

**UNIVERSIDADE TIRADENTES  
DIREÇÃO DE SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**ADELVÂNIA PAIXÃO MACÊDO DE JESUS  
TAYNARA GARDINE DOS SANTOS**

**COBERTURA VACINAL DE ROTINA EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO EM  
SERGIPE NO PERÍODO DE 2009 A 2018**

**ARACAJU  
2019**

ADELVÂNIA PAIXÃO MACÊDO DE JESUS  
TAYNARA GARDINE DOS SANTOS

**COBERTURA VACINAL DE ROTINA EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO EM  
SERGIPE NO PERÍODO DE 2009 A 2018**

Artigo de TCC apresentado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Tiradentes, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Ma. Fernanda Kelly  
Fraga Oliveira.

**ARACAJU  
2019**

ADELVÂNIA PAIXÃO MACÊDO DE JESUS  
TAYNARA GARDINE DOS SANTOS

**COBERTURA VACINAL DE ROTINA EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO EM  
SERGIPE NO PERÍODO DE 2009 A 2018**

Artigo de TCC apresentado à Coordenação de Enfermagem da Universidade Tiradentes, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Ma. Fernanda Kelly Fraga Oliveira.

Data de Aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>a</sup> Ma. Fernanda Kelly Fraga Oliveira  
Orientadora

---

Ana Beatriz de Lira Souza  
1º Examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Ma. Fernanda Costa Martins Galotti  
2º Examinadora

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>5</b>
<b>Método .....</b>	<b>6</b>
<b>Resultados .....</b>	<b>7</b>
<b>Discussão .....</b>	<b>10</b>
<b>Referências .....</b>	<b>13</b>
<b>Anexo .....</b>	<b>15</b>
<b>INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES .....</b>	<b>15</b>
<b>Orientações para organização de números temáticos .....</b>	<b>15</b>
<b>Recomendações para a submissão de artigos.....</b>	<b>16</b>
<b>Seções da publicação .....</b>	<b>16</b>
<b>Apresentação de manuscritos .....</b>	<b>16</b>
<b>Autoria.....</b>	<b>17</b>
<b>Nomenclaturas .....</b>	<b>17</b>
<b>Ilustrações e Escalas .....</b>	<b>18</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>18</b>
<b>Referências .....</b>	<b>19</b>
<b>Artigos em periódicos.....</b>	<b>19</b>
<b>Livros e outras monografias .....</b>	<b>20</b>
<b>Outros trabalhos publicados .....</b>	<b>20</b>

## **Cobertura vacinal de rotina em crianças menores de um ano em Sergipe no período de 2009 á 2018**

Adelvânia Paixão Macêdo de Jesus<sup>1</sup>  
Taynara Gardine dos Santos<sup>2</sup>  
Fernanda Kelly Fraga Oliveira<sup>3</sup>

**Resumo:** A vacinação de rotina deve estar presente no calendário vacinal, devendo ser administrada nos indivíduos após o seu nascimento, protegendo o mesmo das doenças imunopreviníveis. As crianças menores de um ano serão protegidas contra algumas doenças como: Tuberculose, hepatite B, tétano, difteria, coqueluche, doenças diarreicas, pneumonia, meningite e paralisia infantil. O programa nacional de imunização (PNI) criado pelo Ministério de Saúde em 1973 visa erradicar e controlar essas doenças e outras infecções tendo como meta atingir 100% da cobertura vacinal em crianças menores de um ano, contudo a análise da taxa por cobertura em muitos municípios identificou pontos frágeis das atividades de vacinação e revelou que a cobertura vacinal está abaixo da expectativa. Trata-se de um estudo transversal realizado, por meio de coleta de dados secundários no estado de Sergipe sendo a população alvo as crianças menores de um ano. O estado possui 75 municípios, abrangendo zonas rurais e urbanas em sete regiões de saúde (Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro e Propriá). Na qual Sergipe apresentou uma cobertura vacinal deficiente tomando como base a meta de 95% tendo como cobertura em média de 88,50%. Assim, o grande desafio é encontrar meios de a população aderir aos programas de vacinação, por meio da busca de faltosos, controle de vacinação por faixa etária, informações, além de ações específicas, como o Dia Nacional de Campanha de Vacinação e as práticas diárias de vacinação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), creches e escolas. Essa problemática induz a uma reformulação nos programas como na criação de estratégias que direcionem as intervenções e compreensão das demandas regionais.

