

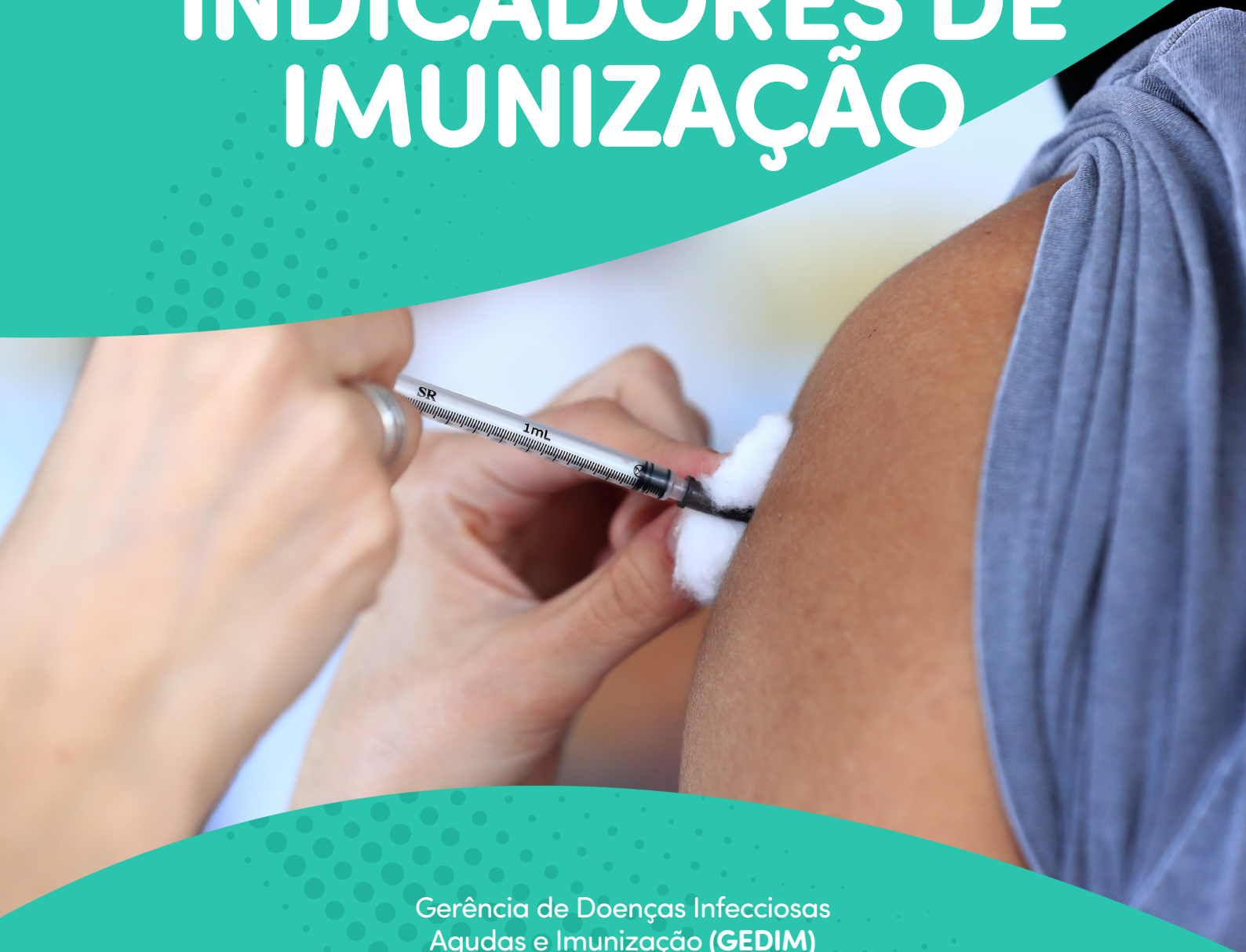
Barriga Verde

Informativo Epidemiológico

Abril 2025

www.dive.sc.gov.br

INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO



Gerência de Doenças Infecciosas
Agudas e Imunização (GEDIM)



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE

SUMÁRIO

Apresentação	4
Introdução	5
<i>Indicadores de imunização</i>	6
Método	7
<i>Método de cálculo da cobertura vacinal (HCV)</i>	7
<i>Método de cálculo da homogeneidade da cobertura vacinal (HCV)</i>	8
<i>Método de cálculo para taxa de abandono (TA)</i>	8
Resultados e discussão	9
<i>Cobertura vacinal</i>	9
<i>Homogeneidade de cobertura vacinal</i>	10
<i>Taxa de abandono</i>	14
Considerações finais	15
Recomendações	16
Referências bibliográficas	17

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Cobertura vacinal criança < 1 ano e 1 ano. Santa Catarina, 2015 - 2024.	9
--	---

