

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MAFRA

Indicadores Municipais de Saúde
III Informe Municipal de Vigilância
em Saúde

Mafra, 2017

INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2006).

Neste contexto a Vigilância Epidemiológica preocupa-se com a descrição das condições de saúde da população, da investigação dos fatores determinantes de doenças, da avaliação do impacto das ações com o intuito de alterar a situação de saúde até a avaliação da utilização dos serviços de saúde, incluindo custos de assistência. Como subsídio a Vigilância Epidemiológica utiliza indicadores que servem como instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações de saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados.

O indicador é importante para nos conduzir ao resultado final das ações propostas em um planejamento estratégico.

A Vigilância Epidemiológica do Município de Mafra vem emitindo desde o ano de 2013, boletins anuais que permitem um diagnóstico municipal breve das condições de morbimortalidade. Esta é a primeira edição do informe que busca identificar áreas de risco e evidenciar tendências. Além destes aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando assim o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas.

Vigilância Epidemiológica Municipal

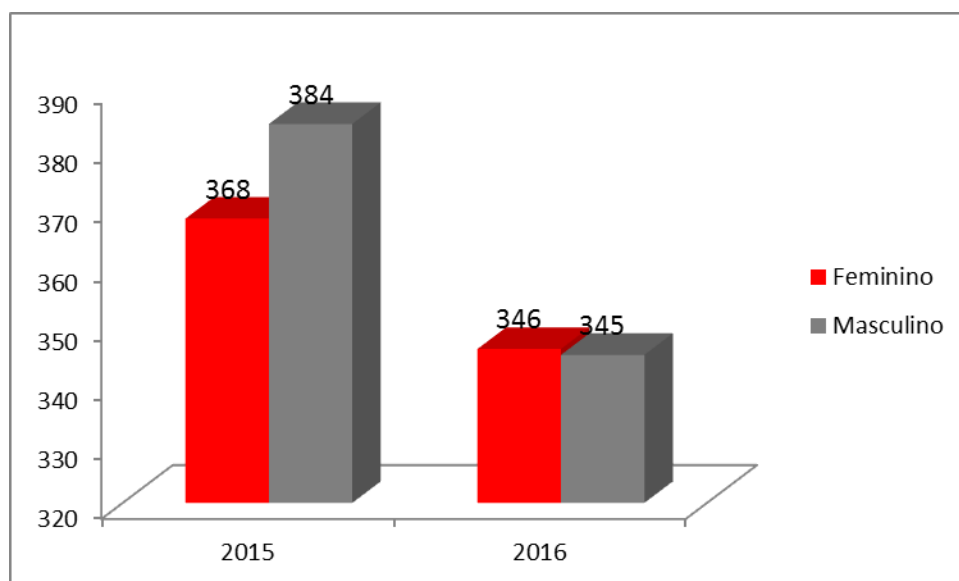
INDICADORES DE SAÚDE

1. Características de natalidade e mortalidade

No ano de 2016 o número de nascidos vivos residentes no município foi menor que no ano anterior (2015), passando de 752 nascimentos para 691. Em 2015 nasceram mais homens do que mulheres. Já no ano de 2016, os nascimentos em relação ao sexo foram similares. A redução na taxa de fecundidade é um fenômeno observado em todo o mundo. Em 1960, a taxa de fecundidade no Brasil foi de 6,3 filhos por mulher. Desde então, a redução ocorreu de forma gradativa: 1970 (5,8), 1980 (4,4), 1991 (2,9), 2000 (2,3) e, em 2006, com 02 filhos por mulher. De acordo dados do IBGE, no Brasil a taxa de fecundidade tem diminuindo, sendo em 2015 de 1,7 filhos/mulher, o que se aproxima as taxas de países desenvolvidos.

Em relação à taxa de natalidade que indica a número de nascimentos por mil habitantes no período de um ano, foi de 14,16 nascimentos. A taxa de natalidade em Mafra para o ano de 2016 foi de 12,8 nascimentos para cada 1.000hab. (Tabela 1).

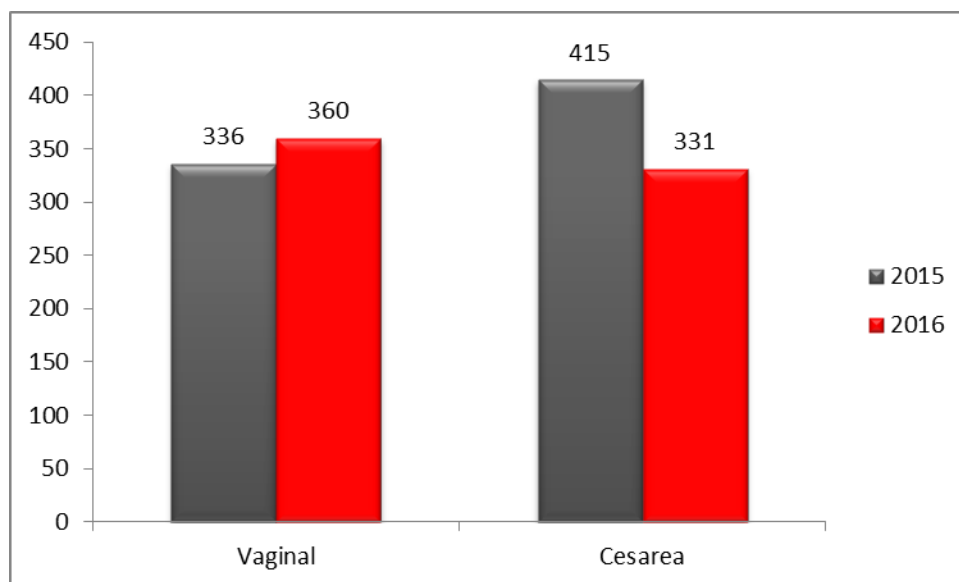
Gráfico 1. Número de Nascidos Vivos do município de Mafra 2015 e 2016.



Em relação aos tipos de parto ocorridos, no ano de 2015 predominaram os partos cesáreos em relação aos normais. A relação foi de 336 vaginais para 415 cesáreas. No ano de 2016 observa-se uma inversão passando de 360 vaginais para 331 cesareas (Tabela 2). A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para o Brasil como o líder em cesáreas e alerta que o aumento da prática se transformou em uma "epidemia".

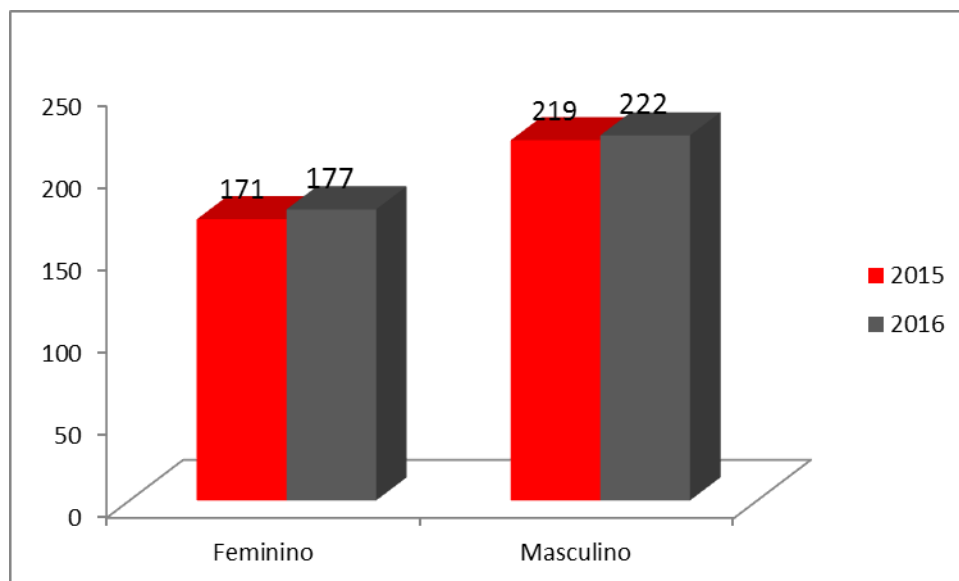
A comunidade internacional de saúde considera desde 1985 que a taxa ideal de cesáreas deve ficar entre 10% e 15% de todos os partos realizados. Apesar da redução observada no município de Mafra, ainda estamos longe do percentual ideal de partos normais. Os percentuais de partos cesáreos em Mafra corresponderam a 47,9% de todos os partos.