**Palavras-Chave:** Criança, Imunização, Cobertura vacinal.

<sup>1</sup> Estudante de enfermagem do décimo período da Universidade Tiradentes, email: taygardine@hotmail.com

<sup>2</sup> Estudante de enfermagem do décimo período da Universidade Tiradentes, email: adelvaniapmjesus@gmail.com

<sup>3</sup> Biomédica e Enfermeira, Mestre em Saúde e Ambiente-PSA UNIT, Docente na Universidade Tiradentes.

## Routine vaccination coverage in children under one year old in Sergipe from 2009 to 2018

Adelvânia Paixão Macêdo de Jesus<sup>1</sup>

Taynara Gardine dos Santos<sup>2</sup>

Fernanda Kelly Fraga Oliveira<sup>3</sup>

**Abstract:** Routine vaccination must be present in the vaccine schedule and administered to individuals after birth to protect them from immunoprevalent diseases. Children under one year old will be protected against some diseases such as: Tuberculosis, hepatitis B, tetanus, diphtheria, pertussis, diarrheal diseases, pneumonia, meningitis and childhood paralysis. The National Immunization Program (NIP) created by the Ministry of Health in 1973 aims to eradicate and control these diseases and other infections, with the goal of achieving 100% vaccination coverage in children under one year old. However, the coverage rate analysis in many municipalities identified fragile spots of vaccination activities and revealed that vaccine coverage is below expectation. It is a cross-sectional study carried out by means of secondary data collection in the state of Sergipe, with the target population being children under one year. Sergipe has 75 municipalities, covering rural and urban areas in seven health regions (Aracaju, Estancia, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro and Propriá). Sergipe presented deficient vaccination coverage based on the goal of 95% with an average coverage of 88.50%. Thus, the great challenge is to find ways for the population to adhere to the vaccination programs, through the search for absentees, vaccination control by age group, information, as well as specific actions, such as National Vaccination Campaign Day and daily practices (UBS), creches and schools. This problematic induces a reformulation in the programs as in the creation of strategies that direct the interventions and understanding of the regional demands.

**Key words:** Child, Immunization, Vaccination coverage

## Introdução

A vacinação é uma ação de saúde efetiva e eficiente com grande impacto na proteção específica contra as principais doenças imunopreveníveis, com redução da morbimortalidade infantil e se constitui como componente indispensável nos programas de saúde <sup>1,2</sup>.

A cobertura vacinal representa o percentual de uma população-alvo vacinada. Nos países em desenvolvimento as taxas de vacinação estão abaixo do esperado, com exceção do Brasil que tem apresentado resultados satisfatórios em seus programas se equiparando tecnicamente aos países desenvolvidos tais como, a Inglaterra e Itália <sup>3,4</sup>.

A vacinação de rotina deve estar presente no calendário nacional de vacinação e precisa ser aplicadas a indivíduos a partir do seu nascimento garantindo a prevenção das doenças imunopreveníveis, específicas para cada tipo de imunobiológicos, a vacina deve ser aplicada em condições que preserve sua eficácia, para que a criança consiga desenvolver a imunidade assim induzida <sup>5</sup>.

O grande potencial das vacinas é evitar o sofrimento e morte das crianças, pois é importante que os pais e profissionais envolvidos na vacinação percebam a importância de manter atualizada a imunização dos seus filhos e seus pacientes, atualmente as crianças menores de um ano são protegidas contra dez doenças que pode ser evitadas através das vacinas: BCG (Tuberculose), hepatite B, pentavalente (tétano, difteria, coqueluche, *haemophilus influenzae*), poliomielite inativada (paralisia infantil), rotavírus humano (doenças diarréicas), pneumocócica10 (pneumonia), meningocócica C (meningite) <sup>6</sup>.

