Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

# A poliomielite no Brasil: análise da cobertura vacinal no período de 2017 a 2024

Polio in Brazil: analysis of vaccination coverage from 2017 to 2024

Polioen Brasil: análisis de la cobertura de vacunación de 2017 a 2024

Laura Prudente de Souza Costa[1], Maria Eugênia Guimarães Silva[1], Júlia Alves Gonçalves Sobrinho[1], Edna Joana Claudio Manrique[1,2].

**RESUMO**

**Objetivo:** Analisar a evolução da cobertura vacinal brasileira contra a poliomielite entre 2017 e 2024, considerando variações regionais e temporais. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica, descritiva e retrospectiva, via dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde a respeito das coberturas de primeira dose (VIP) e de reforço (VOP) nas regiões brasileiras. **Resultados:** O estudo evidenciou redução acentuada nas coberturas entre 2019 e 2021, seguida de recuperação parcial a partir de 2022. A cobertura nacional da VIP passou de 84,19% (2019) para 71,04% (2021), alcançando 90,37% em 2024. Já a cobertura da VOP variou de 68,45% (2019) para 54,61% (2021), atingindo 87,93% em 2024. Nenhuma região manteve continuadamente a meta de 95% preconizada pelo Ministério da Saúde, embora o Sul tenha apresentado os melhores indicadores e o Norte e o Nordeste se destacam como regiões mais vulneráveis. **Conclusão:** A cobertura vacinal contra a poliomielite no Brasil apresentou avanços e retrocessos evidenciando fragilidades na manutenção da imunidade coletiva - com destaque às desigualdades socioeconômicas e estruturais entre regiões. Diante disso, o estudo reforça a questão da vacinação como compromisso coletivo, sustentado por políticas públicas contínuas, comunicação eficaz e fortalecimento da atenção primária.

**Palavras-chave:** Poliomielite, Vacinação, Saúde pública.

**ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the evolution of Brazilian polio vaccination coverage between 2017 and 2024, considering regional and temporal variations. **Methods:** This is an epidemiological, descriptive, and retrospective study, using data from the Informatics Department of the Unified Health System regarding first-dose (IPV) and booster (OPV) coverage in Brazilian regions. **Results:** The study showed a sharp reduction in coverage between 2019 and 2021, followed by a partial recovery from 2022 onwards. National coverage of IPV (inactivated polio vaccine) decreased from 84.19% (2019) to 71.04% (2021), reaching 90.37% in

[1] Pontifícia Universidade Católica, Goiânia – GO.
[2] Residência Multiprofissional em Infectologia HDT/LACEN/SES-GO e Laboratório Estadual de Saúde Pública Dr. Giovanni Cysneiros (LACEN-GO), Goiânia – GO.

**SUBMETIDO EM: 12/2025 | ACEITO EM: 1/2026 | PUBLICADO EM: 2/2026**

2024. Coverage of OPV (oral polio vaccine) varied from 68.45% (2019) to 54.61% (2021), reaching 87.93% in 2024. No region consistently maintained the 95% target set by the Ministry of Health, although the South presented the best indicators, and the North and Northeast stand out as the most vulnerable regions. **Conclusion:** Polio vaccination coverage in Brazil showed advances and setbacks, highlighting weaknesses in maintaining herd immunity – particularly the socioeconomic and structural inequalities between regions. Therefore, the study reinforces the issue of vaccination as a collective commitment, supported by continuous public policies, effective communication, and strengthening of primary care.

**Keywords:** Polio, Vaccination, Public health.

**RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar la evolución de la cobertura de vacunación contra la polio en Brasil entre 2017 y 2024, considerando las variaciones regionales y temporales. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo, que utiliza datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud sobre la cobertura de la primera dosis (IPV) y la dosis de refuerzo (OPV) en las regiones brasileñas**. Resultados:** El estudio mostró una marcada reducción de la cobertura entre 2019 y 2021, seguida de una recuperación parcial a partir de 2022. La cobertura nacional de IPV (vacuna inactivada contra la polio) disminuyó del 84,19% (2019) al 71,04% (2021), alcanzando el 90,37% en 2024. La cobertura de OPV (vacuna oral contra la polio) varió del 68,45% (2019) al 54,61% (2021), alcanzando el 87,93% en 2024. Ninguna región mantuvo consistentemente la meta del 95% establecida por el Ministerio de Salud, aunque el Sur presentó los mejores indicadores y el Norte y el Nordeste se destacan como las regiones más vulnerables. **Conclusión:** La cobertura de vacunación contra la polio en Brasil mostró avances y retrocesos, destacando debilidades en el mantenimiento de la inmunidad de grupo, particularmente las desigualdades socioeconómicas y estructurales entre regiones. Por lo tanto, el estudio refuerza el tema de la vacunación como un compromiso colectivo, respaldado por políticas públicas continuas, comunicación efectiva y fortalecimiento de la atención primaria.

**Palabras clave:** Polio, Vacunación, Salud pública.

## INTRODUÇÃO

Responsável por ocasionar epidemias devastadoras, especialmente entre crianças, a poliomielite corresponde à doença infectocontagiosa aguda marcada pela infecção do agente etiológico poliovírus detentora de três sorotipos antigenicamente distintos (PALMIERI IGS, et al., 2023; SILVEIRA B, et al., 2019; NATHANSON N e KEW OM, 2010; BRAGA BRJ, et al., 2022).