Gráfico 2. Tipos de parto ocorridos no do município de Mafra nos anos de 2015 e 2016.



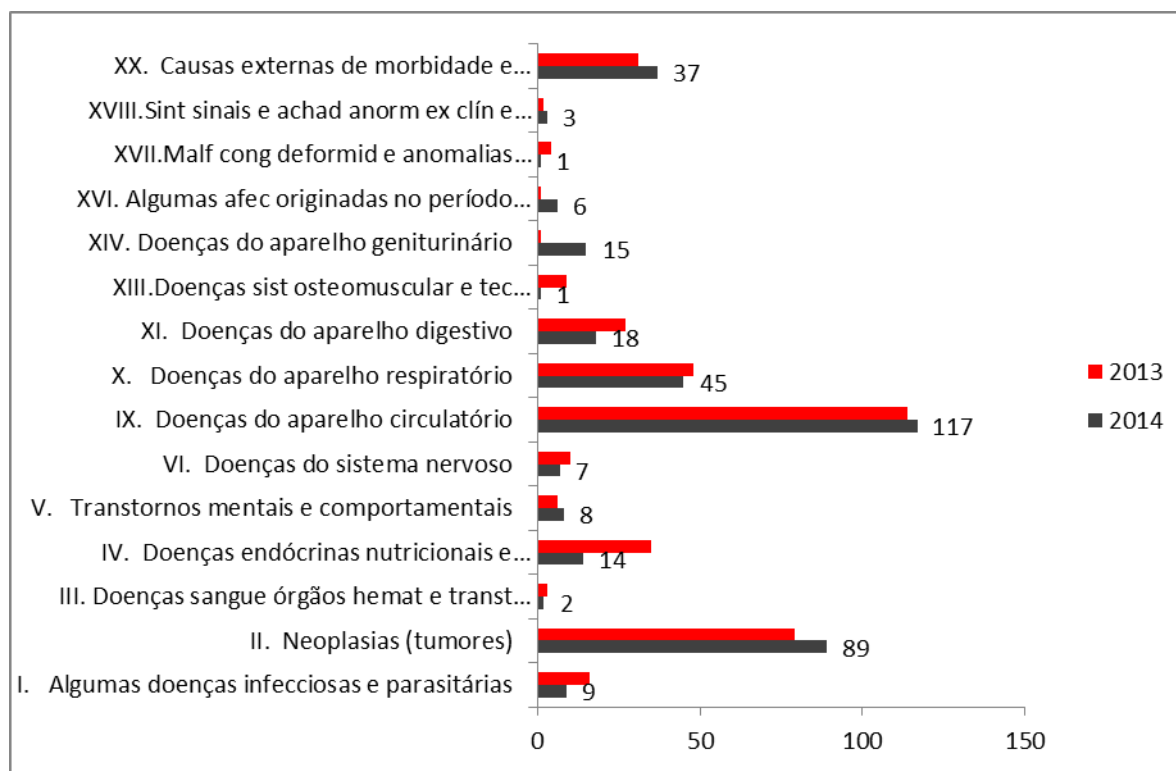
No que se refere à mortalidade, o número absoluto de óbitos dos anos de 2015 e 2016 foram respectivamente de 390 e 399 casos (Tabela 3). Sendo superior no sexo masculino em ambos os anos. A Taxa Bruta de Mortalidade por mil habitantes no Brasil no ano de 2015 foi de 6,08 óbitos/1000hab. No município de Mafra, no ano de 2016, esta taxa foi superior correspondendo a 7,17 óbitos/1000hab.

Gráfico 3. Número absoluto de óbitos por sexo, Mafra, 2015 e 2016.



As principais causas de mortalidade no município de Mafra nos anos de 2014 (último ano de publicação dos dados na base federal) foram as doenças do aparelho circulatório, seguida das neoplasias, doenças do aparelho respiratório e causas externas (Tabela 4).

Tabela 4- Causa de Mortalidade no município de Mafra de 2013 e 2014



Fonte: SIM/Datasus

As estatísticas se assemelham ao panorama mundial em que apenas três doenças, o infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) determinaram a maioria das mortes no mundo em 2013, representando 32% do total (Lancet, 2014). No Brasil as três principais causas são doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas.

Outro dado fundamental na determinação da qualidade de vida populacional são as taxas de mortalidade infantil. Esta taxa é obtida por meio do número de crianças de um determinado local (cidade, região, país, continente) que morrem antes de completar um (01) ano, a cada mil nascidas vivas. Para municípios com menos de 80.000 habitantes, avalia-se a mortalidade infantil a partir de números absolutos. No Brasil no ano de 2015 a taxa foi de 13,8 óbitos, no município de Mafra este valor foi de 4 óbitos. O valor do município alcança as taxas de países desenvolvidos como França e Alemanha (4 mortes por 1 000 nascidos vivos) (OMS, 2012). Além das taxas de mortalidade infantil (0 a 1 ano), o município analisou os óbitos fetais e maiores de um (01) ano ocorridos no território, a fim de avaliar a qualidade do acesso e prestação dos serviços de saúde. No ano de 2016 os óbitos fetais foram seis e os óbitos de crianças maiores de 1 ano igual a 4. Destes últimos óbitos (crianças >1 ano), três deles corresponderam a crianças com mal formações genéticas

Gráfico 5. Número absoluto de óbitos fetais e infantis no município de Mafra/SC de 2013, 2014 e 2015.

