



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHAREL EM ENFERMAGEM**

**NATHÁLIA ALVES MARQUES**

**ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO  
NO BRASIL.**

**CAMPINA GRANDE  
2021**

NATHÁLIA ALVES MARQUES

**ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO  
NO BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo) apresentado ao Departamento do Curso de Bacharel em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Enfermagem.

**Orientador:** Profa. Dra. Virgínia Rossana Brito Vieira.

**CAMPINA GRANDE  
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M357a Marques, Nathália Alves.  
Análise da cobertura vacinal de crianças menores de um ano no Brasil [manuscrito] / Nathalia Alves Marques. - 2021.  
20 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.  
"Orientação : Profa. Dra. Virginia Rossana Brito Vieira, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."  
1. Cobertura vacinal. 2. Crianças. 3. Vacinação. 4. Imunização. I. Título  
21. ed. CDD 614.47

NATHÁLIA ALVES MARQUES

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO  
BRASIL.

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)  
apresentado ao Departamento do Curso de  
Bacharel em Enfermagem da Universidade  
Estadual da Paraíba, como requisito parcial  
à obtenção do título de Bacharela em  
Enfermagem.

Aprovada em: 05/10/2021.

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dra. Virgínia Rossana Brito Vieira (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Prof. Esp. Erijackson de Oliveira Damiano  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



---

Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coelho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A Nossa Senhora, especialmente pelo título de Guadalupe, a quem dei a minha vida e tudo que sou, DEDICO.

“A alma é curada ao estar com as crianças”  
Fiódor Dostoiévski

## LISTA DE TABELAS

|            |  |    |
|------------|--|----|
| Quadro 1   | População alvo, número de doses do esquema vacinal e doses para o cálculo da cobertura vacinal das vacinas BCG, Hepatite B, Rotavírus, Meningocócica conjugada C, Pentavalente, Pneumocócica10 e da Poliomielite, 2021.  | 12 |
| Tabela 1 – | Cobertura vacinal das vacinas BCG, Hepatite B, Rotavírus, Meningocócica conjugada C, Pentavalente, Pneumocócica10 e da Poliomielite em crianças menores de um ano, no Brasil, 2016 a 2020 e suas respectivas metas, 2021 | 13 |
| Tabela 2 – | Taxa de homogeneidade da cobertura vacinal da BCG, Hepatite B, Rotavírus, Meningocócica conjugada C, Pentavalente, Pneumocócica10 e da Poliomielite. Brasil, 2021  | 14 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|           |   |
|-----------|---|
| ANVISA    | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                  |
| BCG       | Bacilo de Calmette e Guérin                               |
| CGPNI     | Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações     |
| DATASUS   | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde     |
| DTP       | Difteria, tétano e coqueluche                             |
| Hib       | Haemophilus influenzae b conjugada                        |
| HB        | Hepatite B  |
| Meningo C | Meningocócica conjugada C                                 |
| OMS       | Organização Mundial de Saúde                              |
| PNI       | Programa Nacional de Imunizações                          |
| SI-PNI    | Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações |
| VIP       | Vacina da Poliomielite inativada                          |
| VOP       | Vacina oral contra a poliomielite                         |
| UBS       | Unidades Básica de Saúde                                  |

## SUMÁRIO

|          |                          |           |
|----------|--------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>9</b>  |
| <b>2</b> | <b>METODOLOGIA .....</b> | <b>10</b> |
| <b>3</b> | <b>RESULTADOS .....</b>  | <b>12</b> |
| <b>4</b> | <b>DISCUSSÃO.....</b>    | <b>13</b> |
| <b>5</b> | <b>CONCLUSÃO .....</b>   | <b>16</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS .....</b> | <b>16</b> |

## ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL DE CRIANÇAS MENORES DE UM ANO NO BRASIL.

## ANALYSIS OF VACCINATION COVERAGE OF CHILDREN UNDER ONE YEAR IN BRAZIL.

Nathália Marques<sup>1\*</sup>

### RESUMO

Analisar a cobertura vacinal e a taxa de homogeneidade de crianças menores de um ano no período de 2016 a 2020 com a finalidade de observar se alcançaram as metas propostas pelo Programa Nacional de Imunizações. Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal, do tipo coorte e retrospectivo de abordagem quantitativa. As vacinas selecionadas compõem o calendário vacinal de crianças menores de um ano, que são a Bacilo de Calmette e Guérin (BCG), Hepatite B, Rotavírus, Poliomielite, Pentavalente, Meningocócica conjugada C e Pneumocócica. Os dados da cobertura vacinal foram coletados a partir do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. As variáveis cruzadas para a obtenção da cobertura vacinal foram imunobiológico, idade e ano, que são fornecidos em percentual. Para a homogeneidade foi observado os valores segundo os municípios do país. A vacina BCG atingiu a meta proposta pelo Programa Nacional de Imunizações em três anos do período analisado 2016, 2017, 2018. A vacina Pneumocócica alcançou a cobertura esperada em 2016 e 2018. O imunizante Rotavírus atingiu a meta apenas em 2018. Os demais imunizantes não atingiram as coberturas esperadas no período analisado. O ano de 2020, ainda em momento pandêmico, apresentou menores percentuais. Esses dados foram confirmados também pelas taxas de homogeneização que permanecem baixas principalmente nos anos de 2019 e 2020. A cobertura vacinal do calendário infantil apresenta dificuldades em atingir as metas.