A infecção pelo vírus da poliomielite apresenta como porta de entrada o contato pessoa-pessoa - através de gotículas de secreção da orofaringe - ou a infecção via fecal-oral por objetos ou alimentos contaminados. Após contato, o vírus adentra pela mucosa orofaríngea, onde se prolifera e dissemina-se via hematogênica (SILVEIRA B, et al., 2019).

Estabelecida a infecção, o poliovírus pode acometer o sistema nervoso central pela barreira hematoencefálica ou através das fibras nervosas por meio do acometimento neuronal (BRAGA BRJ, et al., 2022). Em razão do neurotropismo viral, as lesões ocorrem preferencialmente na substância cinzenta, caracterizadas pela degeneração dos corpos neuronais, pela desmielinização e pela degeneração dos axônios (SILVEIRA B, et al., 2019).

Aproximadamente 90-95% das primoinfecções são assintomáticas ou apresentam sintomas leves, característicos de uma síndrome gripal e/ou entérica. Denominado estágio de viremia, a fase inicial da poliomielite é caracterizada por sintomas inespecíficos, como febre baixa, mal-estar, tosse, coriza, cefaléia e faringite, com regressão espontânea (SILVEIRA B, et al., 2019; BRAGA BRJ, et al., 2022).

Após a fase inicial benigna, chamada de Doença Menor, cerca de 5-10% evoluem para acometimento neurológico - a Doença Maior - que pode manifestar-se como uma síndrome meníngea (não paralítica) ou plégica (paralítica) (SILVEIRA B, et al., 2019; BRAGA BRJ, et al., 2022).

A forma meníngea se apresenta com sintomas inespecíficos, com posterior surgimento de sinais de irritação das membranas nervosas. Já a forma paralítica, inicia-se com sintomas inespecíficos seguida por um período assintomático de até três dias. Subitamente, o paciente evolui com paralisia flácida assimétrica, marcada por arreflexia e, geralmente, por sensibilidade preservada no grupo muscular acometido, sendo mais comum nos membros inferiores (SILVEIRA B, et al., 2019; BRAGA BRJ, et al., 2022).

A importância da poliomielite no contexto da saúde pública brasileira passou a ser reconhecida quando surtos começaram a se espalhar nas áreas urbanas em meados de 1930 (TAVARES FN, 2015). Firmado o diagnóstico da epidemia de paralisia infantil, foi implementada a lei que incluiu a poliomielite como doença de notificação obrigatória, contudo, a efetivação das ações de controle da doença iniciou, de fato, na década de 1960 com o advento das duas vacinas antipoliomielíticas, a vacina oral da pólio (VOP) e a vacina inativada da pólio (VIP) (SILVEIRA B, et al., 2019; BRAGA BRJ, et al., 2022; CAMPOS ALV, NASCIMENTO DR e MARANHÃO E, 2003).

Intitulada “imunidade de rebanho”, a técnica de imunização em que uma determinada parcela da população se torna imune a uma doença foi a principal responsável pela superação da epidemia de paralisia infantil. Isso porque, quando um alto número de pessoas se torna imune a uma determinada doença, essas protegem o resto da população que não se infectou ou não vacinou, uma vez que a transmissão da doença se tornamais difícil com a redução das pessoas suscetíveis ao desenvolvimento da enfermidade. Sob esse viés, ao atingir mais de 95% do grupo-alvo da vacinação, a circulação dos vírus selvagens torna-se cada vez mais inviável, interrompendo as cadeias de transmissão e a ocorrência de novos casos de pólio paralítica (VERANI JFS e LAENDER F, 2020).

Em 2015, o poliovírus 2 foi considerado erradicado mundialmente. Assim, em maio de 2016 o componente do sorotipo 2 foi retirado da composição da vacina em todos os países e a vacina oral atenuada passou a conter apenas os sorotipos 1 e 3 (SILVEIRA B, et al., 2019).

Atualmente, há dois tipos de vacinas contra a poliomielite no Brasil: a vacina oral bivalente (VOPb) e a inativada contra a poliomielite (VIP). A VIP contém os três sorotipos e faz parte do Programa Nacional de Imunização desde 2013, sendo administrada aos 2, 4 e 6 meses de vida. Já a nível de reforço vacinal, esses são feitos com a vacina oral (VOP) aos 15 meses e aos 4 anos (SILVEIRA B, et al., 2019; BRAGA BRJ, et al., 2022; VERANI JFS e LAENDER F, 2020).

Partindo disso, tem-se que tanto a VIP quanto a VOP são altamente imunogênicas e eficazes na prevenção da paralisia infantil, de modo que se observa, com a primeira dose de VIP, uma soroconversão em 95% para cada um dos três sorotipos, 99% após duas doses e 99% a 100% após 3 doses. Ou seja, imunidade protetora vitalícia (SILVEIRA B, et al., 2019).