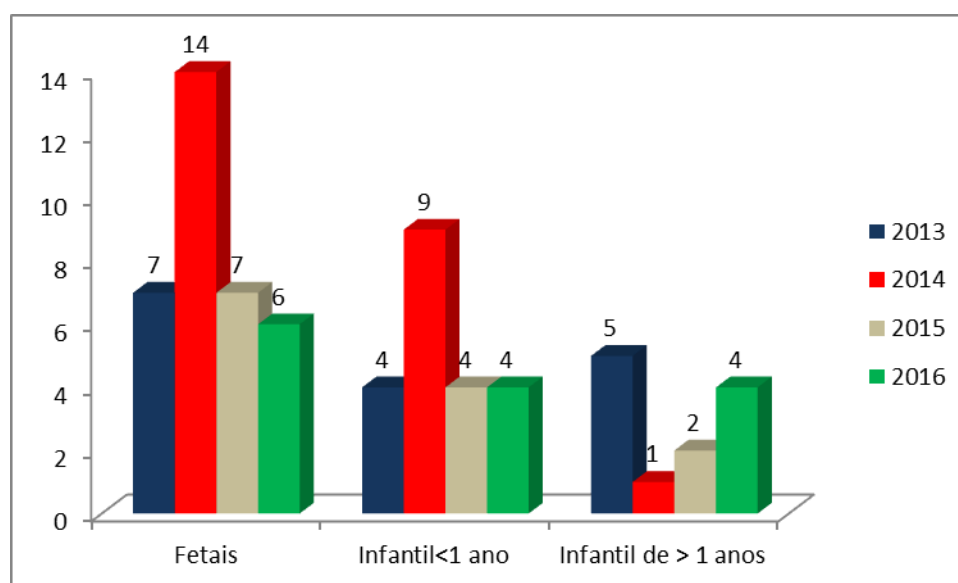
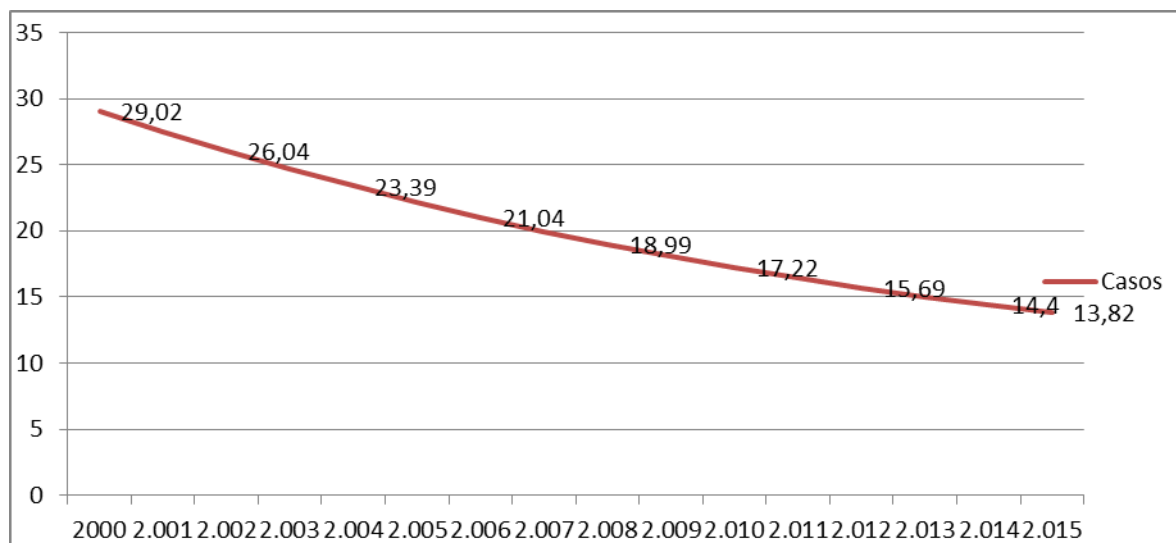


Gráfico 6- Taxa de mortalidade infantil por regiões Brasileiras, 2000 e 2010.



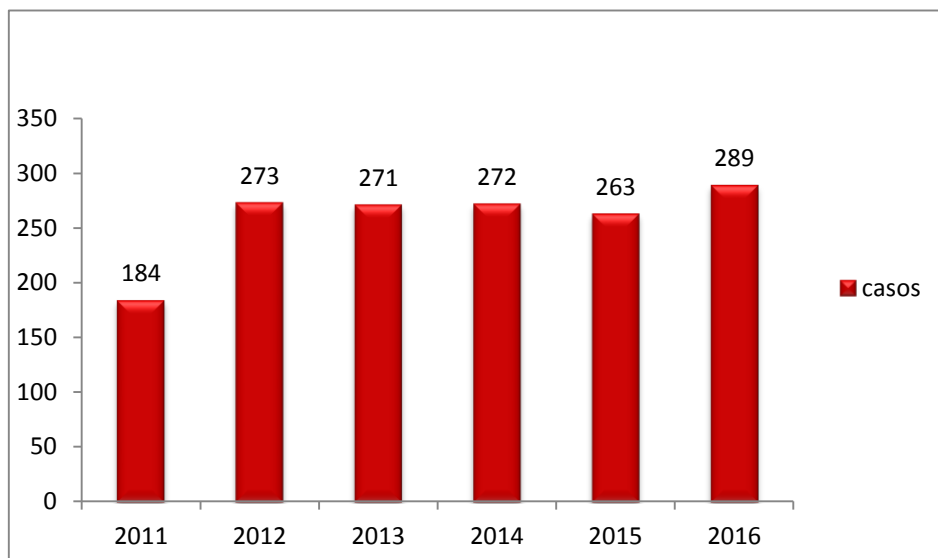
Fonte: DataSus/IBGE

2. Características dos casos de agravos notificáveis em Mafra.

Os principais animais peçonhentos que causam acidentes no Brasil são algumas espécies de serpentes, de escorpiões, de aranhas, de lepidópteros (mariposas e suas larvas), de himenópteros (abelhas, formigas e vespas), de coleópteros (besouros), de quilópodes (lacraias), de peixes, de cnidários (águas-vivas e caravelas), entre outros.

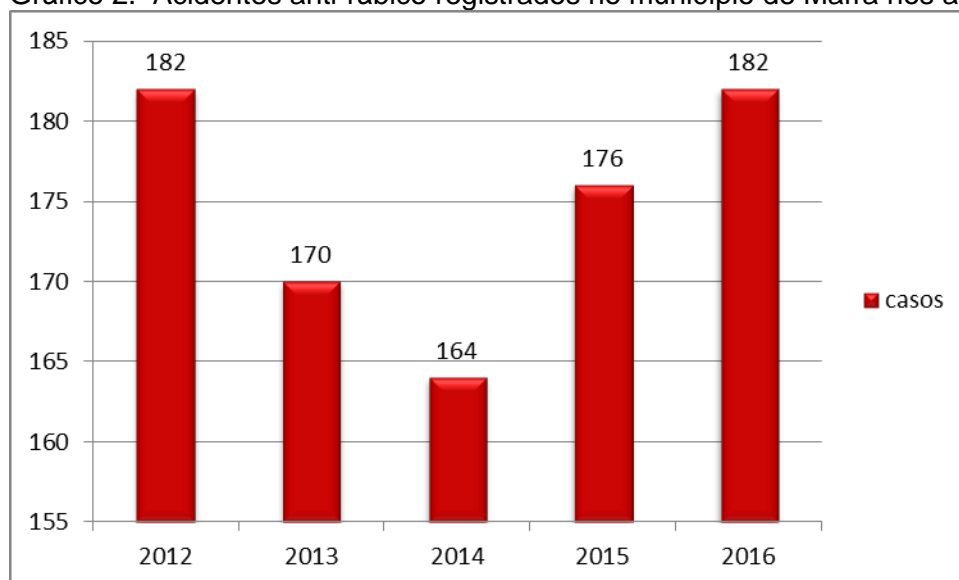
No município de Mafra/SC, os acidentes com animais peçonhentos esta entre os principais agravos notificados. No ano de 2016 foram registrados 289 acidentes, sendo 90% por aranhas com alta prevalência da espécie *Loxoceles* (aranha marrom), seguido das serpentes. Acidentes causados por aranhas são comuns, porém a maioria não apresenta repercussão clínica. Os gêneros de importância em saúde pública no Brasil são: *Loxosceles* (aranha-marrom), *Phoneutria* (aranha armadeira ou macaca) e *Latrodectus* (viúva-negra). Entre essas, a maior causadora de acidentes é a *Loxosceles*.