**Palavras chaves:** Cobertura vacinal. Crianças. Vacinação.

### ABSTRACT

To analyze the vaccination coverage the homogeneity rate of children under one year age from 2016 to 2020 in order to observation whether the goals proposed by the National Immunization Program were achieved. This is a descriptive, longitudinal cohort-type and retrospective study with a quantitative approach. The vaccines selected are included in children's vaccination schedule, they are for Bacillus Calmette and Guérin (BCG), Hepatitis B, Rotavirus, Polio, Pentavalent, Meningococcal conjugated C and Pneumococcal. The vaccination coverage data were collected in the Program's Information System National Immunization which are provided as a percentage. For homogeneity, the values according to the country's municipalities were observed.. The crossed variables were immunobiological, age and year, which are given as a percentage. The BCG vaccine reached the target proposed by the National Immunization Program in three years of the period analyzed 2016, 2017, 2018. The Rotavirus immunizing agent reached the proposed percentage only in the year of 2018. The others did not reach the expected percentage in the chosen period. The year 2020, still in a pandemic moment, presented lower percentages. These data were also confirmed by the homogenization rates, which remain low, especially in

---

<sup>1\*</sup>Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba.  
E-mail: alves7360277@gmail.com.

the years 2019 and 2020. The vaccination coverage of the children's calendar presents difficulties in achieving the goals of homogeneous form.

**Keywords:** Immunization coverage. Childrens. Vaccine

## 1. INTRODUÇÃO

A vacina é um agente de imunização ativa que confere o controle, a prevenção e a erradicação de doenças imunopreveníveis, com grande eficácia e que resulta na redução da morbimortalidade de agravos (BRASIL, 2014).

O Brasil possui o Programa Nacional de Imunizações (PNI) que há mais de 48 anos, condiciona e distribui vacinas para toda a população, de forma gratuita e equânime. Ao longo deste tempo, mostra resultados como erradicação da varíola, interrupção da transmissão da poliomielite e casos de rubéola (Brasil, 2013). Atualmente, no ano de 2021, o Programa apresenta cerca de 47 imunobiológicos, que somam, aproximadamente, de 300 milhões de doses anuais que são aplicadas nas 38 mil salas de imunização no país (BRASIL, 2021b).

O PNI está sob tutela da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações – CGPNI do Ministério da Saúde que além de distribuir e padronizar os imunobiológicos para todo o país, também fornece o Sistema de Informação (SI-PNI) que registra dados das ações desenvolvidas na vacinação e indicadores como a taxa de abandono, cobertura vacinal e doses aplicadas (BRASIL, 2015).

A cobertura vacinal indica a adesão ao esquema vacinal básico, proposto pelo Ministério da Saúde, e é averiguada a exposição da população para o risco de serem acometidos por doenças imunopreveníveis (Fonseca; Buenafuente, 2021). Essa é calculada a partir de uma média simples dos valores da parcela vacinada sobre o contingente total da faixa etária determinada, sendo o valor final posto em porcentagem (BRASIL, 2014).

Para conferir melhor análise da cobertura, a taxa de homogeneidade verifica a proporção entre os municípios brasileiros que alcançaram as metas estabelecidas. Esse indicador propõe contemplar a efetividade da vacinação no país se ela está sendo alcançada em toda extensão territorial. Confere-se assim, posto pelo PNI, o percentual de 70% como benéfico (BRASIL, 2014).

Segundo Cruz (2017), desde 2016, que as metas estabelecidas pelo PNI, para a cobertura vacinal não estão sendo atingidas, por fatores inerentes ao sistema de saúde. A falta de imunobiológicos, barreiras físicas às salas de vacinas, o nível de conhecimento da população sobre a vacinação e as propagandas contrárias aos imunobiológicos, favorece esse cenário. Tornando-se preocupante devido à vulnerabilidade da população frente as doenças e o risco de retorno de circulação delas (MORAES et al., 2020).

A vacinação na primeira infância é um meio estratégico e eficaz, na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis implicando significativamente, na morbimortalidade infantil no mundo (SILVA et al., 2018). O Brasil, a trata como prioridade, pois programas de assistência social, a exemplo do Programa Bolsa Família, usa como um dos seus critérios de participação, a obrigação do cumprimento do Calendário Vacinal da Criança para receber o benefício (SILVA et al., 2020).

Essa atenção às crianças é fundamental, pois é definido que no período de zero a seis meses, ela recebe cerca de 10 imunobiológicos previstos pelo PNI, sendo eles a Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) que confere proteção contra a meningite tuberculosa e a tuberculose miliar, Hepatite B (recombinante) - HB contra infecções do vírus da Hepatite B. Poliomielite inativada (VIP) que protege contra os vírus 1, 2 e 3 da Poliomielite, Rotavírus humano que

imuniza contra gastroenterites por rotavírus dos sorotipos G1 e infecções cruzadas causadas por outros tipos de rotavírus.

Além das citadas, tem-se também a Pentavalente, Pneumocócica conjugada 10 valente e a Meningocócica C. A vacina Pentavalente compreende cinco imunizantes numa só aplicação, que confere imunidade contra difteria, tétano e coqueluche, Hepatite B e infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae* b. A Pneumocócica conjugada 10 valente protege contra infecções de 10 sorotipos de *Streptococcus pneumoniae*. Já a Meningocócica C confere imunidade a possíveis quadros infecciosos causados por *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C. Por fim, a vacina da Influenza, que protege contra o vírus da influenza e possíveis complicações graves da doença que devem ser administradas na faixa etária determinada (BRASIL, 2014).