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Cobertura vacinal criança < 1 ano e 1 ano. Santa Catarina, 2015 - 2024.	6
TABELA 2. Homogeneidade da cobertura vacinal no estado por vacina em crianças menores de 1 ano e de 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.	11
TABELA 3. Homogeneidade da cobertura vacinal por Unidade Descentralizada de Vigilância Epidemiológica (UDVE) para as vacinas BCG e hepatite B (<30 dias) em crianças menores de 1 ano e de 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.	11
TABELA 4. Homogeneidade da cobertura vacinal por Unidade Descentralizada de Vigilância Epidemiológica (UDVE) para as vacinas até 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.	12
TABELA 5. Homogeneidade da cobertura vacinal por Unidade Descentralizada de Vigilância Epidemiológica (UDVE) para as vacinas até 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.	13
TABELA 6. Taxa de abandono por vacina em crianças menores de 1 ano e de 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.	14

APRESENTAÇÃO

O Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi instituído como resultado do sucesso da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV) e da incorporação do Brasil ao Programa Mundial de Erradicação da Varíola, em 1973. Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao final de 1988, houve um processo de descentralização das ações de saúde, no qual os municípios passaram a ser os principais executores das estratégias de imunização (BRASIL, 2013).

As ações de imunização no Brasil são organizadas de forma tripartite, envolvendo o Ministério da Saúde (MS), as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), cada um com responsabilidades definidas. O monitoramento do desempenho do PNI é realizado por meio de indicadores específicos, que permitem a avaliação contínua da cobertura vacinal e da efetividade das estratégias adotadas.

O controle e a erradicação de diversas doenças imunopreveníveis no país só foram possíveis devido ao avanço da imunização e à elevada cobertura vacinal (CV) historicamente alcançada. No entanto, nos últimos anos, houve uma redução significativa das coberturas vacinais, atribuída a múltiplos fatores, o que representa um risco real de reintrodução de doenças já eliminadas no Brasil. A manutenção dessas doenças sob controle, permanece uma meta essencial, exigindo esforços contínuos para a ampliação das coberturas vacinais.

Diante desse cenário, a Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização (GEDIM), da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE), apresenta este boletim epidemiológico, com os resultados dos indicadores de imunização do estado de Santa Catarina no ano de 2024.

INTRODUÇÃO

O calendário vacinal infantil é composto por 19 vacinas, recomendadas desde o nascimento, com o objetivo de garantir, na esfera individual, a prevenção específica contra doenças imunopreveníveis e, na esfera coletiva, a indução da imunidade de rebanho, reduzindo a transmissão das doenças (MORAES; RIBEIRO; SIMÕES; CASTRO; BARATA, 2003). A vacinação é a principal estratégia para interromper a cadeia de transmissão de diversas doenças imunopreveníveis. No entanto, essa interrupção só é efetiva quando se atingem coberturas vacinais homogêneas e nos valores preconizados para todos os grupos populacionais (BRASIL, 2013).

Historicamente, as doenças infecciosas e parasitárias representavam 45,7% dos óbitos no Brasil em 1930. Esse percentual caiu para 4,3% em 2010, conforme dados do Ministério da Saúde (MS). Esse declínio reflete o impacto das políticas de saúde pública, incluindo a ampliação da vacinação e a melhoria das condições sanitárias no país. Em crianças menores de 5 anos, na década de 1980, doenças como sarampo, poliomielite, rubéola, síndrome da rubéola congênita, meningite, tétano, coqueluche e difteria foram responsáveis por 5,5 mil óbitos. Com a expansão do PNI e outras intervenções, esse número caiu drasticamente para 50 óbitos em 2009 (BRASÍLIA, 2018).

A CV pode ser entendida como a proporção de indivíduos imunizados (que receberam o esquema completo da vacina em análise) em relação ao total de pessoas pertencentes a um grupo específico no local e faixa etária. O esquema vacinal é considerado completo quando as doses são administradas nas idades recomendadas e dentro dos intervalos preconizados (BRASIL, 2014).

Para garantir a proteção individual, não basta apenas vacinar; é essencial que a imunização seja efetiva. Isso significa que a vacina aplicada deve estar em condições adequadas para preservar sua eficácia e que o indivíduo vacinado apresente condições de saúde que permitam a adequada resposta imunológica. Já para alcançar a imunidade coletiva e impedir a circulação dos agentes infecciosos, é necessário que a CV seja elevada e homogênea em toda a população-alvo. Esse patamar varia conforme o imunizante, sendo necessário atingir coberturas entre 90% e 95% para garantir a proteção coletiva em pelo menos 70% da população (HOMMA *et al.*, 2020).

O monitoramento da administração das vacinas é realizado por meio da Vigilância das Coberturas Vacinais (VCV), que tem início nos serviços de saúde, onde são gerados os dados sobre as doses aplicadas. Essas informações são transformadas em indicadores essenciais para o planejamento e a execução das estratégias de vacinação em todo o SUS (BRASIL, 2022). O acompanhamento contínuo das CV é uma atribuição das diferentes esferas de gestão, desde os municípios até o nível federal (TEIXEIRA; ROCHA, 2010).