Gráfico 1. Casos confirmados de acidentes por animais peçonhentos nos anos de 2011 a 2016.



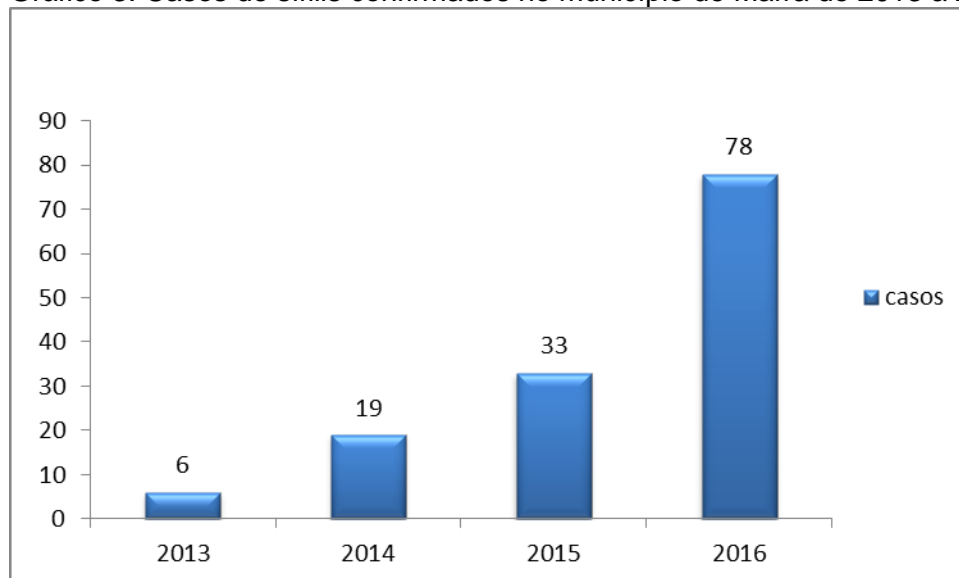
Os acidentes anti-rábicos são de importância epidemiológica pela possível transmissão da Raiva. Da-se pela penetração do vírus contido na saliva do animal infectado, principalmente pela mordedura e, mais raramente, pela arranhadura e lambedura de mucosas. O vírus penetra no organismo, multiplica-se no ponto de inoculação, atinge o sistema nervoso periférico e, posteriormente, o sistema nervoso central. Em 2015 e 2016 foram registrados 176 e 182 casos respectivamente.

Gráfico 2. Acidentes anti-rábico registrados no município de Mafra nos anos de 2012 a 2016.



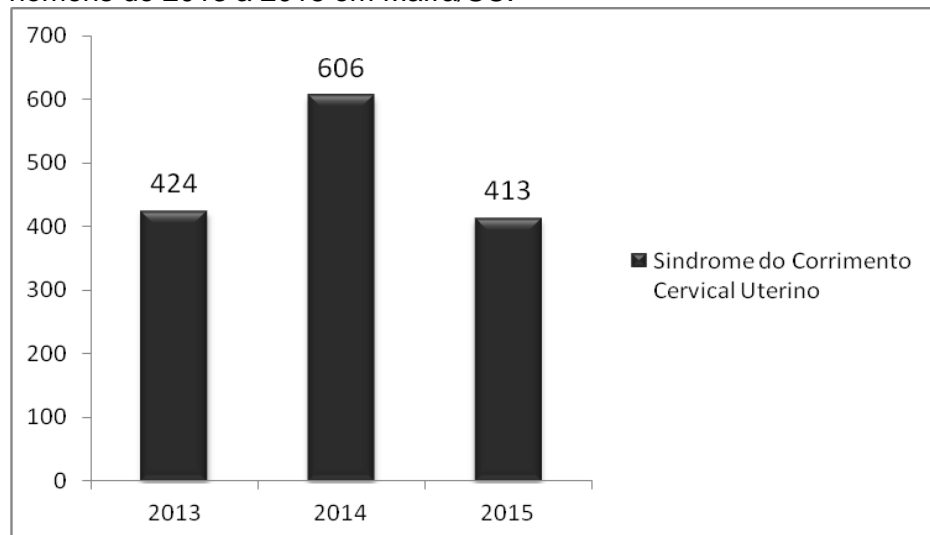
O monitoramento da raiva animal é realizado através da análise do cérebro de animais (cães e gatos) mortos sem causa definida. Este material é encaminhado para análise pela CIDASC/SC.

Gráfico 3. Casos de sífilis confirmados no município de Mafra de 2013 a 2016.



Os casos de sífilis registrados no município acompanham a mesma tendência de aumento do Brasil. O número de casos passou de 06 em 2013 para 78 em 2016. Dados do Ministério da Saúde revelam números preocupantes. Em 2010, foram notificados 1.249 casos de sífilis adquirida, a que se pega através da relação sexual sem camisinha. Em 2015, apenas cinco anos depois, esses números saltaram para 65.878, um aumento de mais de 5.000%.

Gráfico 4- Casos notificados de síndrome do corrimento cervical uterino em mulheres e uretral em homens de 2013 a 2015 em Mafra/SC.

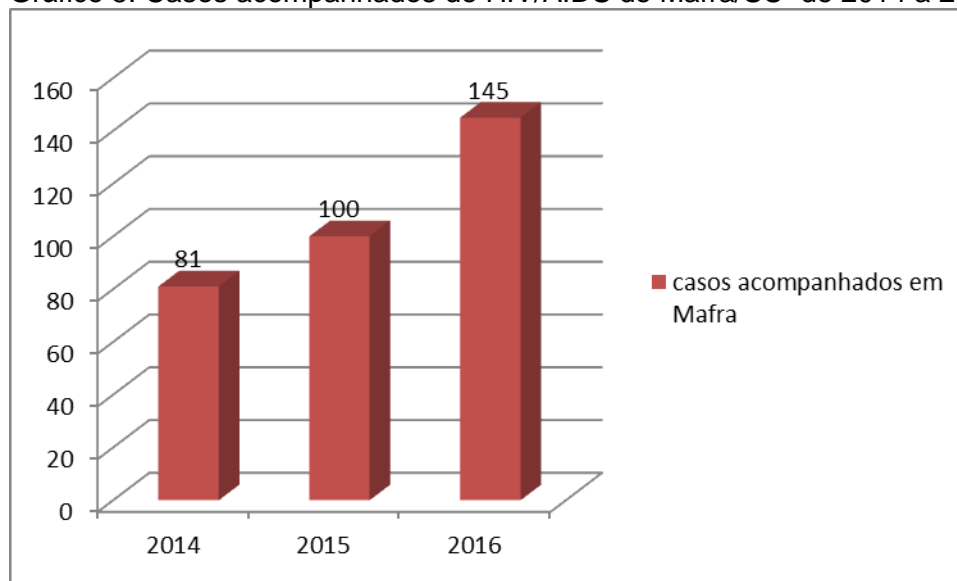


*O ano de 2015 se refere aos meses de janeiro a setembro de 2015

As Síndrome do Corrimento Cervical uterino em mulheres e uretral em homens estão associadas a microorganismos tais como Gardnerella, tricomoníase e candidíase. A média foi de 481 casos de 2013 a 2015.