Contudo, em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na província de Hubei na China, foi divulgada a propagação do novo coronavírus (SARS-Cov2) que se expandiu rapidamente no mundo e responsável por uma das maiores pandemias da história. Por ser um vírus recente, com alta capacidade de disseminação e virulência, as medidas iniciais tomadas pelos países, tiveram a intenção de diminuir a cadeia de transmissão. Os chamados “*Lockdowns*” ou restrição da circulação das pessoas tiveram a finalidade, nos períodos de maior incidência da doença, de minimizar o número de internações e de óbitos. Além dessas medidas, os níveis altos de mortalidade, trouxeram repercussão negativa na população deixando-a descrente nos órgãos públicos e temerosa quanto a ida aos serviços de saúde (CHU et al., 2020).

Nesse contexto as medidas de restrição social, propostas, afetaram as atividades sociais que foram drasticamente modificadas. Os atendimentos em postos de atenção primária, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), priorizaram atender grupos de risco e à população em casos de Covid-19, seguindo todas as medidas sanitárias. Além disso, as UBS tiveram que fomentar estratégias para continuar o cuidado mesmo neste cenário de restrições. Utilizaram de contato virtual, a partir de teleconsultas, comunicação com os usuários e a equipe através de meios digitais, e medidas de continuidade da vacinação, em casos prioritários; além da identificação, monitoramento e direcionamento de casos de Covid-19 (BRETAS JUNIOR et al., 2020).

Neste período, através das mídias digitais, o sistema de saúde alcançou maior visibilidade pela população, com a transmissão de vários informes, bem como as medidas para reduzir a contaminação do vírus. Contudo, ao mesmo tempo, surgiram um grande número de notícias errôneas, as chamadas, *fake News*, a respeito dos imunobiológicos. Movidos por crenças e senso comum, aumentou o discurso do movimento antivacina que poderia prejudicar a adesão à vacinação contra a Covid-19 e outros imunobiológicos (MASSARANI et al., 2021).

O presente artigo visa analisar a cobertura vacinal em crianças menores de um ano de vida das vacinas BCG, HB, Rotavírus, Meningocócica C, Pentavalente, Pneumocócica 10 e da Poliomielite, no período de 2016 a 2020, segundo as metas do PNI.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritiva, longitudinal do tipo coorte e retrospectivo, em que analisou a cobertura vacinal em crianças menores de um ano, de imunobiológicos aplicados no Brasil, no período de 2016 a 2020 utilizando dados secundários oriundos da base de dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) do Ministério da Saúde. Esses dados foram coletados no dia 20 de setembro de 2020, sendo que a última atualização dos números no sistema foi no dia 19 de setembro de 2020.

O cálculo da cobertura vacinal feito pelo SI-PNI corresponde a uma proporção tendo o numerador, o quantitativo de doses aplicadas, e o denominador a população-alvo que são os menores de um ano. Então é calculado com o número de nascidos vivos, fornecido pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC e o resultado final multiplicado por 100.

$$\frac{\text{Número de crianças com esquema básico completo na idade-alvo para determinado tipo de vacina}}{\text{Número de nascidos vivo – SINASC}} \times 100$$

Para observar a taxa de homogeneização, foi calculada através da proporção entre o numerador o números de municípios do Brasil que atingiram as metas estabelecidas para as vacinas, e o denominador com número total de municípios do país, (n= 5 570). O valor final posto em porcentagem, multiplicado por 100. O PNI considera uma taxa adequada o percentual apresentado seja igual ou acima de 70%.

$$\text{HOMOGENEIDADE} = \frac{\text{Número de municípios que alcançaram a cobertura vacinal adequada}}{\text{Número total de municípios no Brasil}} \times 100$$

As vacinas escolhidas para o estudo foram: BCG, HB, Rotavírus, Meningo C, Pentavalente (que compreende as vacinas DTP, HB e Hib), Pneumocócica 10 e Poliomielite (vacinas contra a poliomielite VIP e a VOP). Essas seguiram a recomendação do SI-PNI, segundo as doses recomendadas para o cálculo da cobertura vacinal, descritas no Quadro 1.

Esta seleção partiu do pressuposto de serem vacinas de rotina estabelecidas no calendário infantil e administradas nos primeiros meses de vida. Vale salientar que, a administração da BCG e da HB são recomendadas que se façam na maternidade, e as outras são preconizadas que sejam administradas ao menos no segundo mês de vida.

Os dados foram coletados a partir do link [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd\\_pni/cpnibr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?bd_pni/cpnibr.def) do sistema DATASUS com as seguintes variáveis selecionadas, imunobiológico, ano e cobertura vacinal. Em seguida, foram organizados em tabelas através do programa Microsoft Excel 2010.

As metas da cobertura vacinal dos imunobiológicos, objetos do estudo seguem as direcionadas pelo PNI, em que estão dispostas no Quadro 1.