Uma vez que a vacinação é uma forma efetiva de prevenção da poliomielite, o Ministério da Saúde preconiza que crianças menores de cinco anos devem ser vacinadas conforme esquema de vacinação de rotina e na campanha nacional anual. Entre 2016 e 2024, o esquema vacinal contra a poliomielite envolvia a administração de três doses da vacina injetável – VIP (2, 4 e 6 meses) e mais duas doses de reforço com a vacina oral bivalente – VOP (BRASIL, 2024).

Em vista da dinamicidade do universo da saúde, o Ministério da Saúde, com apoio dos estados e municípios, em 2024, optou pela retirada das doses da VOP, atualizando o esquema vacinal para quatro doses da VIP, sendo uma dose aos 2, 4 e 6 meses e um reforço aos 15 meses de idade. Isso porque, pesquisas realizadas a partir dos anos 2000 mostraram que a vacina oral era menos eficaz e segura quando comparada à vacina intramuscular (BRASIL, 2024).

Embora a vacina inativada e a oral tenham sido responsáveis por erradicar o poliovírus tipo 2 globalmente, os esforços continuam para eliminar os tipos restantes por meio de campanhas de vacinação em massa, particularmente em regiões endêmicas e de alto risco.

Frente ao panorama histórico, epidemiológico e imunológico, o presente estudo objetivou analisar a cobertura vacinal contra a poliomielite no Brasil no período de 2017 a 2024, considerando a distribuição regional e anual das taxas de vacinação da primeira dose e da dose de reforço. Afinal, embora o Brasil e as Américas tenham alcançado o status de erradicação, a manutenção das coberturas vacinais é essencial para impedir a reintrodução do vírus e garantir a continuidade do sucesso das políticas públicas de imunização.

## MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa a partir da análise da evolução da cobertura vacinal contra a poliomielite no Brasil, por meio de dados secundários. Delineamento que permitiu identificar tendências, variações temporais e disparidades regionais, servindo como subsídio para avaliação de políticas públicas em saúde e estratégias de imunização.

O recorte temporal abrangeu os anos de 2017 a 2024 e o cenário de análise correspondeu às cinco macrorregiões do Brasil: Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sul e Sudeste. As informações utilizadas foram extraídas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), disponível de forma pública e gratuita no portal eletrônico do Ministério da Saúde. A coleta foi realizada por meio da ferramenta Tabnet, que disponibiliza dados consolidados do Programa Nacional de Imunizações (PNI), enviados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

O DATASUS foi selecionado como fonte primária por sua confiabilidade, abrangência nacional e padronização metodológica, possibilitando comparações temporais e geográficas. O processo de coleta foi realizado em etapas: acesso ao portal eletrônico do DATASUS; seleção do menu “Assistência à Saúde”; escolha da aba “Imunizações – Desde 1994”; seleção da opção “Cobertura” e estratificação dos dados de acordo com as variáveis de interesse (tipo de dose, região geográfica e ano do estudo).

Após a seleção, os dados foram exportados em formato compatível para planilhas eletrônicas, permitindo a manipulação estatística e a construção da série histórica. A tabulação e análise dos dados foram realizadas no software Microsoft Excel® 2019. Inicialmente, efetuou-se a organização das planilhas com categorização por região e ano, em seguida fez-se a estatística descritiva com valores absolutos e percentuais, e apresentou em tabelas e gráficos.

Este estudo utilizou dados secundários de domínio público, sem identificação individual dos sujeitos e, portanto, sem risco de violação de privacidade. Assim, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, não se fez necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

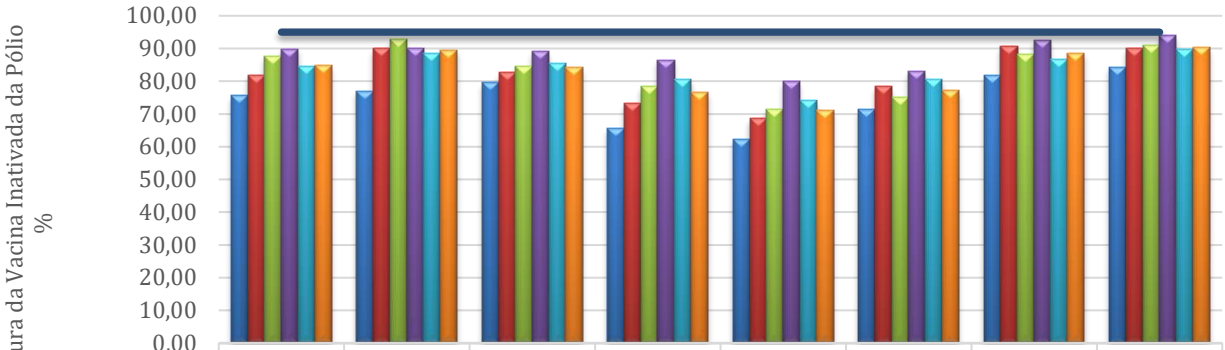
## RESULTADOS

A análise da cobertura vacinal contra a poliomielite no Brasil, entre 2017 e 2024, evidenciou variações importantes nos índices de vacinação com a vacina inativada e a vacina oral, especialmente, nos anos 2020 e 2022. Os dados extraídos da plataforma DataSUS apontam queda geral na cobertura vacinal durante esse período crítico, seguida de recuperação progressiva a partir de 2022, ainda abaixo da meta de 95% (**Gráfico 1**).