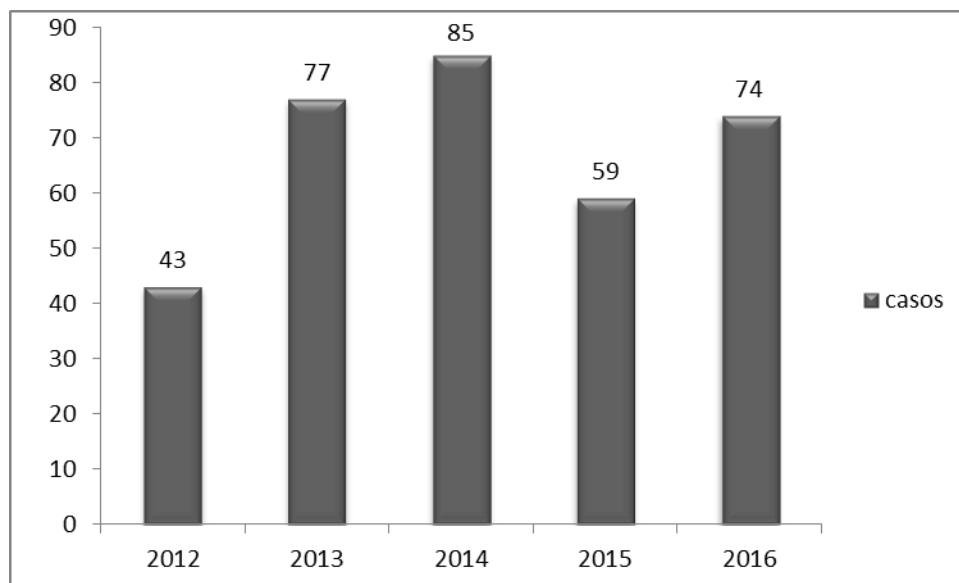
Já os casos confirmados de HIV/AIDS aumentaram em 23% em 1 ano. Em grande medida relacionada a detecção precoce pelos testes rápidos disponíveis em 100% das Estratégias de Saúde da Família.

Gráfico 5. Casos acompanhados de HIV/AIDS de Mafra/SC de 2014 a 2016.



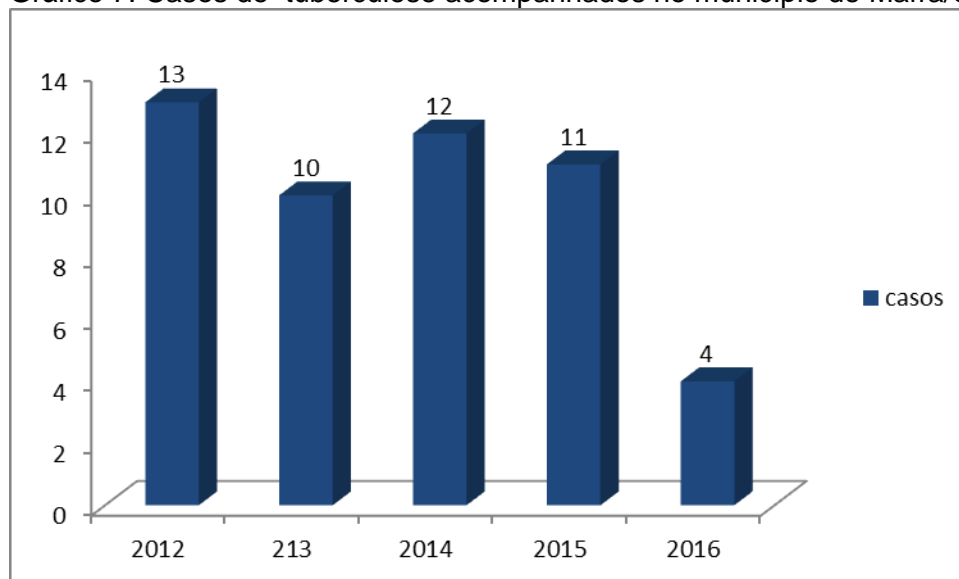
As violências interpessoal e autoprovocada que incluem os casos confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT. Em 2016 foram registrados 74 casos. Cita-se uma ampliação evidenciada das tentativas de suicídio.

Gráfico 6. Casos confirmados de violência interpessoal e autoprovocada no município de Mafra/SC nos anos de 2012 a 2016.



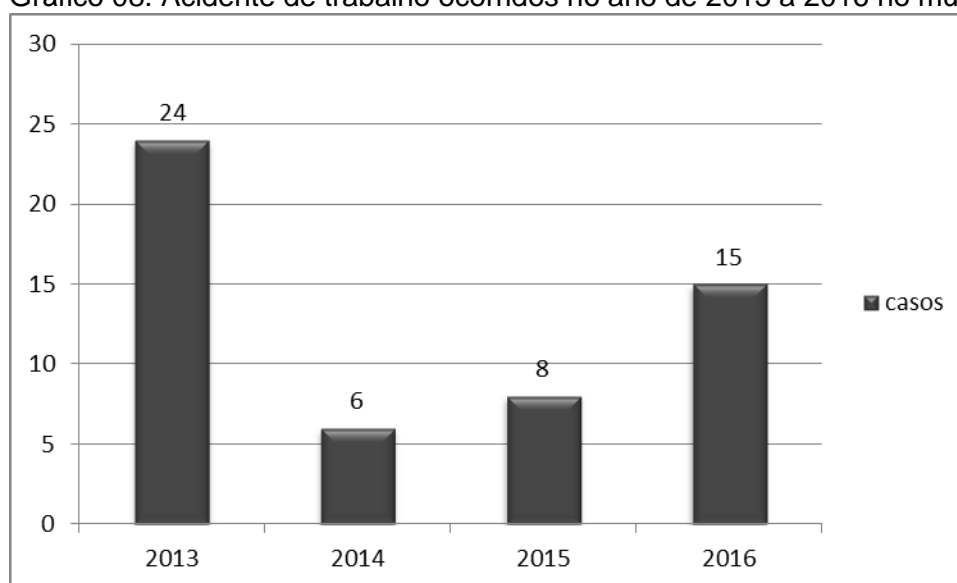
Sobre os casos de tuberculose nos últimos 10 anos, a incidência de casos de tuberculose no Brasil reduziu 20,2%, passando de 38,7 casos/100 mil habitantes em 2006 para 30,9 casos/100 mil habitantes em 2015. Já a taxa de mortalidade passou de 2,2 óbitos para cada 100 mil habitantes, em 2014, contra 2,6 registrados em 2004. Em Mafra também se observa redução em mais de 50% no número de casos de 2015 para 2016. Cabe apontar que a detecção de sintomáticos respiratórios foi ampliada, alcançando 300 avaliações em 2016 (Solicitação de exame de baciloscopia de escarro –BAAR).

Gráfico 7. Casos de tuberculose acompanhados no município de Mafra/SC de 2012 a 2016.