**Quadro 1**– População alvo, número de doses do esquema vacinal, doses para o cálculo da cobertura vacinal e metas das vacinas BCG, Hepatite B, Rotavírus, Meningocócica conjugada C, Pentavalente, Pneumocócica10 e da Poliomielite, 2021.

| Vacina              | População alvo | Nº de doses do esquema vacinal  | Dose para o cálculo da CV | METAS |
|---------------------|----------------|---|---------------------------|-------|
| <b>BCG</b>          | Criança <1 ano | Dose (ao nascer)  | Dose única                | 90,00 |
| <b>Hepatite B</b>   | Criança <1 ano | Dose (ao nascer ou até 30 dias do nascimento); esquema da hepatite B será feito com a vacina Penta. | 3ª dose                   | 95,00 |
| <b>Rotavírus</b>    | Criança <1 ano | 1ª dose (2 meses); 2ª dose (4 meses)  | 2ª dose                   | 90,00 |
| <b>Meningo C</b>    | Criança <1 ano | 1ª dose (3 meses); 2ª dose (5 meses); reforço (15 meses)  | 2ª dose                   | 95,00 |
| <b>Pentavalente</b> | Criança <1 ano | 1ª dose (2 meses); 2ª dose (4   | 3ª dose                   | 95,00 |

|                        |                |  |         |       |
|------------------------|----------------|--|---------|-------|
| <b>Pneumocócica 10</b> | Criança <1 ano | meses); 3ª dose (6 meses)<br>1ª dose (2 meses); 2ª dose (4 meses); 3ª dose (6 meses);<br>reforço<br>(12 meses) | 3ª dose | 95,00 |
| <b>Poliomielite</b>    | Criança <1 ano | 1ª dose (2 meses com VIP); 2ª dose (4 meses com VIP); 3ª dose (6 meses com VOP);                               | 3ª dose | 95,00 |

Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde. Coberturas vacinais no Brasil/MS, 2015

É válido evidenciar que quanto aos aspectos éticos, este estudo utilizou apenas dados secundários institucionais, de domínio público disponibilizados no site do SI-PNI. Dessa forma, não há a identificação de indivíduos e não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

### 3. RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, a vacina que atingiu a meta estabelecida foi a BCG, nos anos de 2016, 2017 e 2018 em que superaram o valor preconizado pelo PNI, que é de 90% da cobertura na população alvo. Contudo a partir de 2019, decresce, chegando a distância de 16,22%, no ano de 2020 do valor preconizado.

**Tabela 1**– Cobertura vacinal das vacinas BCG, Hepatite B, Rotavírus, Meningocócica conjugada C, Pentavalente, Pneumocócica10 e da Poliomielite em crianças menores de um ano, no Brasil, 2016 a 2020 e suas respectivas metas. 2021

| <b>Imunobiológicos</b> | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>METAS</b> |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
|                        | (%)         | (%)         | (%)         | (%)         | (%)         | (%)          |
| BCG                    | 95,55       | 97,98       | 99,72       | 86,67       | 73,78       | 90           |
| HB                     | 81,75       | 85,88       | 88,40       | 78,57       | 63,43       | 95           |
| Rotavírus              | 88,98       | 85,12       | 91,33       | 85,40       | 77,09       | 90           |
| Meningo C              | 91,68       | 87,44       | 88,49       | 87,41       | 78,35       | 95           |
| Pentavalente           | 89,27       | 84,24       | 88,49       | 70,76       | 77,03       | 95           |
| Pneumocócica 10        | 95,00       | 92,15       | 95,25       | 89,07       | 81,13       | 95           |
| Poliomielite           | 84,43       | 84,74       | 89,54       | 84,19       | 75,95       | 95           |

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/MS. 2021c

Em relação à vacina Rotavírus, pode se observar que apenas no ano de 2018, foi alcançada a meta estabelecida, com 91,33%. Porém no ano de 2020, teve a sua menor cobertura, se distanciando em 12,97% do seu ideal.

No período observado, as vacinas HB, Meningo C, Pentavalente e da Poliomeilite não alcançaram a meta estabelecida. Em especial a vacina HB que tem seu percentual não atingido nos anos analisados, sendo mais expressivo no ano de 2020, chegando a distância de 31,57%.

O imunobiológico, pneumocócica 10 teve variações ao longo dos anos escolhidos. No ano de 2016 conseguiu atingir 95%, o percentual da cobertura preconizada pelo Ministério da Saúde. Embora 2017, não tenham atingido 95%, mas se aproximou com 92,15%, seguindo de 2018 que alcançou a meta. Entretanto, 2019 e 2020 não conseguiu atingir a cobertura.

Observa-se que o ano de 2018 foi o período de maior alcance das coberturas vacinais. Três vacinas, a BCG, a Rotavírus e a Pneumocócica superaram os percentuais de suas metas propostas, em especial a BCG, chegando a 99,72%. Enquanto outros imunobiológicos não tiveram o mesmo resultado, mas se aproximaram do propósito, a exemplo da HB e da Poliomielite que tiveram seus maiores resultados neste ano.

A cobertura vacinal dos imunobiológicos no ano de 2020, o qual houve grande incidência de casos de Covid-19, não alcançou os valores preconizados pelo PNI, bem como teve os menores percentuais dos anos analisados.

**Tabela 2**– Taxa de homogeneidade da cobertura vacinal da BCG, Hepatite B, Rotavírus, Meningocócica conjugada C, Pentavalente, Pneumocócica10 e da Poliomielite. Brasil, 2016 a 2020

| Imunobiológicos | Total de Municípios | Percentual dos municípios que alcançaram a cobertura vacinal adequada. |        |        |        |        |
|-----------------|---------------------|--|--------|--------|--------|--------|
|                 |                     | 2016   | 2017   | 2018   | 2019   | 2020   |
| BCG             | 5 570               | 44,45%   | 52,19% | 58,70% | 46,15% | 30,00% |
| Hepatite B      | 5 570               | 18,97%   | 25,51% | 33,78% | 25,81% | 13,19% |
| Rotavírus       | 5 570               | 59,94%   | 54,41% | 67,00% | 56,01% | 46,30% |
| Meningo C       | 5 570               | 54,30%   | 49,15% | 53,41% | 49,62% | 39,60% |
| Pentavalente    | 5 570               | 50,52%   | 43,84% | 53,08% | 24,63% | 41,59% |
| Pneumocócica 10 | 5 570               | 59,49%   | 56,35% | 62,98% | 52,17% | 43,14% |
| Poliomielite    | 5 570               | 43,08%   | 44,48% | 53,68% | 42,62% | 37,70% |

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI)/MS, 2021c

Em relação a taxa de homogeneidade, percebe-se que nenhum imunobiológico durante os anos analisados teve o percentual definido pelo PNI, que é de 70%. O imunobiológico que aproximou do valor adequado é a vacina Rotavírus no ano de 2018, 67%.