Em relação à cobertura da 1ª dose da VIP por região e ano, houve declínio nacional entre 2019 e 2021, em que a cobertura passou de 84,19% em 2019 para 76,79% em 2020, atingindo o menor valor em 2021 (71,04%). Nos anos seguintes, verificou-se um movimento de retomada, alcançando 90,37% em 2024. Regionalmente, o Sul destacou-se com os melhores indicadores com 93,96% em 2024. O Sudeste também apresentou recuperação, atingindo 91,15% no mesmo ano.

Em contrapartida, o Norte registrou os piores percentuais em 2021, com apenas 62,29%, embora tenha recuperado para 84,32% em 2024. O Nordeste apresentou padrão semelhante, passando de 90,04% em 2018 para 68,53% em 2021 e voltando a subir para 90,14% em 2024 (**Gráfico 1**).

**Gráfico 1 -** Coeficiente (%) da meta e cobertura da vacina inativada da pólio (VIP) no Brasil, 2017 – 2024.

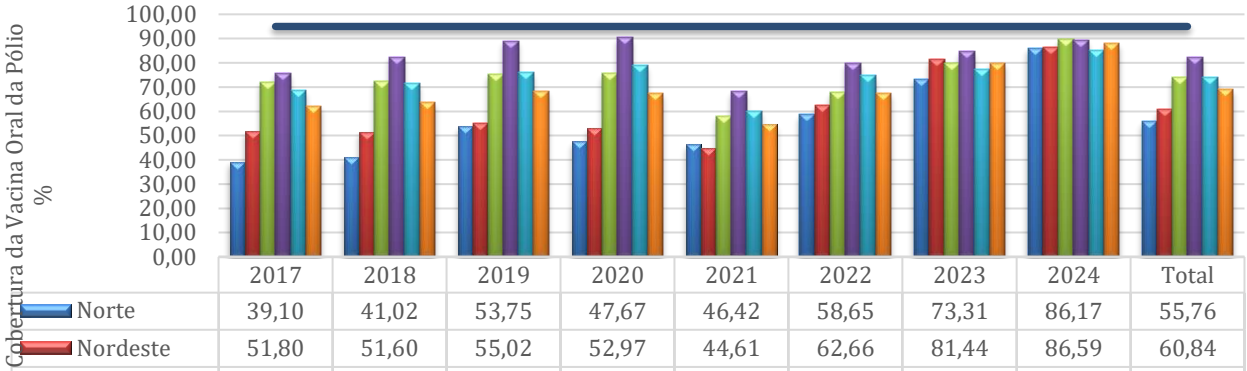



| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 75,67 | 77,06 | 79,59 | 65,69 | 62,29 | 71,24 | 81,76 | 84,32 |
| Nordeste | 81,92 | 90,04 | 82,73 | 73,11 | 68,53 | 78,50 | 90,64 | 90,14 |
| Sudeste | 87,56 | 92,66 | 84,54 | 78,28 | 71,53 | 75,14 | 88,15 | 91,15 |
| Sul | 89,82 | 89,91 | 89,04 | 86,50 | 79,98 | 83,10 | 92,63 | 93,96 |
| Centro-Oeste | 84,44 | 88,59 | 85,40 | 80,47 | 74,22 | 80,50 | 86,67 | 89,67 |
| Brasil | 84,74 | 89,54 | 84,19 | 76,79 | 71,04 | 77,20 | 88,62 | 90,37 |
| Meta | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 |

**Fonte:** Costa LPS, et al., 2026; Dados extraídos doDepartamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A análise da cobertura vacinal referente ao reforço com a VOP revelou um impacto ainda mais acentuado no período de 2020 a 2022. A cobertura nacional, que era de 68,45% em 2019, caiu para 54,61% em 2021, recuperando-se para 87,93% em 2024. A região Sul novamente se destacou com a taxa de 89,21% em 2024. A região Norte, que historicamente apresentou os menores índices, partiu de 39,10% em 2017 e atingiu 86,17% em 2024. No Nordeste, a cobertura oscilou de 51,60% (2018) para 86,59% (2024). O Centro-Oeste variou entre 68,58% (2017) e 85,20% (2024) (**Gráfico 2**).