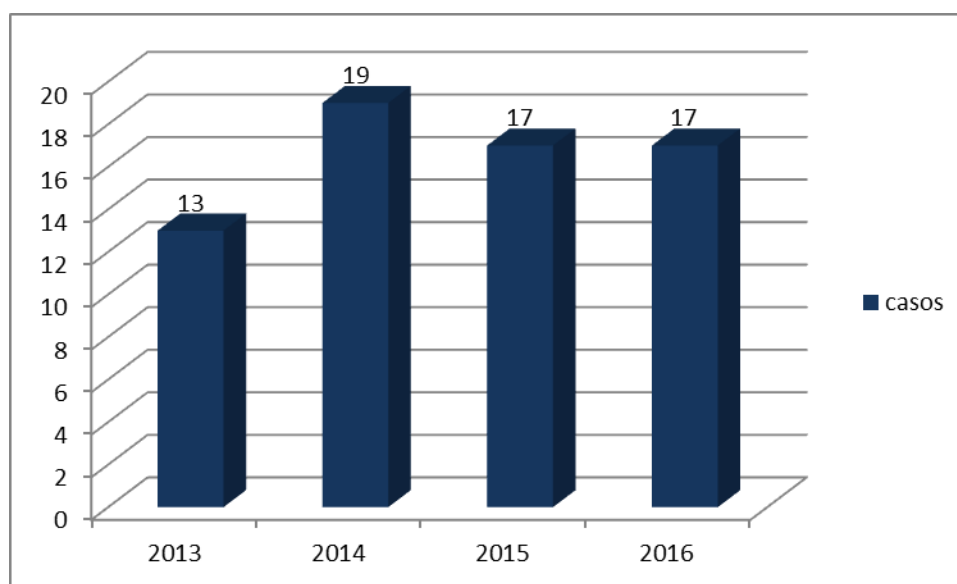
Quanto aos acidentes de trabalho são notificados aqueles que ocorram no exercício da atividade laboral, ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa (acidentes de trajeto), podendo o trabalhador estar inserido tanto no mercado formal quanto no informal de trabalho. São considerados Acidentes de Trabalho Graves aqueles que resultam em morte, aqueles que resultam em mutilações e aqueles que acontecem com menores de dezoito anos. Foram notificados 14 acidentes graves de trabalho no ano de 2014, no entanto, acredita-se existir uma importante subnotificação deste agravo.

Gráfico 08. Acidente de trabalho ocorridos no ano de 2013 a 2016 no município de Mafra/SC.



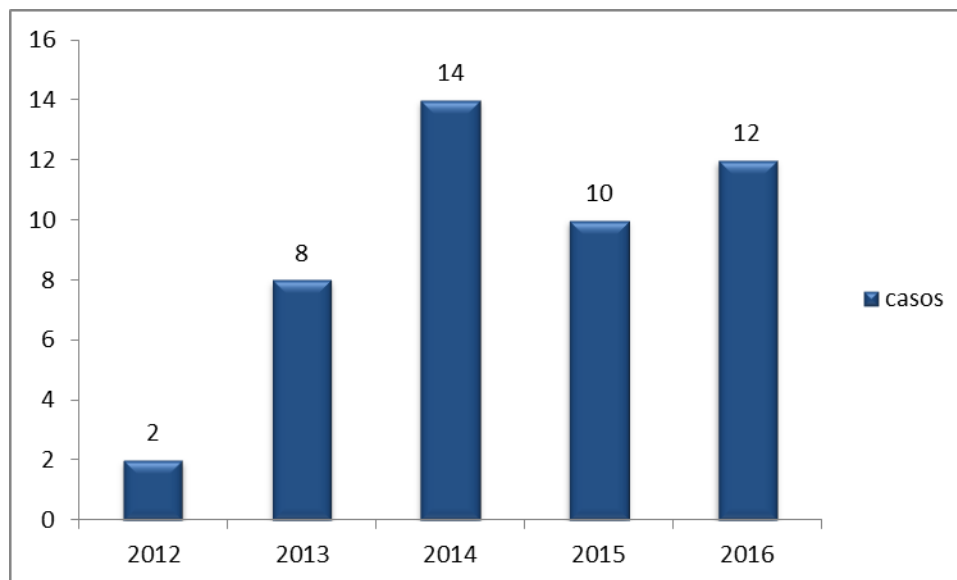
Quanto aos acientes com material biológico, a media foi de 16 casos anuais.

Gráfico 09. Acidente com material biológico no município de Mafra/SC de 2013 a 2016.



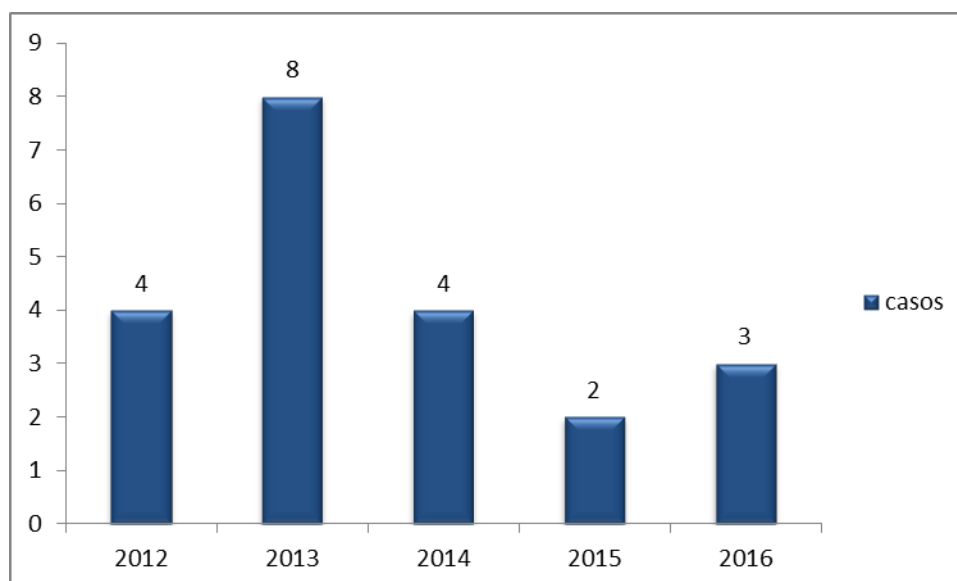
Em relação aos casos de hepatites virais, houve um crescente número de registro entre os anos de 2012 e 2016. Neste último ano foram notificados 12 casos.

Gráfico 10. Hepatites no município de Mafra/SC de 2012 a 2016.



As meningites são provocada por vírus, bactérias ou fungos. As meningites bacterianas assumem grande importancia para a saúde pública pela gravidade na evolução dos casos clínicos. No ano de 2016 foram confirmados 3 casos de meningite, tendo todos os casos evoluidos para a cura.

Gráfico 11. Meningite no município de Mafra/SC de 2012 a 2016.



O Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) é definido como um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma Região de Saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na Região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população. O COAP é assinado por todos os Prefeitos e seus Secretários de Saúde, pelo Governador e seu Secretário de Saúde e pelo Ministro da Saúde. A avaliação da execução do COAP é realizada por meio do Relatório de Gestão, de cada ente signatário, devendo ser acompanhada pelos respectivos Conselhos de Saúde.

Os indicadores do COAP demonstram que entre o ano de 2010 e 2015 a cobertura de Estratégia Saúde da Família passou de 73,51% para 100% , esta cobertura foi acompanhada de um decréscimo na Internações por Condições sensíveis a Atenção Primária que passou de 23% para 21%, um importante indicador que reflete na resolutividade dos serviços básicos. Porém indicadores como a avaliação das condicionalidades das famílias que recebem Bolsa Família que deveria ser de 100% manteve-se próximo dos 62%. Da mesma forma o Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de pré natal passou de 88,63 para 84,59, valores que não acompanham a cobertura ampliada da ESF.

Houve aumento nos procedimento ambulatorial de médica e alta complexidade no período de análise. Para as internações Internações de média complexidade observa-se redução (5,31 em 2010 para 4,48 em 2015 para cada 100 habitantes) e as de alta complexidade aumentaram passando de 5,1 para 4,48 casos para cada 100 habitantes (Tabela 01).