Por fim, a cobertura vacinal dos imunobiológicos não vem sendo alcançada no país em sua completude, seguidamente, nos últimos cinco anos analisados. Isso é confirmado através da taxa de homogeneidade, pois nenhum dos anos alcançou o valor proposto.

#### 4. DISCUSSÃO

O PNI trouxe inúmeros benefícios à população brasileira, e sem dúvidas, a vacinação a todos, de forma gratuita, é o ponto central deles. Como foi observado nesta pesquisa há uma baixa adesão à vacinação, mostrando-se visível o não alcance das coberturas vacinais propostas pelo PNI do calendário da criança (CRUZ, 2017; SATO, 2018; SATO, 2020).

Segundo Domingues et al (2020), esse quadro ocorre desde 2016, com exceção da vacina da BCG, que antes até o ano de 2018 alcançava a cobertura vacinal preconizada para a proteção específica para esse imunobiológico. Representa um resultado importante do ponto de vista populacional não ter alcançado a cobertura definida, visto que aumenta a probabilidade de circulação desse agente etiológico específico e a gravidade decorrente da sua manifestação. A situação atual denota um grande desafio para o Programa.

Como foi observado na Tabela 1, tanto a BCG quanto a HB têm números menores que o esperado e diferente quando comparadas. Mesmo sendo imunobiológicos que são recomendados a administração simultaneamente, em maternidades, logo ao nascer. Torna se motivo de investigação e de preocupação para o país, ocorrendo o aumento da vulnerabilidade às doenças graves, em crianças (SILVA et al.,2018).

Outro fator a destacar é que sendo a BCG, a vacina que mais alcançou percentuais satisfatórios para a cobertura vacinal, ela não obteve o mesmo êxito quando observada a taxa de homogeneidade, presente na Tabela 2. Isso decorre de que alguns municípios têm coberturas acima do esperado, pois como a BCG é administrada em maternidades, algumas crianças são imunizadas em outros municípios e não no seu de origem, acarretando nesta diferença (SILVA et al.,2019).

Acerca deste indicador, percebe-se na Tabela 2 que ele se torna complementar a cobertura vacinal, pois vê se a vacinação está sendo eficaz em toda extensão do país. Pois apesar de algumas vacinas alcançarem as metas estabelecidas, estas não estão sendo homogêneas no território, destacando a fragilidade na vacinação em âmbito nacional.

Considerando os imunobiológicos que são administrados nas Unidades de Saúde, a Organização Mundial de Saúde - OMS (2018, p.2) aponta possíveis motivos que podem comprometer a vacinação, são eles:

- 1) A falha ou incapacidade dos profissionais de saúde para rastrear pacientes em termos de elegibilidade; 2) contraindicações percebidas à vacinação por parte dos cuidadores e pais; 3) escassez de vacinas; 4) horários rígidos dos postos de saúde que separam serviços de curativos das áreas de vacinação; e 5) resistência parental ou da comunidade às imunizações.

Além desses motivos no aspecto estrutural, as barreiras físicas dificultam ou impedem o acesso ao serviço. A sua localização pode também implicar na dificuldade em chegar à unidade e de frequentá-la quando necessário. Também questões acerca da rotina da Unidade como a longa espera para atendimento, mau acolhimento da equipe aos usuários, a limitação do tempo e prazo da vacinação, e conseqüentemente a incompatibilidade de horário das ações com os dos usuários, geram ainda mais esse afastamento. Tais situações fragilizam o acesso afetando tanto a vacinação quanto na continuação do cuidado da população pelas UBS (FERREIRA et al.,2017).

Conhecendo essa realidade, o Ministério da Saúde em parceria com os Estados, buscaram no ano de 2020, subsídios para a vacinação da Influenza a fim de que a cobertura vacinal atingisse a meta esperada e diminuísse a incidência de sintomas gripais e eliminasse a hipótese para Covid-19 (Brasil, 2020). Devido às restrições e a apreensão da população frente a doença em ascensão, esperava-se que nesse período houvesse uma queda na busca dos imunobiológicos. Desta forma, foram propostas novas estratégias como a vacinação extramuros, domiciliar, extensão do horário de funcionamento das unidades, a extensiva e constante divulgação a fim de superar as barreiras físicas que impediam a vacinação (SANTA CATARINA, 2020).

A falta de vacinas no serviço também pode ser outra questão que pode dificultar o alcance da cobertura vacinal. Como consequência, ocasiona o atraso vacinal e o abandono do cuidado por parte dos genitores no acompanhamento do calendário vacinal. Consoante a Martins et al (2019), a falta de imunobiológicos é um empecilho à imunização, pois afeta a rotina de trabalho comprometendo a busca ativa de casos elegíveis e favorecendo o atraso vacinal.

