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

Cobertura vacinal no primeiro ano de vida no Brasil pós-pandemia: trajetórias recentes e prioridades operacionais

Vaccination coverage in the first year of life in post-pandemic Brazil: recent trajectories and operational priorities

Cobertura de vacunación en el primer año de vida en Brasil pospandemia: trayectorias recientes y prioridades operativas

Ricardo José Razera[1], Érika Yuki Mogami Bomfim[1,2], Ana Paula Rocha Veiga[2].

RESUMO

Objetivo: Descrever a evolução temporal (2010-2025) e as disparidades regionais das coberturas da pentavalente (3ª dose), VIP (3ª dose) e tríplice viral (1ª dose) no Brasil, integrando TabNet/DATASUS e RNDS, e discutir ações operacionais prioritárias para fortalecer a equidade territorial. **Métodos:** Realizou-se estudo ecológico descritivo com análise temporal de dados secundários do TabNet/DATASUS (2010-2022) e da RNDS (2023-2025), focando na pentavalente, VIP e tríplice viral, complementado por revisão documental da literatura para contextualização dos achados. **Resultados:** Em 2024, as coberturas nacionais atingiram 90,16% para a pentavalente (3ª dose), 90,32% para a VIP (3ª dose) e 95,75% para a tríplice viral (1ª dose), com disparidades regionais de até 10 pontos percentuais entre Sul e Norte. A recuperação foi impulsionada pelo microplanejamento, busca ativa e vacinação em escolas, porém os ganhos permanecem frágeis e desiguais. **Conclusão:** A consolidação dos avanços requer institucionalização das estratégias exitosas, harmonização dos sistemas de informação e foco em equidade territorial.

Palavras-chave: Cobertura vacinal, Programas de imunização, Desigualdades em saúde, Hesitação vacinal, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To describe the temporal evolution (2010-2025) and regional disparities in pentavalent (3rd dose), IPV (3rd dose), and MMR (1st dose) vaccination coverage in Brazil, integrating TabNet/DATASUS and RNDS data, and to discuss operational priorities to strengthen territorial equity. **Methods:** An ecological descriptive study with temporal analysis of secondary data from TabNet/DATASUS (2010-2022) and RNDS (2023-2025) was conducted, focusing on pentavalent, IPV, and MMR vaccines, complemented by a documentary review of the literature for contextualization of findings. **Results:** In 2024, national coverage reached 90.16% for pentavalent (3rd dose), 90.32% for IPV (3rd dose), and 95.75% for MMR (1st dose), with regional disparities of up to 10 percentage points between South and North regions. **Discussion:** Recovery was driven by microplanning, active case-finding, and school-based vaccination, yet gains remain fragile and uneven.

[1] Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo – SP.
[2] Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER), São Paulo – SP.

SUBMETIDO EM: 2/2026 | **ACEITO EM: 3/2026** | **PUBLICADO EM: 4/2026**

Conclusion: Consolidating advances requires institutionalizing successful strategies, harmonizing information systems, and focusing on territorial equity.

Keywords: Vaccination coverage, Immunization programs, Health inequities, Vaccine hesitancy, Brazil.

RESUMEN

Objetivo: Describir la evolución temporal (2010-2025) y las disparidades regionales de las coberturas de la pentavalente (3ª dosis), VIP (3ª dosis) y triple vírica (1ª dosis) en Brasil, integrando TabNet/DATASUS y RNDS, y discutir acciones operativas prioritarias para fortalecer la equidad territorial. **Métodos:** Se realizó estudio ecológico descriptivo con análisis temporal de datos secundarios del TabNet/DATASUS (2010-2022) y de la RNDS (2023-2025), enfocándose en la pentavalente, VIP y triple vírica, complementado por revisión documental de la literatura para contextualización de los hallazgos. **Resultados:** En 2024, las coberturas nacionales alcanzaron 90,16% para la pentavalente (3ª dosis), 90,32% para la VIP (3ª dosis) y 95,75% para la triple vírica (1ª dosis), con disparidades regionales de hasta 10 puntos porcentuales entre Sur y Norte. La recuperación fue impulsada por la microplanificación, búsqueda activa y vacunación en escuelas, aunque los avances siguen siendo frágiles y desiguales. **Conclusión:** La consolidación de los avances requiere institucionalizar las estrategias exitosas, armonizar los sistemas de información y enfocarse en la equidad territorial.

Palabras clave: Cobertura de vacunación, Programas de inmunización, Inequidades en salud, Vacilación a la vacunación, Brasil.

INTRODUÇÃO

Instituído em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) consolidou-se como uma política pública revolucionária, posicionando o Brasil em destaque no cenário internacional por décadas (DOMINGUES CMAS, et al., 2020; WEETS CM, et al., 2025). Ao longo de mais de 40 anos, o país assegura acesso universal e gratuito a um calendário vacinal progressivamente expandido, mantendo, em determinados períodos, níveis de cobertura próximos ou superiores a 95% para múltiplos imunizantes infantis, patamar considerado padrão-ouro pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2025; OPAS, 2023). Entre seus marcos mais significativos estão a erradicação da circulação do poliovírus selvagem, a certificação da erradicação da rubéola e a interrupção da transmissão endêmica do sarampo até 2016 (DOMINGUES CMAS, et al., 2020).

Esse sucesso foi alicerçado por uma robusta estrutura composta por vacinas de última geração, o fortalecimento da cadeia de frio e dos sistemas de informação, bem como pela capacidade produtiva de instituições públicas como a Bio-Manguinhos/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto Butantan, que garantem, até os dias atuais, autonomia e regularidade na oferta (DOMINGUES CMAS, et al., 2020; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2025). Em conjunto, esses avanços reduziram drasticamente a mortalidade infantil e consolidaram o Brasil como referência técnica e operacional em imunizações até meados da década de 2010 (DOMINGUES CMAS, et al., 2020).