**Gráfico 2 -** Coeficiente (%) da meta e cobertura da vacina oral da polio (VOP) no Brasil, 2017 – 2024.



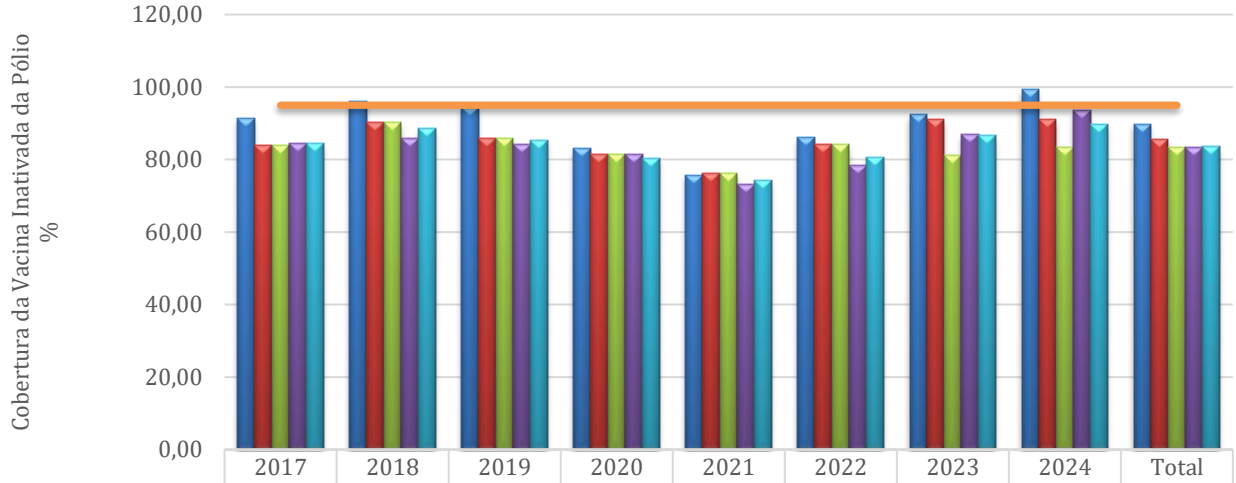

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte | 39,10 | 41,02 | 53,75 | 47,67 | 46,42 | 58,65 | 73,31 | 86,17 | 55,76 |
| Nordeste | 51,80 | 51,60 | 55,02 | 52,97 | 44,61 | 62,66 | 81,44 | 86,59 | 60,84 |
| Sudeste | 72,13 | 72,51 | 75,50 | 75,69 | 58,18 | 67,74 | 79,72 | 89,60 | 73,88 |
| Sul | 75,79 | 82,47 | 89,10 | 90,45 | 68,31 | 79,92 | 84,55 | 89,21 | 82,48 |
| Centro-Oeste | 68,58 | 71,40 | 76,11 | 78,93 | 60,13 | 74,76 | 77,18 | 85,20 | 74,04 |
| Brasil | 62,26 | 63,62 | 68,45 | 67,58 | 54,61 | 67,56 | 79,93 | 87,93 | 68,99 |
| Meta | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 |

**Fonte:** Costa LPS, et al., 2026; Dados extraídos doDepartamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Especificamente na região Centro-Oeste, a cobertura para a 1ª dose da VIP apresentou significativas oscilações entre estados. Mato Grosso do Sul destacou-se em 2024, com 99,30% de cobertura. Em ritmo

de ascensão, o Mato Grosso alcançou 91,11% no mesmo ano. Goiás, por outro lado, manteve-se historicamente abaixo da meta, variando de 84,41% (2017) a 83,46% (2024). Já no Distrito Federal, foi observada melhora gradual, de 84,41% (2017) para 93,62% (2024) (**Gráfico 3**).

**Gráfico 3 -** Coeficiente (%) da meta e cobertura da vacina inativada da pólio (VIP) na região Centro-oeste, 2017 – 2024.




| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MS | 91,49 | 95,95 | 94,41 | 83,16 | 75,71 | 86,07 | 92,51 | 99,30 | 89,82 |
| MT | 84,07 | 90,27 | 85,81 | 81,50 | 76,29 | 84,17 | 91,02 | 91,11 | 85,53 |
| GO | 84,07 | 90,27 | 85,81 | 81,50 | 76,29 | 84,17 | 81,27 | 83,46 | 83,35 |
| DF | 84,41 | 86,03 | 84,32 | 81,54 | 73,23 | 78,33 | 86,86 | 93,62 | 83,54 |
| Centro-Oeste | 84,44 | 88,59 | 85,40 | 80,47 | 74,22 | 80,50 | 86,67 | 89,67 | 83,74 |
| Meta | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 | 95,00 |

**Fonte:** Costa LPS, et al., 2026; Dados extraídos doDepartamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

## DISCUSSÃO

A análise temporal dos indicadores nacionais entre 2019 e 2021 evidencia uma tendência de queda nas coberturas vacinais, refletindo fragilidades crescentes nas estratégias de imunização e na adesão da população às campanhas públicas. Esse declínio esteve associado à redução da frequência das ações de mobilização comunitária, à falta de regularidade nas campanhas de vacinação em massa e à desarticulação entre os níveis de gestão do sistema de saúde, fatores que comprometeram a homogeneidade da cobertura vacinal no território nacional (FERNANDES EG, et al., 2024).

Paralelamente, o fortalecimento do movimento antivacina e a propagação de desinformação nas redes sociais contribuíram para o aumento da hesitação vacinal, sobretudo em grupos populacionais com menor acesso a informações qualificadas. Como consequência, observou-se a formação de áreas de suscetibilidade — regiões com cobertura vacinal insuficiente — que ameaçam a manutenção da imunidade coletiva e ampliam o risco de reintrodução de doenças imunopreveníveis (ROCCI IR, 2021).