Como é observado na Tabela 1, entre os imunizantes apenas a Pentavalente apresentou aumento da cobertura no último ano (2020), em comparação ao ano de 2019. Esse número foi resultado dos valores de doses aplicadas, que segundo o SI-PNI, foi de 7.794.541, ao invés de 2019 que foi de 7.112.423 (Brasil, 2021a). No ano de 2019, houve a diminuição devido a reprovação de lotes pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ocorrendo então a falta do imunizante nas salas de vacinas. (SOUZA, 2020).

A falta de imunizantes pode também ser comprometida pelo cuidado que não obedece as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde na operacionalização da Rede de Frio com os imunobiológicos nas salas de vacinas não é realizado como proposto pela Rede de Frio. Em algumas salas de vacinação, o armazenamento ainda é feito em geladeiras comuns, há negligência com a temperatura de condicionamento e atenção ao termômetro de verificação, pouco conhecimento dos profissionais sobre os imunobiológicos e seus possíveis efeitos adversos. Essas constatações geram efeitos deletérios que resultam na perda de imunizantes e redução no número de aplicações (CROSEWIKI; LARocca; CHAVES, 2018; GALVÃO et al., 2019).

Além dessas constatações, devem-se considerar as desigualdades no país, referente a diferenças socioeconômicas e o nível de escolaridade. Estes fatores podem influenciar na busca ou não dos imunobiológicos na medida em que não há um conhecimento sobre a sua necessidade e o incentivo a buscá-los (ARROYO et al., 2020).

Essa observação, não somente é percebida na cobertura infantil, como também em idosos, em que a escolaridade e a classe econômica implicam diretamente no alcance da cobertura vacinal. Prescindindo dos profissionais um melhor acolhimento para atrair a presença desse grupo nas salas de vacinas (FERREIRA et al., 2021).

Todavia, além desses pontos, um dos fatores mais sugestivos para a queda na cobertura vacinal no ano de 2020, foi de fato a pandemia, chegando até mesmo a diferença de 15,36% na vacina da Hepatite B, com o ano anterior, a maior do escopo analisado (SATO, 2020).

Em decorrência da grande morbimortalidade do Covid-19, a OMS e os governos propuseram medidas sanitárias, para mitigar a transmissão do vírus, houve a restrição da circulação e isolamento social, de pessoas do grupo de risco como gestantes, idosos, puérperas e crianças menores de cinco anos, e conseqüentemente a diminuição da vacinação nesses grupos. Foi fundamental a criação de estratégias pelas UBS para evitar maior declínio. A vacinação domiciliar, a reestruturação das unidades para receber as pessoas seguindo as devidas medidas de segurança, o incentivo através das mídias e a comunicação da população com a equipe, foram algumas dessas medidas (PEREIRA et al., 2021).

Além disso, durante esse período de restrições, cresceu o número de notícias que foram veiculadas nas redes sociais, sobre temas de saúde, tanto por órgãos responsáveis quanto por pessoas movidas por tom político e de senso comum, propagando notícias falsas. Essas ideias tiveram grande impacto, pois aumentou, por parte da população, a busca nesse canal por temas relacionados à doenças, à vacinas e suas formas de prevenção. Pondo a sociedade brasileira em estado de desconfiança nas instituições e na comunidade científica sobre esse assunto (BARCELOS et al., 2021)

Certamente, o movimento antivacinas tomou grandes proporções, a partir das redes sociais, pela maior facilidade de divulgação de conteúdos. Suas razões vão desde aspectos religiosos a teorias equivocadas sobre a eficácia e segurança dos imunobiológicos (FIGUEIREDO et al., 2020). Ademais, torna-se um fator prejudicial para a cobertura vacinal, pois sedimenta a descrença na vacinação e na busca dos imunobiológicos. Contudo, na mesma forma que essas ideias são veiculadas, informações verídicas e falas que incentivem a vacinação podem superar todo esse discurso, de modo que utilizem esse mesmo espaço das redes sociais, para que as pessoas tenham acesso ao conhecimento científico.

Massarani, Leal, Waltz (2020, p.11) salientam que “são um espaço importante na contemporaneidade para a busca de informações científicas, cujo potencial deve ser explorado para promover a participação e o acesso ao conhecimento científico”.

Para que se alcance as metas propostas do PNI, acerca da cobertura vacinal infantil é preciso corrigir as falhas e novamente atrair as pessoas às salas de vacinas em todo país. Deve

se retificar, questões como a perda de imunobiológicos e os obstáculos nas Unidades. Também a disseminação de conhecimento sobre as vacinas é fundamental, a fim de eliminar os discursos contrários e dúbios que implicam na desinformação da população.

## 5. CONCLUSÃO

As coberturas vacinais no Brasil não alcançaram os percentuais estabelecidos pelo PNI, para crianças menores de um ano, no Brasil e se mostra bastante heterogênea em sua extensão. Nos últimos cinco anos apenas uma vacina alcançou a cobertura, durante três anos, antes da pandemia, que foi a BCG. Dessa forma, supõe que a importância do outro imunobiológico (HB) estar atrelado a saída da maternidade contribuiria para melhorar sua cobertura para essa idade específica (neonato) Essa também não é realizada de forma igual no país, apesar da alta cobertura vê-se distante quando comparada a sua homogeneização.

Em relação a outros imunobiológicos, é preciso buscar estratégias para conseguir alcançar as coberturas adequadas e de forma homogênea e superar as dificuldades presentes. Entre as estratégias, propostas na literatura, estão a educação para a população, a presença doses disponíveis, aplicação de horários flexíveis, uma rede de informações, atualizadas constantemente, implantação do cartão eletrônico em saúde, busca ativa das crianças cadastradas e acompanhadas na Unidade. Essas ações podem contribuir para melhorar os percentuais de cobertura e prevenção de morbimortalidade das crianças no Brasil.