Com o propósito de atingir uma cobertura vacinal satisfatória, os serviços de saúde, em todo mundo, estabeleceram programas de imunização e calendários específicos de vacinas por faixa etária. No Brasil, o Ministério da Saúde criou, em 1973, o Programa Nacional de Imunização (PNI) que visa erradicar ou controlar a pneumonia grave, poliomielite, difteria,

tétano, coqueluche e outras infecções, por meio da vacinação sistemática, com meta de atingir 100% da cobertura vacinal em crianças menores de um ano <sup>7,8</sup>.

O PNI dispõe de um Sistema de Informações, o SI-PNI, que avalia as coberturas vacinais, sua homogeneidade, aceitabilidade e representatividade entre os municípios do país, por meio do indicador de cobertura vacinal, considerado um importante instrumento para subsidiar o planejamento e reestruturação das ações de prevenção e proteção à saúde, uma vez que esse dado indica a efetividade do PNI em manter as coberturas vacinais proporcionais ao número de crianças vivendo em cada município <sup>3,9</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a manutenção da erradicação, eliminação ou controle das doenças imunopreveníveis com uma cobertura vacinal acima de 95% contudo estudos indicaram que a cobertura vacinal é um importante referencial da qualidade dos serviços de saúde prestados à população. A análise de taxa por cobertura em muitos municípios identificou pontos frágeis das atividades de vacinação e revela que a cobertura vacinal está abaixo da expectativa, <sup>3,5,9</sup>.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo descrever a cobertura vacinal de rotina em crianças menores de um ano no estado de Sergipe no período de 2009 a 2018.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa, realizado por meio de coleta de dados secundários no estado de Sergipe sendo a população de estudo crianças menores de um ano.

A pesquisa foi realizada, a partir da coleta de dados adquiridos no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em relação à cobertura vacinal no estado de Sergipe. No qual é um estado da região nordeste brasileiro e possui uma população estimada em 2018 de 2.278.308 habitantes, é o menor estado da federação, com densidade

demográfica de 94,36 habitantes por km<sup>2</sup>. O estado possui 75 municípios, abrangendo zonas rurais e urbanas em sete regiões de saúde (Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro e Propriá).

A população alvo do estudo foram crianças menores de um ano residentes no estado, cujo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) tem uma população estimada 32.000 crianças de ambos os sexos, no período de 2009 a 2018.

Os critérios de inclusão adotados para a pesquisa foram: o registro de doses aplicadas de vacinas do calendário básico em crianças menores de um ano, computados no SI-PNI em Sergipe foram excluídos os registros de crianças que receberam imunização com idade superior a um ano e/ou não correspondente ao período da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio da plataforma online do DATASUS, cujo endereço eletrônico é: <http://datasus.saude.gov.br/>. Foram consultados respectivamente os itens “acesso à informação”, “informações de saúde (TABNET)”, “assistência à saúde”, “imunizações”, “regiões de saúde”, e “cobertura, no ano de 2009 a 2018”.

As variáveis foram analisadas pelo *software Joinpoint* 4.5.0 e descritas, por meio de frequência relativa percentual de cobertura vacinal, com nível de significância de 5%.

O estudo, por se tratar de pesquisa coletados em dados disponibilizados publicamente em mídias eletrônicas, foi dispensado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes (CEP/UNIT) de acordo com a resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que envolve seres humanos.

## **Resultados**

O estado de Sergipe apresentou uma cobertura vacinal deficiente, tomando como base a meta de 95,00%. A cobertura vacinal do estado é de aproximadamente de 88,50% sendo que em algumas Regiões de saúde está abaixo dos 80,00% (tabela 1). Dentre os imunizados apresentados a cobertura (tabela 1) a cobertura vacinal para hepatite B é a menor do estado de

Sergipe, atingido a meta apenas na Região de saúde em Aracaju com 100,27%, mas atingindo 68,00% na Região de saúde de Propriá. A média da cobertura vacinal desse imuno não atingiu 80,00%.