Tabela 1. Indicadores do Contrato Organizativo de Ação Pública-COAP, Mafra 2010 a 2015

Variável	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cobertura de Atenção Básica	73,51	76,15	67,01	48,91	100	100
Internações por Condições sensíveis a Atenção Primária	23,07	23,02	19,44	20,39	19,02	21,11
Cobertura das condicionalidades do Bolsa Família	52,85	64,65	72,81	50,58	43,59	62,66
Procedimento ambulatorial de médica complexidade/100hab	0,45	0,43	0,48	0,55	0,84	0,77
Procedimento ambulatorial de alta complexidade/100hab	1,45	1,64	2,41	3,11	4,63	5,51
Internações de média complexidade/100 hab	5,31	5,60	5,60	4,52	4,56	4,48
Internações de alta complexidade/1000 hab	2,21	2,05	2,79	2,83	3,22	3,20
Razão de exame citopatológico de colo de útero	0,68	0,74	0,76	0,61	0,69	0,34
Razão de mamografia realizadas	0,10	0,13	0,13	0,17	0,24	0,15
Percentual de nascidos vivos com 7 ou mais consultas de	88,68	86,70	90,20	86,70	84,59	-

saude.mfa@gmail.com

Rua Mathias Piechinick, 55 Centro Mafra SC CEP 89.300-000

Fone (47) 3641-5200 Fax (47) 3641-5234

pré natal						
Nº de óbitos prematuros por DCNT	108	106	103	96	-	-
Percentual de vacinas com cobertura adequada	85,71	90	50	66,67	44,4	-

3. Medidas de Profilaxia: Imunização

3.1. Monitoramento Rápido Febre Amarela “ 18 de março de 2017”

O território de Mafra e região são considerados territórios de risco para a doença e portanto área de Recomendação para Vacinação (ACRV).

Com a ação do Monitoramento Rápido verificou-se a situação vacinal contra a febre amarela dos habitantes acima dos nove meses e abaixo de 60 anos de idade. Durante esta ação, os não imunizados receberam a vacina. Estiveram em campo aproximadamente 60 profissionais de saúde visitando 12 comunidades. Esta ação resultou em 1152 pessoas entrevistadas, sendo 568 das áreas rurais e 585 das áreas urbanas. Na área urbana 44% da população entrevistada estavam não vacinadas. Na área rural 28% dos entrevistados não estavam vacinados. Este dado permite concluir que do total da população entrevistada (n=1152), **36,7% das pessoas não estavam vacinadas**. A cobertura febre amarela estimada pelo monitoramento rápido em Mafra: 63,3 %.

3.2. Campanha contra o Vírus Infuenza 2017

A Campanha de Vacinação Contra a Influenza de 2017 teve como base populacional um total de 11026 pessoas dentro dos grupos prioritários. Dentro destes foram vacinados 10323 pessoas atingindo a cobertura de 93,62 %.

Tabela 1. Cobertura da Campanha Influenza por grupo etário.

Crianças de 6 m a 4 anos 11m 29 dias		
População	Doses	Cobertura
3.377	2.424	71,78
Trabalhador de Saúde		
População	Doses	Cobertura
1.024	954	93,16
Gestantes		
População	Doses	Cobertura
599	401	66,94
Puérperas		
População	Doses	Cobertura

saude.mfa@gmail.com

Rua Mathias Piechinick, 55 Centro Mafra SC CEP 89.300-000

Fone (47) 3641-5200 Fax (47) 3641-5234

98	57	58,16
Idosos 60 anos e mais		
População	Doses	Cobertura
5.928	5.799	97,82
Professores - Ensino Básico e Superior		
População	Doses	Cobertura
Não estimada	688	0,00

Salienta-se que foram também vacinados os seguintes grupos que não contam como cobertura vacinal:

- Grupos com comorbidades: 2662 doses aplicadas
- População privada de liberdade: 121 doses
- Funcionários do Sistema Prisional: 20 doses

3.3 Intensificação Estadual da Vacina Contra o *Papiloma Vírus Humano*

O objetivo da vacinação Contra o HPV é prevenir os cânceres de colo de útero, vulva, pênis, boca e orofaringe bem como as verrugas genitais em ambos os sexos. A vacina HPV está na rotina e é indicada para meninas de 9 a 14 anos de idade (14 anos 11 meses e 29 dias) e meninos de 11 a 14 anos de idade (14 anos 11 meses e 29 dias). A proposta aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) foi de intensificar as ações nas escolas durante o mês de junho. O município de Mafra realizou a intensificação nas escolas, mediante autorização dos pais e/ou responsáveis. Juntamente com a vacina contra a HPV foram realizadas a vacina Meningocócica C para adolescentes de 12 anos e 13 anos.

A intensificação teve a duração de quatro semanas períodos que as Equipes da Saúde da Família realizaram esta ação.

Desde o início deste ano foram realizadas 1404 doses da vacina Contra HPV em meninos e meninas destas doses aplicadas 741 doses foram aplicadas durante a intensificação.

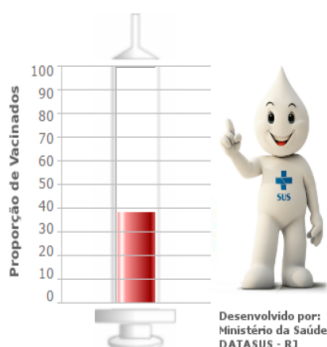
Desde o início deste ano foram realizadas 1102 doses da vacina Meningocócica C em meninos e meninas destas doses aplicadas 700 doses foram aplicadas durante a intensificação.

3.4 Multivacinação e atualização de esquemas vacinais para crianças e adolescentes “setembro – 2017”

A campanha aconteceu no período de 11 de setembro à 22 de setembro com o dia de mobilização dia 16 de setembro, teve o público alvo crianças e adolescentes menores

de 14 anos 11 meses 29 dias, objetivando atualizar a carteirinha de vacinação e dar sequência aos esquemas vacinais.

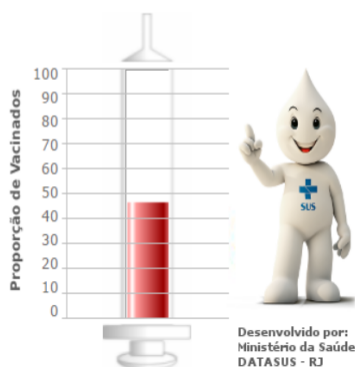
VACINÔMETRO
SANTA CATARINA - MR-SC - AMPLA - MAFRA - MAFRA



Crianças que compareceram	1.337
Crianças que receberam vacina	515
Doses Aplicadas	1.074
(%) Proporção de Vacinados	38,52
Faixa Etária	Todos
Imunobiológicos	Todos
Nível	MUNICIPAL
UF	42 - SANTA CATARINA
Macro Regional	50 - MR-SC
Regional	11 - AMPLA - MAFRA
Município	4210100 - MAFRA

No período de 11 de setembro à 22 de setembro compareceram nas unidades 1337 crianças de 0 a 9 anos, destes 515 receberam vacina, totalizando 1074 doses aplicadas. Proporção de vacinados: **38,52 %**

Campanha Nacional de Multivacinação Adolescente 2017
VACINÔMETRO
SANTA CATARINA - MR-SC - AMPLA - MAFRA - MAFRA



Adolescentes que compareceram	420
Adolescentes que receberam vacina	196
Doses Aplicadas	259
(%) Proporção de Vacinados	46,67
Faixa Etária	Todos
Imunobiológicos	Todos
Nível	MUNICIPAL
UF	42 - SANTA CATARINA
Macro Regional	50 - MR-SC
Regional	11 - AMPLA - MAFRA
Município	4210100 - MAFRA

No período de 11 de setembro à 22 de setembro compareceram nas unidades 420 adolescentes de 10 a menores de 14 anos de idade, destes 196 receberam vacina, totalizando 259 doses aplicadas. Proporção de vacinados: 46,67 %

Tiveram casos pontuais de atrasos vacinais discutidos com as unidades, contudo observou-se que neste período a maioria do público alvo que compareceu nas unidades foi para a aplicação das vacinas de rotina sem atraso.