Esse estudo serve como base para outras pesquisas a fim de melhor compreender o porquê da não vacinação nestes cinco anos. Além de averiguar outros pontos, fornecidos pelo PNI, como a taxa de abandono e o acompanhamento do número de doses aplicadas, que podem consolidar ainda mais este estudo.

## REFERÊNCIAS

ARROYO, L. H. et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/qw4q8qKLKvC4fDJ5S3BrDkJ/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. de 2021.

BARCELOS, T. do N.de et al. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**. v. 45, e65, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53907/v45e652021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 31 ago.de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 236, 2013. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_nacional\\_imunizacoes\\_pni40.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf). Acesso em 19 de jul. de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento vigilâncias das doenças Transmissíveis, 2014. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf). Acesso em: 16 ago. de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Coberturas vacinais no Brasil: período: 2010 - 2014**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf>. Acesso em: 10 de ago. de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico, 22ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/informe-tecnico-ms-campanha-influenza-2020-final.pdf>. Acesso em 09 de ago. de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Extraordinária de Enfrentamento a Covid-19. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a COVID-19**. Brasília 10 ed, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19>. Acesso em: 24 de set. de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). **Doses aplicadas por Dose segundo Ano Imunobiológicos: Pentavalente (DTP+HB+Hib) (PENTA) Ano: 2019-2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?bd\\_pni/dpnibr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?bd_pni/dpnibr.def). Acesso em 23 de set. de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações SI-PNI [Internet]. **Coberturas Vacinais por Ano segundo Imuno: BCG , Hepatite B em crianças até 30 dias , Rotavírus Humano , Meningococo C , Penta , Pneumocócica , Poliomielite Ano: 2016-2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?bd\\_pni/cpnibr.def](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?bd_pni/cpnibr.def) <http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>. Acesso em: 20 de set. de 2021

BRETAS JUNIOR, N. et al. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASEMS / CONASS), 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-VERS%C3%83O-FINAL-3.pdf>. Acesso em: 5 de set. de 2021

CHU, I. Y et al. Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. **Journal of travel [online]**, v. 27, n. 7, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7649384/>. Acesso em: 15 de jul. de 2021.

CROSEWIKI, F. LARocca, L. M. CHAVES, M. M. N. Perdas evitáveis de imunobiológicos na instância local: reflexões acerca do processo de trabalho da enfermagem. **Saúde em Debate [online]**. 2018, v. 42, n. 116 Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42n116/203-213/#ModalArticles>. Acesso em: 25 ago. de 2021

- CRUZ, A. A queda da imunização no Brasil. Redução da cobertura vacinal no país é preocupante. **Revista CONSENSUS [online]**, Brasília, ano 7, n. 25, p. 20-29, 2017. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/revistaconsensus\\_25\\_a\\_queda\\_da\\_imunizacao.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/revistaconsensus_25_a_queda_da_imunizacao.pdf). Acesso em: 25 de jul. de 2021.
- DOMINGUES, C. M. A. S. et al. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 26 Out. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. de 2021.
- FERREIRA, A. V. et al. Acesso à sala de vacinas da estratégia saúde da família: aspectos organizacionais. **Revista de Enfermagem UFPE on line, [S.l.]**, v. 11, n. 10, p. 3869-3877, out. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/69709/24321>. Acesso em: 25 ago. de 2021
- FERREIRA, P. C. dos S. et al. Análise da situação vacinal de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 1–8, 18 Jun. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/vxNFDNhmHjnn3qJtLqwDGsm/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. de 2021.
- FIGUEREDO, A de, et al. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 898- 908, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31558-0/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31558-0/fulltext#%20). Acesso em: 31 de ago. de 2021.
- FONSECA, K. R. da; BUENAFUENTE, S. M. F. Análise das coberturas vacinais de crianças menores de um ano em Roraima, 2013-2017. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 30, n. 2, p. e2020195, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200010>. Acesso em: 14 de ago. de 2021.
- GALVÃO, M. de F. P. de S. et al . Avaliação das salas de vacinação de unidades de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza , v. 20, e 39648, 2019 . Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-38522019000100306](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100306). Acesso em: 25 ago. de 2021.
- MARTINS, J. R. T. et al. O cotidiano na sala de vacinação: vivências de profissionais de enfermagem. **Avances en Enfermería, [S. l.]**, v. 37, n. 2, p. 198-207, 2019. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/73784>. Acesso em: 22 set. de 2021.
- MASSARANI, L.; LEAL T.; WALTZ, I. O debate sobre vacinas em redes sociais: uma análise exploratória dos links com maior engajamento. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. Suppl 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148319>. Acesso 7 set. de 2021

MASSARANI, L. et al. Narrativas sobre vacinação em tempos de fake news: uma análise de conteúdo em redes sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, 2 Jun. 2021. Disponível em : <http://www.scielo.br/j/sausoc/a/JwG8Jqrw8R9vWGN4MvXL7qj/?lang=pt>. Acesso em: 22 de Jul. de 2021.

MORAES, J. C. de et al. **Imunização no Sistema Único de Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde(OPAS), 2020. p. 212-214. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 07 de set. de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia de planejamento para reduzir oportunidades perdidas de vacinação [Planning guide to reduce missed opportunities for vaccination]**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259202/9789248512940-por.pdf?sequence=11&isAllowed=y>. Acesso em: 21 de set. de 2021

PEREIRA, G.F. et al. Estratégias para a continuidade das imunizações durante a pandemia de COVID-19 em Tucuruí, PA. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 24, n. 272, p. 5162-5171, 2021. Disponível em:<http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1117/1323>. Acesso em: 31 de ago. de 2021.