As disparidades regionais no presente estudo, também constituem um ponto de reflexão. A região Sul apresentou desempenho superior, o que pode estar relacionado a melhores indicadores socioeconômicos, maior acesso a serviços de saúde e campanhas eficazes. Em contrapartida, as regiões Norte e Nordeste registraram os piores percentuais, além de apresentarem recuperação tardia quando comparadas às demais, influenciadas por desigualdades socioeconômicas persistentes, limitações estruturais e barreiras de acesso aos serviços de saúde (NASCIMENTO LMD, et al., 2024).

Essa discrepância reforça a existência de desigualdades históricas que afetam a saúde pública no país, como barreiras geográficas, dificuldades logísticas de transporte e conservação de vacinas, além de fragilidades estruturais em municípios menores e mais afastados. Ignorar tais disparidades pode favorecer a

formação de bolsões de suscetibilidade, onde a circulação viral, caso reintroduzida, encontraria terreno propício para novos surtos (PALMIERI IGS, et al., 2023; BRAGA BRJ, et al., 2022; CARVALHO BG, et al., 2024).

A nível goiano, foram evidenciados desafios significativos na manutenção de altas coberturas vacinais em Goiás. Segundo a Superintendência de Vigilância em Saúde do estado, em 2022, Goiás apresentou cobertura vacinal contra a poliomielite muito abaixo da meta preconizada, com muitos municípios registrando índices inferiores a 80% para a terceira dose da VIP. O relatório destacou ainda que 12,7% dos municípios goianos apresentavam risco muito alto para a reintrodução do poliovírus, enquanto 63,5% estavam em situação de risco alto, devido à combinação de baixa cobertura, alta taxa de abandono vacinal e baixa homogeneidade. A análise enfatiza que, mesmo em estados com capacidade operacional estruturada, fatores como desinformação, hesitação vacinal, falhas na busca ativa e descontinuidade nas campanhas contribuem para a formação de bolsões de suscetibilidade (DOURADO P, 2022).

Estudo recente avaliou o risco de transmissão de doenças evitáveis por vacinação nos municípios brasileiros, considerando indicadores como cobertura vacinal, taxa de abandono e homogeneidade da imunização — parâmetros fundamentais para medir a capacidade de manutenção da imunidade coletiva. Os achados indicaram que, em 2022, cerca de 72% dos municípios apresentavam alto ou muito alto risco para a disseminação de doenças preveníveis, percentual que diminuiu para aproximadamente 65% em 2023. Mas, apesar dessa melhora discreta, o cenário ainda revela amplas áreas vulneráveis, especialmente em regiões com cobertura vacinal desigual e presença de bolsões populacionais suscetíveis (ARAÚJO ACM, et al., 2025a).

Outro achado relevante diz respeito à diferença entre os índices de cobertura da primeira dose da VIP e os reforços da VOP. Historicamente, observa-se maior adesão à dose inicial, que atingiu valores como 84,19% em 2019, 76,79% em 2021 e 90,37% em 2024. Já os reforços com a VOP apresentaram coberturas inferiores no mesmo período, partindo de 63,62% em 2019, caindo para 54,61% em 2021 e chegando a 87,93% em 2024. Essa discrepância revela não apenas desafios operacionais do sistema de saúde, mas também falhas na comunicação com a população, que muitas vezes acredita, de forma equivocada, que uma ou duas doses já conferem imunidade plena. Essa percepção é agravada pelo crescimento do ceticismo em relação às vacinas e pela circulação de informações falsas, fatores que contribuem para a hesitação vacinal (CAMPOS ALV, NASCIMENTO DR e MARANHÃO E, 2003; TAVARES FN, 2015; VERANI JFS e LAENDER F, 2020).

Afinal, o fenômeno das fake news tem favorecido a difusão de teorias conspiratórias e conteúdos sem respaldo científico, os quais comprometem a confiança da população nas vacinas. Este fato, não apenas alimenta dúvidas quanto à segurança e à eficácia dos imunizantes, mas também potencializa o movimento antivacina, fomentando a queda nas coberturas vacinais em diferentes regiões do país. A experiência brasileira recente demonstra que, quando associada a desigualdades socioeconômicas e falhas na comunicação institucional, a desinformação amplia a vulnerabilidade da população e pode favorecer novos surtos (SANTOS NF, 2024).

Os achados do estudo de Ribeiro et al. (2024), revelam, portanto, que a atual crise vacinal no Brasil é multifatorial, envolvendo dimensões numéricas, políticas, sociais e culturais. O simples monitoramento de percentuais de cobertura não é suficiente para reverter o quadro. São necessárias políticas públicas permanentes que unam esforços de vigilância epidemiológica, busca ativa de não vacinados, fortalecimento da atenção primária e campanhas de comunicação social capazes de combater a desinformação e reconstruir a confiança da população nas vacinas (NASCIMENTO LMD, et al., 2024).

Sob tal viés, evidencia-se o microplanejamento operacional (OM) como instrumento fundamental para superar desafios locais — como dificuldades logísticas, identificação de áreas vulneráveis e priorização de recursos — e pode atuar como mecanismo de fechamento de bolsões de suscetibilidade no âmbito municipal e estadual. O estudo de Araújo et al. (2025) evidencia que, entre os municípios brasileiros, apenas 45,75 % alcançaram adesão plena ao OM para atividades de vacinação de alta qualidade, enquanto muitos implementaram apenas parte das ações recomendadas. Municípios com aderência completa ao microplanejamento conseguiram atingir as metas de cobertura vacinal para vacinas como polio (D3),

pneumocócica 10-valente e triple viral. Já entre os estados com adesão total ao OM, observou-se aumento estatisticamente significativo na cobertura das vacinas pentavalente, polio e pneumocócica (ARAÚJO ACM, et al., 2025b).