No estado de Santa Catarina, o monitoramento da CV é realizado para a população de até 1 ano de idade e está apresentado na **Tabela 1**. Nos anos de 2022 e 2023, observou-se discretos aumentos nas coberturas vacinais. Contudo, no ano de 2024, a CV foi alcançada somente para a vacina tríplice viral (VTV). Diversos fatores comprometem a adesão à vacinação e entre eles estão: o desabastecimento de imunizantes do calendário; a falta de conhecimento sobre a importância da vacinação; a propagação de notícias falsas (fake news), especialmente nas redes sociais; a desinfodemia, caracterizada pela disseminação excessiva e descontrolada de informações, muitas vezes imprecisas ou enganosas; e a interoperabilidade dos sistemas de informação.

Diante desse cenário, torna-se essencial intensificar as estratégias de comunicação, ampliar a acessibilidade às vacinas e fortalecer as políticas públicas de imunização para garantir a retomada e a manutenção das coberturas vacinais em níveis seguros.

TABELA 1: Cobertura vacinal criança < 1 ano e 1 ano. Santa Catarina, 2015 – 2024.

ANO	BCG	Rotavírus	Hepatite B (< 30 dias)	Pentavalente	Pneumo 10	Meningo C	FA	Hep A	VIP	VTV 1ª Dose	Varicela
2015	103,27%	102,56%	99,28%	98,75%	99,99%	103,29%	25,51%	95,07%	96,29%	96,07%	-%
2016	97,34%	99,38%	87,12%	98,22%	102,93%	100,99%	27,89%	76,91%	92,66%	92,98%	-%
2017	87,01%	97,59%	79,49%	88,97%	95,57%	98,80%	27,68%	83,57%	95,23%	92,02%	-%
2018	92,66%	95,17%	81,47%	94,39%	93,22%	93,34%	59,63%	87,58%	94,71%	92,45%	-%
2019	83,19%	95,45%	79,94%	71,88%	97,99%	98,04%	84,93%	94,71%	93,85%	96,12%	-%
2020	82,93%	90,70%	74,15%	88,31%	94,22%	90,30%	77,77%	89,01%	88,73%	87,63%	86,76%
2021	71,04%	84,84%	63,13%	85,21%	87,47%	84,84%	74,92%	80,30%	83,77%	87,56%	77,48%
2022	85,10%	88,17%	77,24%	87,29%	93,18%	90,08%	72,30%	87,89%	86,33%	94,96%	85,01%
2023	74,94%	91,05%	77,17%	91,47%	92,72%	97,34%	77,87%	89,15%	91,81%	96,52%	70,69%
2024	80,41%	89,07%	79,89%	89,77%	91,81%	87,79%	73,73%	86,98%	90,81%	96,26%	74,87%

Fonte (2015 a 2022): SIPNI/DATASUS, pesquisa realizada em 05/03/2024.

Fonte (2023): <https://infoms.saude.gov.br>, pesquisa realizada em 06/03/2025.

Fonte (2024): <https://infoms.saude.gov.br>, pesquisa realizada em 06/03/2025.

*cobertura acumulada

** Até o ano de 2017 apenas 162 municípios eram áreas de recomendação para vacina Febre Amarela. Fonte: RNDS pesquisa realizada em 06/03/2025.

INDICADORES DE IMUNIZAÇÃO

A avaliação do desempenho do PNI pode ser realizada por meio da análise de diversos indicadores, sendo os principais: CV, homogeneidade das coberturas vacinais e taxa de abandono da vacinação. Esses indicadores são fundamentais para monitorar a efetividade das estratégias de vacinação e direcionar ações corretivas quando necessário.

COBERTURA VACINAL

É definida como a proporção de indivíduos imunizados — ou seja, que receberam o esquema vacinal completo para um determinado imunizante — em relação à população-alvo de um território específico. O esquema vacinal é considerado completo quando todas as doses são administradas nas idades recomendadas e respeitando os intervalos preconizados.

HOMOGENEIDADE

Refere-se à proporção de unidades territoriais que atingiram a cobertura mínima preconizada para determinada vacina. Esse indicador possibilita a avaliação da equidade na distribuição da vacinação, permitindo comparações entre diferentes unidades federativas, municípios, distritos, bairros ou outras subdivisões territoriais. Quanto maior a homogeneidade, menor o risco de formação de bolsões de suscetíveis, que podem favorecer a circulação de agentes infecciosos.

TAXA DE ABANDONO

Mede a proporção de indivíduos que iniciaram, mas não completaram o esquema vacinal recomendado, sendo um indicador essencial para avaliar a adesão às vacinas. Esse índice é particularmente relevante para imunizantes que exigem múltiplas doses no esquema primário, pois um alto percentual de abandono pode indicar barreiras no acesso à vacinação, falhas na busca ativa ou hesitação vacinal. Além disso, elevadas taxas de abandono aumentam o risco de reintrodução de doenças previamente controladas ou eliminadas.