SANTA CATARINA (Estado). **Orientações sobre campanha de vacinação nacional contra a influenza na vigência da pandemia de COVID-19**. 2020.Secretaria Estadual de Saúde. Disponível em:[http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NotaTecnica05\\_2020\\_Vacinacao.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/NotaTecnica05_2020_Vacinacao.pdf). Acesso em: 18 ago. de 2021.

SATO, A. P. S. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil?. **Revista de Saúde Pública [online]** v. 52, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2018.v52/96/pt>. Acesso em: 28 de set. de 2021.

SATO, A. P. S. Pandemic and vaccine coverage: challenges of returning to schools. **Revista de Saúde Pública [online]**. v. 54, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/FkQQsNnvMMBkxP5Frj5KGgD/?lang=pt#>. Acesso em: 28 set. de 2021.

SILVA, F. de S. et al. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 34, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00041717>. Acesso em: 6 set. de 2021

SILVA, A.B.S. et al. Indicadores de Cobertura Vacinal para classificação de risco de doenças imunopreveníveis. **Rev Bras Promoç Saúde [Internet]**, v. 32, n.1, p.1-11,2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9285>. Acesso em: 11 de ago. de 2021

SILVA, F. de S. et al. Programa bolsa família e vacinação infantil incompleta em duas coortes brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 1–14, 9 Nov. 2020. Disponível em : <http://www.scielo.br/j/rsp/a/gcFKtftpKx4j7pSNqNGYbKfD/?lang=pt>. Acesso em: 11 de ago. de 2021.

SOUZA, F. Em falta, vacina pentavalente começa a ser distribuída aos estados. Agência Brasil. **Agência Brasil**, São Paulo, 09 de Jan de 2020. Saúde. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-01/vacina-pentavalente-comeca-ser-distribuida-hoje-aos-estados>. Acesso em: 25 de ago de 2021

## AGRADECIMENTOS

“Que poderei retribuir ao Senhor Deus por tudo aquilo que Ele fez em meu favor?” (Salmo 115).

Primeiramente, agradeço a Deus pelas mãos cuidadosas de Seu Filho Jesus e das Luzes do Seu Espírito Santo e carinho da Virgem Maria que me conduziram até aqui. Foi sempre o meu consolo, minha alegria, meu alento, meu sustento, meu Guia. O coração hoje se enche de alegria por ter chegado até aqui, em que olho para trás e vejo o tamanho do Seu cuidado para comigo e não me abandonaste em nenhum momento.

À minha família, meu pai, Domingos e minha mãe Maria de Fátima, meu irmão Victor, tios, tias e primos que me dão e deram todo apoio no curso. A saudade sempre foi perene em meu coração, mas as memórias e o carinho que tenham por cada um sempre estavam presentes, apesar da distância.

Aos meus amigos, aqui quero citar em especial, Ana Nadja, que me ajudou tanto neste trabalho como em todo curso sendo de fato uma amiga a me aconselhar a me alegrar e me transmitir leveza para os meus dias; Laylla que foi responsável por me trazer paz, que mesmo em outra região do país e da grande distância que nos separa, com seu carinho e amor, foi consolo e luz; Marly, tão essencial neste período de fim de curso, com suas palavras de sabedoria, histórias alegres, trouxe suavidade para a minha vida. Altemiza, minha tão querida companheira de vida e profissão, sua alegria e docilidade extraiu o melhor que há em mim, obrigada pelos sorrisos e alegrias que compartilhamos ao longo do curso. Selma por me tranquilizar, nos momentos de ansiedade e por ter sido uma grande amiga nesta reta final do curso. A Fernanda, que lá no início me orientou como realizar meu trabalho, embora tão pouco nos falássemos, mas você foi essencial para chegar até aqui. E a todos os tantos outros amigos que estiveram ao meu lado neste tempo, seja de perto, seja de longe, o meu mais profundo obrigada!

Aos meus queridos professores, em especial minha orientadora Virgínia, a quem tenho um enorme carinho desde as aulas de Saúde da Criança, que com calma e tanto cuidado me orientou neste trabalho e é responsável pelo meu amor às crianças. De fato, após suas aulas e os estágios, me apaixonei por esta área. Minha querida professora Ardigleusa, a quem tenho como inspiração não só como profissional, mas como ser humano que és! Meu querido professor Erijackson, que me ensinou tanto ao longo do curso, em especial no tempo em que fui monitora de Saúde Coletiva, o cuidado com os outros e pela sala de vacina! Nunca esquecerei o seu carinho pela enfermagem.

Por fim, cito o nome daqueles que foram responsável por construir em mim a imagem da enfermagem como uma das profissões mais belas, Lara Caline, Thaise Alves, Mona Laura, Karla Cardins, Sueli Aparecida, Alex do Nascimento, Amanda Rangel, Larissa Nogueira, Gabriela Costa, Eloíde André, Stélio, Socorro Lúcio, Fabíola Leite, Deinha, Inácia, Rafaela Dantas, Jaqueline Gama, Renata Clemente e Mayara Evangelista.

A todos vocês e aqueles que aqui não citei o nome, mas que passaram na minha vida durante o curso, só tenho a agradecer a Deus e louvá-Lo por ter convivido com vocês. Que Deus os abençoe!