Ao definir com clareza metas, mapeamentos georreferenciados de localidades com baixa cobertura, estabelecer comitês intersetoriais e promover reuniões regulares entre vigilância e atenção primária, permite identificar falhas no fluxo vacinal, prever demandas de mobilização e direcionar intervenções focalizadas. Em situações de cobertura vacinal instável ou em queda, sua utilização intensificada pode acelerar a recuperação dos níveis de imunização, especialmente em regiões historicamente vulneráveis. Ademais, mesmo em ambientes com recursos escassos, a adoção sistemática do microplanejamento pode maximizar o impacto das campanhas — pois distribui esforços onde o retorno em cobertura é mais crítico (ARAÚJO ACM, et al., 2025b).

Em 2025, o Ministério da Saúde lançou uma nova Campanha Nacional de Vacinação para crianças e adolescentes de até 15 anos, com o objetivo de ampliar a cobertura e atualizar o esquema vacinal do país. Integrada ao PNI, a iniciativa ofereceu todas as vacinas do calendário básico — incluindo poliomielite, HPV, febre amarela e sarampo — em unidades de saúde e em ações extramuros. A campanha também buscou reforçar a cultura vacinal e reduzir bolsões de suscetibilidade em diferentes regiões, enfatizando a vacinação como ferramenta de proteção coletiva e reafirmando o compromisso nacional com a erradicação de doenças imunopreveníveis (AGÊNCIA GOV, 2025; BRASIL, 2025a).

Em Goiás, a campanha estadual de multivacinação complementou a estratégia nacional, com ações focadas na identificação de crianças e adolescentes com doses em atraso, busca ativa de não vacinados e orientação às famílias sobre a importância da imunização completa. Por meio de comunicação local e mobilização comunitária, a iniciativa buscou ampliar a cobertura vacinal e garantir maior homogeneidade no estado (GOVERNO DE GOIÁS, 2025).

Partindo disso, evidencia-se que a simples existência de políticas nacionais de imunização não é suficiente, sua tradução em ação local por meio de microplanejamento de qualidade é o diferencial dos municípios que alcançam metas vacinais daqueles que ficam aquém (FERNANDES EG, et al., 2024). Ou seja, para avançar no controle e manutenção da poliomielite e outras doenças imunopreveníveis, é sugestivo reforçar não apenas o financiamento e a logística, mas também a adesão local ao microplanejamento como paradigma institucional que articula estratégia, monitoramento e execução focalizada.

Nesse contexto, chama-se atenção para o grande potencial de resposta vacinal na meta (95%) contra a poliomielite, refletido na expressiva e progressiva recuperação dos índices de cobertura a partir de 2022. Os dados analisados demonstram que o retorno à intensificação das campanhas nacionais, aliado a esforços localizados, foi capaz de reverter o declínio acentuado, elevando as taxas da primeira dose (VIP) de 71,04% em 2021 para 90,37% em 2024. Essa melhoria atesta que a mobilização coordenada e o direcionamento de recursos são eficazes, sendo exemplificada pela região Centro-Oeste, que, apesar das oscilações em estados como Goiás, conseguiu elevar sua média regional para 89,67% em 2024. Portanto, a trajetória recente, marcada por um aumento de quase 20 pontos percentuais em apenas três anos, reforça a perspectiva de que a continuidade e aprimoramento dessas estratégias de busca ativa e vacinação serão suficientes para consolidar a cobertura nacional de 95% e sustentar a erradicação da doença. Por fim, por se tratar de dados secundários, o estudo está sujeito a inconsistências de notificação, falhas de registro e atrasos na consolidação das informações, o que pode impactar a precisão dos resultados.

## CONCLUSÃO

A análise da cobertura vacinal contra a poliomielite no Brasil entre 2017 e 2024 revela um panorama de avanços e retrocessos que refletem tanto conquistas históricas quanto desafios contemporâneos, evidenciados pelas oscilações nos índices de vacinação e pela fragilidade crescente na manutenção da imunidade coletiva, sobretudo entre 2019 e 2021, quando todas as regiões apresentaram níveis críticos de cobertura. As desigualdades regionais, mais acentuadas nas regiões Norte e Nordeste, pode indicar que a

vulnerabilidade epidemiológica permanece influenciada por fatores socioeconômicos, logísticos e estruturais, como a distribuição heterogênea de vacinas, a descontinuidade de campanhas e limitações operacionais dos serviços de saúde. Simultaneamente, o avanço da desinformação e o fortalecimento do movimento antivacina intensificaram a hesitação vacinal, impactando diretamente as coberturas, especialmente em contextos de crise sanitária e social. Nesse cenário, o microplanejamento operacional destaca-se como ferramenta para aprimorar as ações de imunização ao permitir a identificação de áreas de baixa cobertura, a otimização de recursos e o direcionamento estratégico de esforços. Os achados reforçam a urgência de revalorizar as políticas de imunização no país, integrando gestão técnica, vigilância ativa e educação em saúde, de modo que a manutenção de coberturas homogêneas e superiores a 95% assegure a erradicação definitiva da poliomielite e previna a reintrodução do poliovírus, ainda considerado uma ameaça à saúde pública global.