MÉTODO

Estudo descritivo e analítico que considera para a VCV as informações referentes aos esquemas vacinais das vacinas indicadas para crianças menores de 1 ano e crianças de 1 ano de idade.

MÉTODO DE CÁLCULO DA COBERTURA VACINAL

ETAPAS DA COMPOSIÇÃO DO NUMERADOR

Primeira etapa: são incluídos no numerador, os indivíduos identificados pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) que tenham recebido as doses necessárias para completar determinado esquema vacinal. Para isso, serão observadas as seguintes regras:

- Respeito às idades mínima e máxima preconizadas para a vacinação;
- Cumprimento dos intervalos mínimos entre as doses;
- Independência da variável “tipo de dose” registrada no sistema.

Segunda etapa: indivíduos vacinados que não foram incluídos na primeira etapa poderão ser inseridos no numerador caso tenham recebido a última dose do esquema vacinal, considerando-se a variável “tipo de dose”.

ASPECTOS COMPLEMENTARES

Cada indivíduo será considerado apenas uma única vez, eliminando duplicidades nos registros.

A proporção de indivíduos incluídos na segunda etapa será utilizada como um indicador da qualidade dos dados de vacinação: quanto menor essa proporção, maior a confiabilidade dos dados.

Nº de doses aplicadas/população com recomendação de receber a vacina *100.

Fonte dos dados utilizados na origem:

- **Numerador:** Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).
- **Denominador:** Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Para o cálculo, considera-se os dados populacionais do ano analisado. A cobertura vacinal preliminar do ano corrente considerará o SINASC do ano vigente como denominador único para crianças menores de 1 ano e crianças de 1 ano de idade.

MÉTODO DE CÁLCULO DA HOMOGENEIDADE DA COBERTURA VACINAL (HCV)

A homogeneidade da cobertura vacinal é um indicador que avalia a equidade na distribuição das coberturas vacinais entre diferentes unidades territoriais. Esse método permite identificar áreas com menor adesão à vacinação, facilitando a adoção de estratégias para reduzir desigualdades e fortalecer a proteção coletiva.

MÉTODO DE CÁLCULO DA TAXA HOMOGENEIDADE DA COBERTURA VACINAL

$$\text{Nº de vacinas com cobertura adequada} / \text{total de vacinas avaliadas} \times 100$$

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA HOMOGENEIDADE DA COBERTURA VACINAL

A homogeneidade é classificada com base na proporção de unidades que atingiram a meta preconizada:

- **Adequada:** $\geq 70\%$ das unidades avaliadas atingiram a cobertura recomendada.
- **Inadequada:** $< 70\%$ das unidades avaliadas atingiram a cobertura recomendada.

MÉTODO DE CÁLCULO PARA TAXA DE ABANDONO (TA)

A taxa de abandono vacinal é um indicador crucial para avaliar a adesão da população aos esquemas de imunização que requerem múltiplas doses. Ela reflete a proporção de indivíduos que iniciaram, mas não completaram, o esquema vacinal recomendado, o que pode comprometer a eficácia da imunização e aumentar o risco de reintrodução de doenças preveníveis.

MÉTODO DE CÁLCULO DA TAXA DE ABANDONO:

$$\text{Taxa de abandono} = (D1 - \text{Nº da última dose do esquema}) / D1 \times 100$$

PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO DA TAXA DE ABANDONO

- **Baixa:** menos de 5%
- **Média:** entre 5% e menos de 10%
- **Alta:** 10% ou mais