Torna-se importante discutir e reforçar entre as unidades estratégias de busca ativa constante principalmente para os adolescentes que não comparecem periodicamente nas unidades .

3.5. Análise da Cobertura vacinal em menores de dois anos no período de janeiro a agosto de 2017, enfatizando os resultados do segundo quadrimestre.

Tabela 1- Cobertura vacinal das crianças de crianças menores de 1 ano e 3 meses no periodo(segundo quadrimestre) – maio a agosto de 2017 no município de mafra

		MAIO			JUNHO			JULHO			AGOSTO		
Imunobiológico	População	Doses - Mai	Cob - Mai	Cob Acumulada - Mai	Doses - Jun	Cob - Jun	Cob Acumulada - Jun	Doses - Jul	Cob - Jul	Cob Acumulada - Jul	Doses - Ago	Cob - Ago	Cob Acumulada - Ago
BCG	798	57	85,71	92,93	66	99,25	93,98	61	91,73	93,66	85	127,82	97,93
Hepatite B(<1 ano)	798	69	103,76	86,92	23	34,59	78,2	59	88,72	79,7	75	112,78	83,83
Pentavalente (< 1 ano)	798	69	103,76	86,92	23	34,59	78,2	59	88,72	79,7	75	112,78	83,83
Poliomielite(< 1 ano)	798	67	100,75	86,92	34	51,13	80,95	62	93,23	82,71	73	109,77	86,09
Pneumocócica(<1 ano)	798	66	99,25	86,92	66	99,25	88,97	62	93,23	89,58	59	88,72	89,47
Rotavírus Humano	798	65	97,74	83,01	61	91,73	84,46	62	93,23	85,71	17	25,56	78,2
Mening. Conj.C(< 1 ano)	798	52	78,2	82,41	63	94,74	84,46	72	108,27	87,86	52	78,2	86,65
FA(< 1 ano)	798	46	69,17	86,62	41	61,65	82,46	46	69,17	80,56	56	84,21	81,02
Tríplice Viral - D1	798	68	102,26	95,34	61	91,73	94,74	64	96,24	94,95	46	69,17	91,73
Tríplice Viral - D2	798	82	123,31	93,83	50	75,19	90,73	63	94,74	91,3	64	96,24	91,92
Hepatite A	798	80	120,3	92,63	54	81,2	90,73	61	91,73	90,87	62	93,23	91,17
Tetra Viral	798	81	121,8	93,23	50	75,19	90,23	63	94,74	90,87	64	96,24	91,54

FONTE: SIPNI WEB

saude.mfa@gmail.com
Rua Mathias Piechinick, 55 Centro Mafra SC CEP 89.300-000
Fone (47) 3641-5200 Fax (47) 3641-5234

Tabela 2. Análise da coberturas vacinais acumuladas em menores de 1 ano e 3 meses do primeiro e do segundo quadrimestre do ano de 2017

	PRIMEIRO QUADRIMESTRE	SEGUNDO QUADRIMESTRE
Imunobiológico	Cob Acumulada - Janeiro a Abril	Cob Acumulada - Janeiro a Agosto
BCG	94,74	97,93
Hepatite B(<1 ano)	82,71	83,83
Pentavalente (< 1 ano)	82,71	83,83
Poliomielite(< 1 ano)	83,46	86,09
Pneumocócica(1 ano)	100	89,47
Rotavírus Humano	79,32	78,2
Mening. Conj.C(< 1 ano)	83,46	86,65
FA(< 1 ano)	90,98	81,02
Tríplice Viral - D1	93,61	91,73
Tríplice Viral - D2	86,47	91,92
Hepatite A	85,71	91,17
Tetra Viral	86,09	91,54

FONTE: SIPNI WEB

Para melhor análise os imunobiológicos foram separados segundo a aplicação conforme o Calendario Nacional de Vacinação para facilitar a avaliação das coberturas. Orienta-se para isto que: A vacina da BCG e a Hepatite B se aplica ao nascer dose única, as vacinas pentavalente e poliomielite contam como cobertura a terceira dose aos 6 meses, as vacinas da pneumococcica e rotavirus contam como cobertura a aplicação da segunda dose aos 4 meses , a meningocócica C a aplicação da segunda dose aos 5 meses, febre amarela dose única aos 9 meses, tríplice viral dose única aos 12 meses, hepatite A e tetra viral são aplicadas aos 15 meses dose única.

Realizando o estudo dos dados de coberturas vacinais em menores de um ano e 3 meses observa-se a disparidade dos dados tendo em vista o Calendário vacinal das vacinas Pneumocócica e Rotavirus nos dois quadrimestre.



Salienta-se que o Programa Nacional de Imunização teve um desabastecimento da vacina contra Rotavirus causando assim a diminuição da cobertura vacinal durante os meses avaliados.

Outra vacina que neste período sofreu diminuição de sua distribuição foi a Pentavalente, o município trabalhou com o estoque mínimo nas unidades e também com o remanejamento desta vacina depara suprir a demanda. Esta ação demonstrou que independente desta falta a cobertura se manteve constante contudo não acompanhou a cobertura da vacina contra a Poliomielite.

As coberturas dos imunobiológicos Febre Amarela e Triplice Viral tiveram uma queda no segundo quadrimestre. Fenômeno que vem se acompanhando desde do estudo das coberturas vacinais do ano de 2015. Segundo as notificações realizadas pelas unidades de saúde observa-se como uma crescente os casos de Caxumba no município, atingindo escolares. Este quadro nos preocupa pela formação de bolsões susceptíveis para estas doenças.

Conclusão

Em síntese todas as coberturas estão aquém das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização.

Reforça-se ações para aumentar estas coberturas no município. A Vigilância Epidemiológica vem realizando em junto com as Equipes das Unidades de Saúde visitas das salas de vacinas a fim de estabelecer diagnóstico situacional em conjunto com a equipe para ações que visem uma **“vacinação segura e de qualidade e o aumento da cobertura vacinal”**.

Foi estabelecido um roteiro para analisar onde estão sendo abordadas questões de estrutura física, rotina de trabalho, conhecimento sobre a atividade desempenhada, registro das doses no sistema informatizado e busca ativa dos faltosos envolvendo toda a equipe. Esta ação iniciou em agosto sendo um



processo de trabalho ainda recente tendo ainda algumas unidades que faltam a revisita e visita.

A Vigilância Epidemiológica através dos dados do SINASC emite para as unidades um boletim com o nome dos nascidos vivos por localidades, instrumento este que facilita o conhecimento da unidade de saúde quanto o nascimentos dos bebês propiciando a busca dos faltosos.

Salientamos que o aumento das Cobertura se dará através do empenho de todos, divulgação nos meios de comunicação, visitas domiciliares, busca ativa; através de uma vigilância constante evitando assim que a população adoça por doenças imunopreveníveis.