## REFERÊNCIAS


1. AGÊNCIA GOV. Ministério da Saúde lança Campanha Nacional de Vacinação para proteção de crianças e adolescentes de até 15 anos de idade. Brasília (DF): Agência Gov; 2025. Disponível em: https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202510/ministerio-da-saude-lanca-campanha-nacional-de-vacinacao-para-protecao-de-criancas-e-adolescentes-de-ate-15-anos-de-idade. Acessado em: 12 out. 2025.
2. ARAÚJO ACM, et al. Classification of risk for transmission of vaccine-preventable diseases in Brazilian municipalities: comparative analysis before and after the national movement for vaccination and multivaccination proposed by the Ministry of Health as of 2023. BMC Public Health, 2025; 25(1): 527.
3. ARAÚJO ACM, et al. Evaluation of the adherence of municipalities and states to the Ministry of Health's microplanning for high-quality vaccination activities and the increase in vaccination coverage in Brazil. BMC Public Health, 2025; 25(1): e25-18.
4. BRAGA BRJ, et al. Poliomielite: características gerais, epidemiologia, diagnóstico e tratamento – uma revisão de literatura. RevCientRegBiomed, 2022; 2(1): 1–10.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Poliomielite. Brasília (DF): Ministério da Saúde; [data desconhecida]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/poliomielite. Acessado em: 12 out. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança Campanha Nacional de Vacinação para proteção de crianças e adolescentes de até 15 anos de idade. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/outubro/ministerio-da-saude-lanca-campanha-nacional-de-vacinacao-para-protecao-de-criancas-e-adolescentes-de-ate-15-anos-de-idade. Acessado em: 12 out. 2025.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde alerta para novo esquema vacinal da poliomielite. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: https://goias.gov.br/saude-alerta-para-novo-esquema-vacinal-da-poliomielite/. Acessado em: 26 out. 2024.
8. CAMPOS ALV, NASCIMENTO DR, MARANHÃO E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. HistCiencSaude Manguinhos, 2003; 10(Suppl 2): 573–600.
9. CARVALHO BG, et al. Situação vacinal entre crianças indígenas e não indígenas de uma cidade no estado de Mato Grosso do Sul. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(11): e16040.
10. DOURADO P. Pólio: baixa cobertura vacinal e o risco iminente de novas infecções. Goiânia: Governo de Goiás; 2022. Disponível em: https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/files/conecta-sus/produtos-tecnicos/2022/P%C3%B3lio%20-%20baixa%20cobertura%20vacinal%20e%20o%20risco%20iminente%20de%20novas%20infec%C3%A7%C3%B5es.pdf. Acessado em: 12 out. 2025.
11. FERNANDES EG, et al. Restoring high vaccine coverage in Brazil: successes and challenges. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/7738/version/8184. Acessado em: 12 out. 2025.

12. GOVERNO DE GOIÁS. Governo de Goiás lança campanha de multivacinação. Goiânia: Governo de Goiás; 2025. Disponível em: https://goias.gov.br/saude/governo-de-goias-lanca-campanha-de-multivacinacao/. Acessado em: 13 out. 2025.
13. NATHANSON N, KEW OM. From emergence to eradication: the epidemiology of poliomyelitis deconstructed. Am J Epidemiol, 2010; 172(11): 1213–29.
14. NASCIMENTO LMD, et al. Estratégia do Ministério da Saúde do Brasil para aumento das coberturas vacinais nas fronteiras. Rev Panam Salud Publica, 2024; 48: e18.
15. PALMIERI IGS, et al. Vaccination coverage of triple viral and poliomyelitis in Brazil, 2011–2021: temporal trend and spatial dependency. RevBrasEpidemiol, 2023; 26: e230023.
16. RIBEIRO BDS, et al. Conhecimento dos principais motivos da baixa adesão vacinal infantil de 0 a 4 anos. RevContemp, 2024; 4(11): e6738.
17. ROCCI IR. O movimento antivacina e a hesitação vacinal: uma revisão integrativa. 2021. Disponível em: https://bdta.abcd.usp.br/directbitstream/.../TCC_Ingrid%20Rieger%20Rocci.pdf. Acessado em: 12 out. 2025.
18. SANTOS NF. The importance of the vaccination schedule and the impact of fake news on adherence. Res SocDev, 2024; 13(6): e5813645995.
19. SILVEIRA B, et al. Atualização em poliomielite. Rev Med Minas Gerais, 2019; 29(Suppl 1): S74–9.
20. TAVARES FN. O início do fim da poliomielite: 60 anos do desenvolvimento da vacina. RevPanamazonicaSaude, 2015; 6(3): 9–11.
21. VERANI JFS, LAENDER F. A erradicação da poliomielite em quatro tempos. CadSaude Publica, 2020; 36(Suppl 2): e00248019.