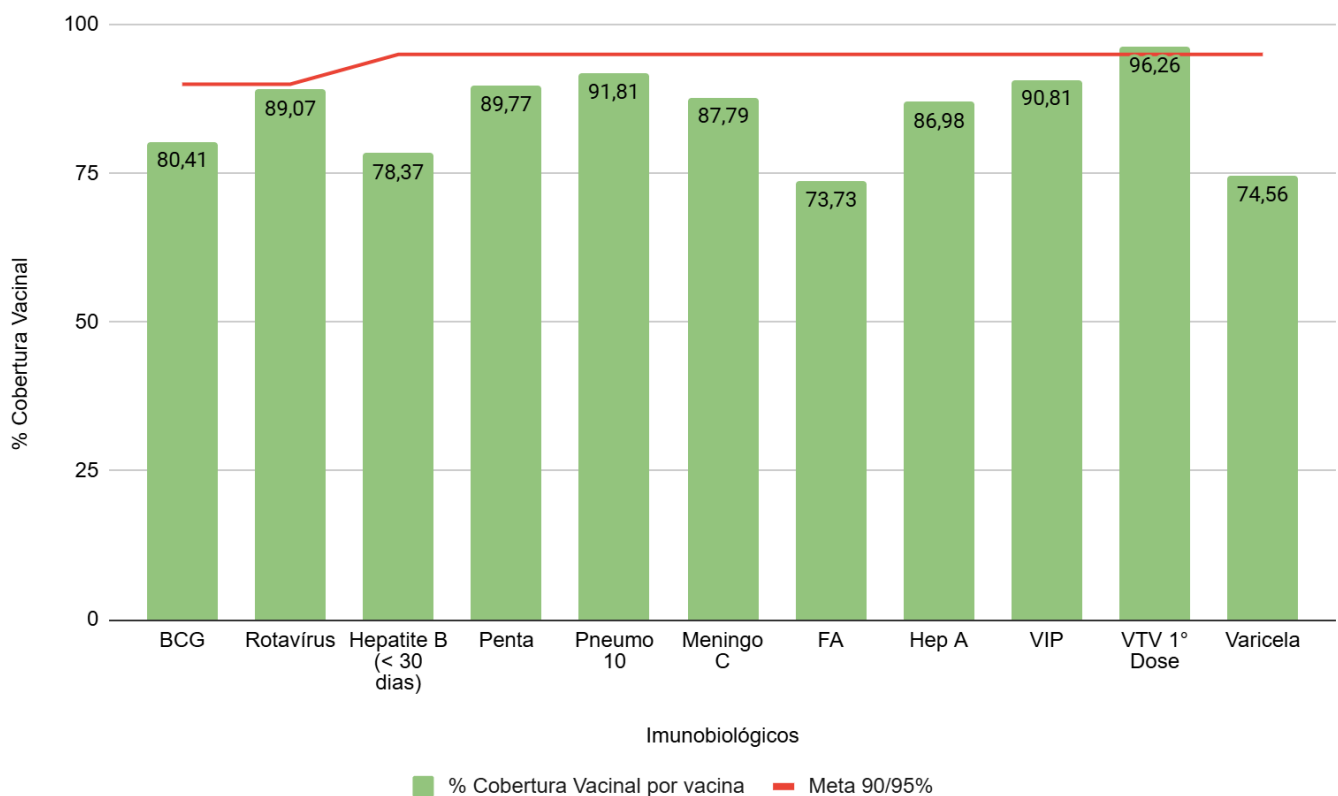
RESULTADOS E DISCUSSÃO

COBERTURA VACINAL

As vacinas com meta nacional de 90% são a BCG e a vacina contra o rotavírus. A vacina BCG traz proteção contra as formas graves da tuberculose, uma doença contagiosa que pode provocar sérios problemas respiratórios. Já a vacina contra o rotavírus previne a doença diarreica causada pelo vírus, que pode levar à desidratação grave, especialmente em crianças pequenas.

No ano de 2024, a meta de cobertura vacinal preconizada não foi alcançada no estado. Conforme apresentado na **Figura 1**, a vacina BCG obteve 80,41% de cobertura, estando significativamente abaixo da meta de 90%, o que pode indicar desafios no acesso à vacinação nas maternidades ou no registro das doses aplicadas. Por outro lado, a vacina **rotavírus** atingiu 89,07%, ficando muito próxima da meta, sugerindo uma melhor adesão, mas com espaço para melhorias.

FIGURA 1: Cobertura vacinal criança < 1 ano e 1 ano. Santa Catarina, 2015 - 2024.



Fonte: RNDS pesquisa realizada em 06/03/2025, dados sujeitos a alterações.

As demais vacinas analisadas possuem meta de 95% ou mais. Entre elas, observamos que:

- A primeira dose da vacina **hepatite B** monovalente (recombinante) deve ser administrada o mais precocemente possível, preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida e, no máximo, até 24 horas após o nascimento, ainda na maternidade, para prevenir a transmissão vertical da doença. Embora possa ser aplicada até os 30 dias de vida, a recomendação é garantir a imunização imediata. A continuidade do esquema ocorre com a vacina pentavalente. Em Santa Catarina, a cobertura vacinal da hepatite B ao nascer foi de 78,37% (**Figura 1**), enquanto a pentavalente alcançou 89,77%. A vacina **pentavalente** combina cinco imunizações em uma única dose, conferindo proteção contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções pelo *Haemophilus influenzae* tipo b. Essas doenças podem causar complicações graves, como infecções respiratórias, neurológicas e hepáticas, tornando a vacinação essencial para a prevenção de casos graves e óbitos.
- A vacina **pneumocócica 10-valente**, composta por dez sorotipos de *Streptococcus pneumoniae*, obteve uma cobertura de 91,81%. Ela protege contra doenças graves em crianças, como pneumonia, meningite e otite, causadas por pneumococos. Já a vacina **meningocócica C** (conjugada) atingiu 87,79% de cobertura, prevenindo formas específicas de meningite bacteriana, uma inflamação das meninges que pode levar a complicações neurológicas e óbito.
- A vacina contra a **febre amarela**, composta por vírus vivo atenuado, protege contra a infecção transmitida por mosquitos, que pode causar febre alta, icterícia, hemorragias e evoluir para formas graves. No entanto, essa vacina registrou a menor cobertura, com 73,73%.
- A vacina contra a **hepatite A** teve uma cobertura de 86,98%.
- A imunização com vacina inativada **poliomielite (VIP)** alcançou 90,81% de cobertura. A doença, também conhecida como paralisia infantil, pode causar paralisia súbita, principalmente nos membros inferiores. A vacina **tríplice viral (VTV)**, que protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola, foi a que atingiu a maior cobertura no período analisado, chegando a 96,26%. O sarampo é altamente contagioso e pode levar a complicações graves; a caxumba causa inchaço das glândulas salivares; e a rubéola pode trazer complicações sérias para gestantes, aumentando o risco de síndrome da rubéola congênita. Já a vacina contra **varicela** apresentou cobertura de 74,56%, abaixo da meta estabelecida.