Em contraponto o imunobiológico hepatite B, em Aracaju supera a meta para cobertura vacinal já os imunos a meningococo e pólio estão abaixo da meta com aproximadamente 86% nas regiões de saúde e a BCG supera a meta em todas as regiões de saúde. De maneira geral o comportamento da cobertura vacinal no estado de Sergipe (Tabela 1) é homogêneo entre os imunos quando analisados em diferentes regiões de saúde.

**Tabela 1.** Cobertura vacinal em crianças menores de um ano por região de saúde e região metropolitana no estado de Sergipe, 2009 a 2018.

	Imuno						
	BCG %	Hepatite B %	Rotavírus %	Mening. C %	Penta %	Pneumocócica %	Polio %
Região de Saúde (CIR)							
ARA	97,46	100,27	82,45	75,81	72,87	78,4	87,23
EST	96,51	77,52	99,28	84,94	84,11	92,59	100,44
ITB	97,46	77,89	95,4	81,18	84,41	90,93	97,3
LGT	97,25	76,74	96,73	82,84	83,16	92,34	97,38
GLR	96,66	73,29	95,97	85,96	85,93	91,06	99,18
NSS	92,58	71,52	91,87	82,71	83,96	87,14	93,96
PRP	90,52	68,42	98,36	87,07	84,26	93,82	101,28
Região Metropolitana – RIDE							
28010 Aracaju – SE	96,94	96,87	82,8	75,87	73,92	78,9	87,33
28900 Fora de Reg.Metrop. – SE	95,34	74,71	96,62	84,32	84,36	91,47	98,46

Legenda: % – Frequência relativa percentual. Regiões de Saúde (CIR): ARA – Aracaju, EST – Estância, ITB – Itabaiana, LGT – Lagarto, GLR – Nossa Senhora da Glória, NSS – Nossa Senhora do Socorro, PRP – Propriá.

Fonte: SIPNI, 2019.

Das coberturas vacinais apresentadas (Tabela 2) apenas aquelas referentes aos imunos hepatite B, meningococo C e pólio apresentam tendências de quedas ao longo dos anos, com significância estatística (p-valor de 0,004, 0,001 e 0,001 respectivamente). Para os demais imunos não se pode afirmar que existe uma queda temporal na cobertura vacinal.

A vacinação para prevenção da hepatite B destaca-se como aquela que possui a maior queda temporal na cobertura e por ser o imuno que teve registro mais tardio dentre os apresentados (Tabela 2).

**Tabela 2.** Cobertura vacinal por ano e Taxa de Crescimento Anual Percentual (TCAP) por imunobiológicos no estado de Sergipe, 2009 a 2018.

	Imuno						
	BCG %	Hepatite B %	Rotavírus s %	Mening. C %	Penta %	Pneumocócico a %	Polio %
Ano							*
2009	101,53	*	92,20	*	*	*	105,73
2010	90,89	*	89,50	0,22	*	35,70	99,87
2011	98,60	*	95,08	102,92	*	94,00	103,40
2012	92,28	*	89,67	98,07	24,46	94,97	96,85
2013	96,61	*	98,91	96,55	98,97	97,45	99,41
2014	99,77	125,39	94,90	92,52	94,02	93,24	94,25
2015	105,80	110,58	92,63	92,95	93,93	92,94	93,69
2016	97,11	94,63	84,28	84,90	81,78	87,71	78,29
2017	97,79	93,88	81,42	83,35	79,96	87,09	78,90
2018	78,61	80,73	90,15	87,64	88,61	94,30	86,92
TCAP	-0,66	-10,01	-0,78	-2,73	-3,30	-0,84	-2,87
	-				-		
	2,63;1,3	-13,57;-			7,10;0,6		-4,18;-
IC95%	4	6,30	-2,14;0,60	-3,80;-1,65	5	-2,12;0,46	1,54
p-valor	0,464	0,004	0,226	0,001	0,081	0,163	0,001

Legenda: % – Frequência relativa percentual. TCAP – Taxa de Crescimento Anual Percentual. IC95% – Intervalo com 95% de confiança. \* Dados não disponíveis no Datasus.

