski  
Especialista em Análises Educacionais  
Portaria nº 20.502

ANEXO