HOMOGENEIDADE DE COBERTURA VACINAL

A homogeneidade da cobertura vacinal é um indicador que avalia a proporção de municípios que atingiram a meta de cobertura vacinal preconizada para cada vacina, tanto no estado quanto nas Unidades Descentralizadas de Vigilância Epidemiológica (UDVE). A meta estabelecida é de, no mínimo, 70% de municípios com cobertura vacinal adequada.

No estado, a maior taxa de homogeneidade foi observada para a vacina rotavírus, atingindo 71,52%, com 211 dos 295 municípios alcançando a meta de cobertura vacinal (CV). Em contrapartida, a vacina com a menor homogeneidade foi a febre amarela, registrando apenas 32,88%, ou seja, 97 municípios com cobertura adequada (**Tabela 2**).

TABELA 2: Homogeneidade da cobertura vacinal no estado por vacina em crianças menores de 1 ano e de 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.

VACINAS	Nº DE MUNICÍPIOS DO ESTADO	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE
BCG	295	207	70,16%
ROTA	295	211	71,52%
HEPATITE B (< 30 dias)	295	125	42,37%
PENTA	295	158	53,55%
PNEUMO	295	172	58,30%
MENINGO C	295	145	48,15%
FA	295	97	32,88%
HEP A	295	151	51,18%
VIP	295	156	52,88%
VTV	295	201	68,13%
VARICELA	295	115	38,98%

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS. Pesquisa realizada em 06/03/2025, dados sujeitos a alterações.

As taxas de homogeneidade da CV por UDVE variaram entre 0% e 100%. Para a vacina BCG, a homogeneidade oscilou de 0,0% em Joinville a 96,30% em Chapecó. Já para a vacina contra hepatite B (<30 dias), os índices variaram de 0,0% na UDVE de Joinville a 76,92% na UDVE de Concórdia (**Tabela 3**).

TABELA 3: Homogeneidade da cobertura vacinal por Unidade Descentralizada de Vigilância Epidemiológica (UDVE) para as vacinas BCG e hepatite B (<30 dias) em crianças menores de 1 ano e de 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.

UDVE	Nº DE MUNICÍPIOS UDVE	BCG		HEPATITE B (< 30 dias)	
		Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE
ARARANGUÁ	15	5	33,33	2	13,33
BLUMENAU	14	8	57,14	4	28,57
CHAPECÓ	27	26	96,30	15	55,56
CONCÓRDIA	13	12	92,31	10	76,92
CRICIÚMA	12	7	58,33	1	8,33
FLORIANÓPOLIS	22	6	27,27	4	18,18
ITAJÁ	11	3	27,27	2	18,18
JARAGUÁ DO SUL	7	5	71,43	1	14,29
JOAÇABA	20	17	85,00	11	55,00
JOINVILLE	6	0	0,00	0	0,00
LAGES	18	11	61,11	6	33,33
MAFRA	13	9	69,23	5	38,46
RIO DO SUL	28	23	82,14	10	35,71
SÃO MIGUEL DO OESTE	30	28	93,33	21	70,00
TUBARÃO	18	17	94,44	8	44,44
VIDEIRA	20	15	75,00	9	45,00
XANXERÊ	21	15	71,43	11	52,38

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS. Pesquisa realizada em 06/03/2025, dados sujeitos a alterações.

Nas vacinas para até 1 ano de idade, a maior homogeneidade foi observada para a vacina rotavírus em Concórdia, com 100% dos municípios atingindo cobertura vacinal adequada. Já a menor homogeneidade ocorreu para a vacina febre amarela em Itajaí e Jaraguá do Sul, ambas com 0%, ou seja, nenhum município atingiu a meta estabelecida (**Tabela 4**).

TABELA 4: Homogeneidade da cobertura vacinal por Unidade Descentralizada de Vigilância Epidemiológica (UDVE) para as vacinas até 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.