Fonte: Própria.

De acordo com Taxa de Crescimento Anual Percentual (TCAP) dos imunobiológicos da (tabela 3) nas regiões de saúde, todos os resultados significativos indicaram decréscimo nas coberturas vacinais. A região de Aracaju e Nossa Senhora do Socorro apresentaram decréscimo na cobertura dos imunos contra Pneumocócica e Poliomielite; as regiões de Estância e Lagarto apresentaram decréscimo na cobertura dos imunos contra rotavírus, meningocócica C, pneumocócica e poliomielite; as regiões de Itabaiana e Nossa Senhora da Glória apresentaram decréscimo na cobertura do imuno contra poliomielite; a região de Propriá apresentou decréscimo na cobertura dos imunos contra rotavírus, meningocócica C, pneumocócica, poliomielite além da pentavalente.

**Tabela 3.** Variação Percentual Anual dos imunobiológicos por região de saúde e metropolitana no estado de Sergipe, 2009 a 2018.

	<b>Imuno</b>						
	<b>BCG</b> %	<b>Hepatite B</b> %	<b>Rotavírus</b> %	<b>Mening. C</b> %	<b>Penta</b> %	<b>Pneumocócica</b> %	<b>Polio</b> %
<b>ARA</b>							
TCAP	1,42	-8,84	-0,95	-0,69	-4,57	-3,44	-3,40
p-valor	0,213	0,332	0,274	0,479	0,142	0,008	0,007
<b>EST</b>							
TCAP	0,29	-1,60	-1,15	-1,42	-2,14	-3,04	-2,43
p-valor	0,774	0,616	0,044	0,032	0,087	0,011	0,001
<b>ITB</b>							
TCAP	0,37	-2,23	-0,24	-0,64	-2,02	-1,94	-2,42
p-valor	0,418	0,241	0,792	0,641	0,412	0,178	0,016
<b>LGT</b>							
TCAP	-0,72	-0,79	-1,13	-1,47	-1,76	-2,55	-3,10
p-valor	0,344	0,784	0,016	0,023	0,227	0,005	0,001
<b>GLR</b>							
TCAP	-1,72	-6,51	0,15	-1,71	-1,47	-0,39	-1,82
p-valor	0,232	0,364	0,843	0,524	0,341	0,631	0,018
<b>NSS</b>							
TCAP	0,18	-6,95	0,24	0,38	-2,15	-2,05	-1,89
p-valor	0,927	0,410	0,787	0,711	0,355	<0,001	0,046
<b>PRP</b>							
TCAP	-1,37	-8,41	-1,36	-2,19	-3,56	-2,30	-2,89
p-valor	0,474	0,357	0,033	0,001	0,007	0,002	0,001

Legenda: TCAP – Taxa de Crescimento Anual Percentual. Regiões de Saúde (CIR): ARA – Aracaju, EST – Estância, ITB – Itabaiana, LGT – Lagarto, GLR – Nossa Senhora da Glória, NSS – Nossa Senhora do Socorro, PRP – Propriá.

Fonte: Própria.

## Discussão

O estudo permitiu identificar a queda na cobertura vacinal no estado de Sergipe que, nas regiões de saúde, não foi alcançado mostrou-se abaixo da meta estabelecida de 95,00% no período estudado. Assim, fica evidente a necessidade de iniciativas que venham a melhorar o desempenho a nível estadual na cobertura vacinal entre crianças os menores de um ano de idade.

Apesar da melhoria nas coberturas vacinais do Brasil, ao longo dos anos, e sua legitimação como referência para outros países, pelas campanhas de informação e disponibilização gratuita dos imunobiológicos nas unidades de saúde, resultados de Inquéritos de Cobertura Vacinal (ICV) têm revelado coberturas abaixo da meta do PNI para crianças menores de um ano, indicando a persistência de limitações quanto à legitimação da vacina como medida efetiva para proteger a população <sup>12</sup>.

Neste contexto a tendência temporal não apresentar significância estatística que remeta à uma queda anual na cobertura vacinal, os dados alertam para a necessidade de maior rigor no registro e mais estratégias e ações das informações relativas às coberturas vacinais nas regiões de saúde estaduais, já que tal registro para alguns imunobiológicos só se apresentam a partir de 2014, como no caso da hepatite B.

Sendo assim a efetividade dos programas de imunização, as metas e diretrizes devem estar condicionadas as características da população-alvo, ao monitoramento da cobertura vacinal, a equidade no acesso dos usuários às vacinas, bem como à administração segura e a qualidade das vacinas<sup>1</sup>.

As ações de vacinação constituem estratégia de maior impacto na morbimortalidade infantil, uma vez que com o surgimento dos programas de vacinação, a partir da década de 70, houve uma experiência exitosa no controle e erradicação de várias doenças de grande importância para a humanidade <sup>13</sup>, sendo uma das intervenções de maior impacto na prevenção de doenças infecciosas e de melhor relação custo-benefício para os sistemas de saúde <sup>14</sup>.

Deve-se atentar também, que com a diminuição da cobertura vacinal nas crianças menores de um ano o aumento das chances de doenças já erradicadas retorne, como por exemplo, a paralisia infantil, poliomielite, coqueluche. As campanhas de vacinação devem ser

desenvolvidas e direcionadas a cada público-alvo sendo assim, protegendo toda a população para contra a doença.

Apesar da redução de casos pelas doenças imunopreveníveis, movimentos antivacinação são cada vez mais frequentes. Esses movimentos utilizam estratégias como distorção e na divulgação de informações falsas alegando assim uma base científica, questionam sobre eficácia e segurança de diversas vacinas. Na qual exemplo divulgado recentemente na mídia a ocorrência de casos de paralisia temporária após a imunização <sup>7</sup>.

Nesse contexto, o grande desafio das políticas públicas de saúde é encontrar meios de a população aderir aos programas de vacinação, por meio da busca de faltosos, controle de vacinação por faixa etária, informações, além de ações específicas, como o Dia Nacional de Campanha de Vacinação e as práticas diárias de vacinação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), creches e escolas <sup>2, 14</sup>.

Estudos nacionais e internacionais procuram identificar as barreiras que levam a incompletude vacinal nas crianças e uma série de fatores foram enumerados, tais como falta de informação dos pais, raça, sexo masculino, situação econômica, crenças limitantes, religião, baixa escolaridade, maior número de filhos, trabalho fora de casa, residência recente na área da unidade, entre outros <sup>7, 15</sup>.

## **Conclusão**

Os achados da presente investigação trazem importantes informações em relação à cobertura vacinal de rotina em crianças menores de um ano e as atividades de vacinação para os serviços de saúde. Os resultados mostraram índices de cobertura vacinal abaixo do preconizado para todas as vacinas os dados obtidos no estudo de cobertura vacinal demonstram que é baixa a proporção de crianças vacinadas, ao se considerarem as metas preconizadas pelo PNI, na faixa etária de maior risco para as doenças imunopreveníveis.

Essa problemática induz a uma reformulação nos programas, a fim de identificar os fatores que geram a baixa cobertura, como taxa de abandono, problemas estruturais, formação profissional, bem como na criação de estratégias que direcionem as intervenções e compreensão das demandas regionais.