UDVE	Nº DE MUNICÍPIOS UDVE	ROTAVÍRUS		PENTAVALENTE		PNEUMOCÓCICA 10		MENINGOCÓCICA C		FEBRE AMARELA		POLIOMIELITE INATIVADA	
		Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE
ARARANGUÁ	15	8	53,33	5	33,33	6	40,00	3	20,00	2	13,33	5	33,33
BLUMENAU	14	13	92,86	11	78,57	12	85,71	8	57,14	3	21,43	9	64,29
CHAPECÓ	27	18	66,67	15	55,56	12	44,44	13	48,15	9	33,33	16	59,26
CONCÓRDIA	13	13	100,00	9	69,23	13	100,00	11	84,62	8	61,54	9	69,23
CRICIÚMA	12	9	75,00	6	50,00	7	58,33	5	41,67	2	16,67	6	50,00
FLORIANÓPOLIS	22	12	54,55	7	31,82	11	50,00	7	31,82	3	13,64	7	31,82
ITAJAÍ	11	7	63,64	4	36,36	7	63,64	3	27,27	0	0,00	4	36,36
JARAGUÁ DO SUL	7	6	85,71	3	42,86	3	42,86	2	28,57	0	0,00	3	42,86
JOAÇABA	20	15	75,00	12	60,00	11	55,00	11	55,00	10	50,00	12	60,00
JOINVILLE	6	1	16,67	1	16,67	1	16,67	1	16,67	1	16,67	1	16,67
LAGES	18	11	61,11	9	50,00	9	50,00	10	55,56	5	27,78	10	55,56
MAFRA	13	9	69,23	8	61,54	7	53,85	4	30,77	2	15,38	7	53,85
RIO DO SUL	28	21	75,00	19	67,86	20	71,43	18	64,29	15	53,57	18	64,29
SÃO MIGUEL DO OESTE	30	25	83,33	17	56,67	17	56,67	17	56,67	16	53,33	17	56,67
TUBARÃO	18	14	77,78	11	61,11	12	66,67	11	61,11	5	27,78	10	55,56
VIDEIRA	20	16	80,00	11	55,00	14	70,00	11	55,00	7	35,00	11	55,00
XANXERÊ	21	13	61,90	10	47,62	10	47,62	10	47,62	10	47,62	10	47,62

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS. Pesquisa realizada em 06/03/2025, dados sujeitos a alterações.

Para as vacinas de 1 ano de idade, a maior homogeneidade de cobertura vacinal foi observada para a vacina VTV na UDVE de Lages, com 88,89%. Em contrapartida, a menor homogeneidade foi registrada para as vacinas hepatite A e varicela nas UDVE de Jaraguá do Sul e Joinville, ambas com 0% (**Tabela 5**).

TABELA 5: Homogeneidade da cobertura vacinal por Unidade Descentralizada de Vigilância Epidemiológica (UDVE) para as vacinas até 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.

UDVE	Nº DE MUNICÍPIOS UDVE	HEPATITE A		TRÍPLICE VIRAL 1ª DOSE		VARICELA	
		Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE	Nº DE MUNICÍPIOS COM CV ADEQUADA	% HOMOGENEIDADE
ARARANGUÁ	15	3	20,00	6	40,00	4	26,67
BLUMENAU	14	12	85,71	12	85,71	8	57,14
CHAPECÓ	27	12	44,44	14	51,85	12	44,44
CONCÓRDIA	13	9	69,23	10	76,92	5	38,46
CRICIÚMA	12	6	50,00	8	66,67	2	16,67
FLORIANÓPOLIS	22	11	50,00	12	54,55	7	31,82
ITAJAÍ	11	3	27,27	6	54,55	1	9,09
JARAGUÁ DO SUL	7	0	0,00	4	57,14	1	14,29
JOAÇABA	20	11	55,00	11	55,00	8	40,00
JOINVILLE	6	1	16,67	2	33,33	0	0,00
LAGES	18	12	66,67	16	88,89	11	61,11
MAFRA	13	4	30,77	10	76,92	5	38,46
RIO DO SUL	28	18	64,29	24	85,71	10	35,71
SÃO MIGUEL DO OESTE	30	18	60,00	21	70,00	15	50,00
TUBARÃO	18	8	44,44	14	77,78	5	27,78
VIDEIRA	20	12	60,00	16	80,00	11	55,00
XANXERÊ	21	11	52,38	15	71,43	10	47,62

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS. Pesquisa realizada em 06/03/2025, dados sujeitos a alterações.

Os resultados da taxa de homogeneidade revelam a heterogeneidade nas coberturas vacinais entre os municípios do estado, indicando que as taxas de vacinação variam de forma significativa, o que sugere possíveis bolsões de suscetíveis para doenças imunopreveníveis.

TAXA DE ABANDONO

O indicador de taxa de abandono foi calculado dentro dos critérios adotados para a Vigilância de Cobertura Vacinal. Esses critérios incluem a avaliação das doses aplicadas em crianças menores de 1 ano e com 1 ano de idade para as vacinas: pentavalente, rotavírus, poliomielite, pneumocócica 10 e meningocócica C. Foi observado que as vacinas que puderam ser avaliadas apresentaram taxas de abandono consideradas baixas e médias (**Tabela 6**).

TABELA 6: Taxa de abandono por vacina em crianças menores de 1 ano e de 1 ano de idade. Santa Catarina, 2024.

VACINAS	TAXA ABANDONO
ROTAVÍRUS	0,01%
PENTAVALENTE	2,37%
PNEUMOCÓCICA 10	0,00%
MENINGOCÓCICA C	0,04%
POLIOMIELITE - VIP	0,02%

Fonte: Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS. pesquisa realizada em 06/03/2025*, dados sujeitos a alterações.

Conforme o **Tabela 6**, as vacinas passíveis de cálculo de taxa de abandono apresentaram baixas taxas de abandono, estando dentro da média preconizada e indicando que quem inicia esquema vacinal normalmente completa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar as coberturas vacinais permite verificar o desempenho do programa de imunização de Santa Catarina e conhecer os grupos suscetíveis a adquirir doenças imunopreveníveis. A proposta de avaliação das CV faz alusão aos princípios da vigilância epidemiológica, considerando a necessidade de identificação de situações de risco e realização de intervenções.

A vigilância tem como intenção instrumentalizar as ações de vacinação em todas as esferas, diagnosticando os suscetíveis às doenças bem como as áreas de risco, possibilitando, desta forma, a intensificação de ações de imunização neste público ou região, evitando a disseminação de doenças.

No ano de 2024, o estado de Santa Catarina alcançou a cobertura preconizada apenas para a vacina tríplice viral, mantendo-se estável para as demais. Os resultados revelam a heterogeneidade nas coberturas vacinais entre os municípios do estado, indicando que as taxas de vacinação variam de forma significativa entre eles. Alguns podem ter alcançado altas coberturas vacinais, enquanto outros obtiveram baixas. Ressaltamos que somente com os níveis preconizados desses indicadores é possível reduzir bolsões de suscetíveis e impossibilitar a reintrodução de algumas doenças imunopreveníveis.

RECOMENDAÇÕES

Como a estimativa é alcançar o mais alto nível de cobertura vacinal, de forma homogênea, os profissionais de saúde devem estar atentos para o fato de que o não alcance das metas preconizadas de cobertura vacinal abre a possibilidade para o retorno de doenças até então controladas, erradicadas ou em eliminação. Desta maneira, recomendamos as seguintes ações:

- Rotina municipal de realização de monitoramento da Vigilância de Cobertura Vacinal;
- Ampliação da integração entre as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) da Vigilância Epidemiológica municipais;
- Sensibilizar os profissionais de saúde para que durante as visitas domiciliares e nos atendimentos na unidade de saúde seja verificada a situação vacinal dos indivíduos, aproveitando a oportunidade para aplicação das vacinas recomendadas;
- Realização de busca ativa de faltosos pelas equipes municipais;
- Sensibilização de promoções de ações educativas sobre a importância da vacinação e do combate a notícias falsas;
- Ampliação de horários das salas de vacinas - horários estendidos e aberturas nos finais de semana;
- Realização de ações de vacinação itinerante (escolas, mercados, empresas etc);
- Implementação de ações de microplanejamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASÍLIA. FIOCRUZ. (org.). **Milhões de mortes no mundo são evitadas com a vacinação**. 2018. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/milhoes-de-mortes-no-mundo-sao-evitadas-com-a-vacinacao/>. Acesso em: 03 maio 2023.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 236 p. : il
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico]. 5ª ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 1.126 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf. ISBN 978-65-5993-102-6.
4. MORAES, José Cássio de; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; SIMÕES, Oziris; CASTRO, Paulo Carrara de; BARATA, Rita Barradas. **Qual é a cobertura vacinal real? Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 12, n. 3, p. 147-153, set. 2003. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742003000300005>.
5. HOMMA, A.; et al (Organizadores). **Vacinas e vacinação no Brasil: horizontes para os próximos 20 anos** [recurso eletrônico] / – Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/45003/Livro%20Vacinas%20no%20Brasil-1.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 15 jun. 2023.
6. TEIXEIRA, Antonia Maria da Silva; ROCHA, Cristina Maria Vieira da. Vigilância das coberturas de vacinação: uma metodologia para detecção e intervenção em situações de risco. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 217-226, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742010000300004>.

EXPEDIENTE

O informativo Epidemiológico Barriga Verde uma publicação técnica da Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Rua Esteves Júnior, 390 – Anexo I – 1º andar – Centro – Florianópolis – CEP: 88010-002 – Fone: (48) 3664-7400. www.dive.sc.gov.br

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Governo do Estado: Jorginho dos Santos Mello | **Secretária de Estado da Saúde:** Diogo Demarchi Silva | **Superintendente de Vigilância em Saúde:** Fábio Gaudenzi | **Diretor de Vigilância Epidemiológica:** João Augusto B. Fuck | **Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização:** Arieli Schiessl Fialho | **Elaboração:** Jessika Angela Freitas de Oliveira e Chaiane Natividade de Souza Gonçalves | **Revisão:** Amanda Mariano | **Diagramação:** Alex Martins.

FICHA CATALOGRÁFICA

Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização (GEDIM). Indicadores de Imunização. Informativo Epidemiológico. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2025.

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Doenças Infecciosas Agudas e Imunização



GOVERNO DE
**SANTA
CATARINA**
SECRETARIA DA SAÚDE