## Referências

1. Nunes DM, Menezes FC de, Igansi CN, Araújo WN de, Segatto TCV, Costa KCC, Wada, MY. Inquérito da cobertura vacinal de tríplice bacteriana e tríplice viral e fatores associados à não vacinação em Santa Maria, Distrito Federal, Brasil, 2012. Rev Pan-Amazônica Saúde. 2018 Disponível: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2176-62232018000100009&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232018000100009&lng=pt&nrm=iso);
2. Martins KM, Lene W, Morales C, Sena C. A Importância da Imunização: Revisão Integrativa. Rev Iniciação Científica e Extensão [Internet]. 2019;2(2):28–33. Available from: <https://revistasfasesenaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/153/108>
3. Queiroz LLC, Monteiro SG, Mochel EG, Veras MA de SM, Sousa FGM de, Bezerra ML de M, Chein, MBC. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. Cad Saude Publica. 2013. Disponível: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2176-62232018000100009&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232018000100009&lng=pt&nrm=iso) ;
4. Yokokura AVCP, Silva AAM da, Bernardes ACF, Lamy Filho F, Alves MTSS de B, Cabra NAL, Alves, RFLB. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. Cad Saude Publica. 2013. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000300010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000300010&script=sci_abstract&tlng=pt);
5. Da Cunha JO, De Oliveira IMB, Dos Santos AD, Nascimento Cunha MW do, Santos F de J, Santos JM de J. Avaliação da padronização dos procedimentos nas salas públicas de vacinas do município de Itabaiana, Sergipe, Brasil. Rev Bras Pesqui em Saúde/Brazilian J Heal Res. 2018. Disponível: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/20610>;
6. Rodewald LE. Vacinação - Vacinação Infantil. In: Enciclopedia Sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [Internet]. 2014. Available from: <http://www.encyclopedia-crianca.com/vacinacao/segundo-especialistas>
7. Silva F de S, Barbosa YC, Batalha MA, Ribeiro MRC, Simões VMF, Branco M dos RFC, Thomaz, EBAF, Queiroz, RCS, Araújo, WRM, Silva, AAM. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. Cad Saude Publica. 2018. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2018000305012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000305012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt);
8. Silva Junior JB da. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma conquista da Saúde Pública brasileira. Epidemiol e Serviços Saúde. 2013. Disponível em : [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_30\\_anos\\_pni.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf);
9. Braz RM, Domingues CMAS, Teixeira AM da S, Luna EJ de A, Braz RM, Domingues

- CMAS, Teixeira, MAS, Luna, EJA. Classificação de risco de transmissão de doenças imunopreveníveis a partir de indicadores de coberturas vacinais nos municípios brasileiros. *Epidemiol e Serviços Saúde*. 2016. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000400745&script=sci\\_abstract&tlng=pt;](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000400745&script=sci_abstract&tlng=pt;)
11. (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coberturas Vacinais no Brasil: Período 2010-2014 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Available from: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/AACOBERTURAS-VACINAIS-NO-BRASIL---2010-2014.pdf>
  12. Lages AS, França EB, Freitas MI de F. Profissionais de saúde no processo de vacinação contra hepatite B em duas unidades básicas de Belo Horizonte: uma avaliação qualitativa. *Rev Bras Epidemiol*. 2013. Disponível em : [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000200364&script=sci\\_abstract&tlng=pt;](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2013000200364&script=sci_abstract&tlng=pt;)
  13. (OMS). Organização Mundial da Saúde. Topics in health. Immunization: national programs and systems [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 25]. Available from: [https://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/en/](https://www.who.int/immunization/programmes_systems/en/).
  14. Ferreira VL de R, Waldman EA, Rodrigues LC, Martineli E, Costa ÂA, Inenami M, Sato, APS. Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização. *Cad Saude Publica*. 2018. [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2018000905002&lng=pt&nrm=iso;](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000905002&lng=pt&nrm=iso;)
  15. Mizuta AH, Succi G de M, Montalli VAM, Succi RC de M. Percepções Acerca da Importância das Vacinas e da Recusa Vacinal Numa Escola de Medicina. *Rev Paul Pediatr*. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822018005009103&script=sci\\_abstract&tlng=pt;](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822018005009103&script=sci_abstract&tlng=pt;)

## **Anexo**

### **INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

### **Orientações para organização de números temáticos**

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

**Observação:** O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

### Apresentação de manuscritos

#### Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).
5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).
6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os

dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

## Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”<sup>11</sup> ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

### Livros e outras monografias

#### 6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

#### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*.

Petrópolis: Vozes; 2004.

#### Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

#### 8. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

#### 9. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

#### 10. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

#### 11. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*

[tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### Outros trabalhos publicados

#### 12. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 13. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 14. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.