Contudo, a partir de 2014, observou-se um declínio vertiginoso e preocupante nas taxas de cobertura vacinal, especialmente no primeiro ano de vida (WHO e UNICEF, 2024; ALVES YM, et al., 2024). Imunizantes essenciais, como a tríplice viral, a pentavalente e a vacina contra a poliomielite, que em 2014 encontravam-se com coberturas superiores a 95%, viram seus indicadores paulatinamente declinarem. O ápice dessa crise ocorreu em 2022, quando as coberturas atingiram níveis calamitosos de 77,24% para a pentavalente e 77,20% para a poliomielite, resultando no não atingimento de nenhuma das metas vacinais do PNI naquele ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025).

Essa queda não foi um evento súbito, mas uma crise insidiosa, cujos sinais já eram visíveis desde 2012 e se intensificaram a partir de 2016, antes mesmo da pandemia de COVID-19. Esta, portanto, atuou como catalisador de um processo já fragilizado (MOURA C, et al., 2022). Os retrocessos refletiam uma complexa

interação de fatores, incluindo não apenas desorganização na produção e interrupções na rotina de postos de saúde, mas também, de forma crucial, barreiras de demanda ligadas à confiança, à conveniência e à comunicação. Estudos multicêntricos no Brasil sugeriram que essas dimensões de procura se mostraram sobremaneira relevantes no contexto do fenômeno de hesitação vacinal (FRANÇA AP, et al., 2025). Sobre esta última, em 2019 a OMS já classificava a hesitação vacinal como uma das dez maiores ameaças à saúde global, um alerta que viria a se materializar no Brasil com a reintrodução do sarampo e o risco iminente do retorno da poliomielite.

A redução da cobertura vacinal vulnerabilizou grupos etários críticos e criou um acúmulo de indivíduos suscetíveis, elevando o risco de ressurgimento de doenças de alta transmissibilidade (KIANG MV, et al., 2025; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025; OPAS, 2025). O sarampo, com número básico de reprodução (R_0) estimado entre 12 e 18, funciona como termômetro epidemiológico, cuja interrupção da transmissão exige coberturas vacinais homogêneas e sustentadas de 95% ou mais (DO LHH, et al., 2025). A falha em manter esse patamar teve consequências diretas e graves: após ser certificado como país livre da doença em 2016, o Brasil enfrentou a reintrodução do vírus em 2018, associada à queda na vacinação e a fluxos migratórios. O retrocesso levou a surtos de grande magnitude, principalmente nos estados do Amazonas e de Roraima, culminando na perda da certificação em 2019. Em resposta, o Ministério da Saúde implementou intensas campanhas de vacinação e fortaleceu a vigilância epidemiológica, conseguindo interromper a circulação do vírus, cujo último caso foi registrado em junho de 2022 e reconquistar a certificação de eliminação da OPAS/OMS em novembro de 2024 (OPAS, 2025).

Nesse cenário, as metas programáticas de 95% para a maioria dos imunizantes infantis e 90% para BCG e rotavírus não são arbitrárias, representando o limiar necessário para evitar a transmissão sustentada e minimizar a formação de bolsões de não vacinados (OPAS, 2023). Diante da gravidade do cenário, uma resposta nacional robusta tornou-se imperativa. Em 2022, a partir de uma iniciativa articulada entre a Fiocruz, a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) e o Ministério da Saúde, foi lançado o Projeto pela Reconquista das Altas Coberturas Vacinais (PRCV) (HOMMA A, et al., 2023). Em 2023, essa resposta foi ampliada e institucionalizada pelo Governo Federal por meio do Movimento Nacional pela Vacinação, que adotou uma abordagem combinada de multivacinação, intensificação da busca ativa e microplanejamento, com o objetivo central de regularizar esquemas em atraso e recuperar oportunidades perdidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivodescrever a evolução temporal (2010-2025) e as disparidades regionais das coberturas vacinais da pentavalente (3ª dose), da VIP (3ª dose) e da tríplice viral (1ª dose) no primeiro ano de vida no Brasil e suas macrorregiões, por residência. Foram integrados dados históricos do TabNet/DATASUS com registros atuais da RNDS para avaliar a efetividade das estratégias de recuperação implementadas a partir de 2023. É importante salientar, no entanto, que a análise contempla o ano de 2025 apenas até o mês de setembro, quando os dados foram extraídos para a presente análise, podendo, para este ano, os resultados se apresentarem de maneira parcial. Assim, almeja-se propor prioridades operacionais que possam consolidar os avanços recentes, com foco na redução das desigualdades territoriais e no fortalecimento da equidade em saúde.

MÉTODOS

Delineamento e análise

Realizou-se estudo ecológico descritivo com análise temporal de dados administrativos nacionais, complementado por revisão documental da literatura científica para contextualização e discussão dos achados. O delineamento ecológico descritivo é caracterizado pela análise de dados agregados em nível populacional, sem identificação individual, permitindo a avaliação de tendências temporais e a comparação entre unidades geográficas. Este tipo de estudo é amplamente empregado em vigilância epidemiológica e avaliação de programas de saúde pública, pois possibilita identificar padrões populacionais e orientar a formulação de políticas baseadas em evidências.

A análise temporal abrangeu o período de 2010 a 2025, sendo dividida em duas fases metodológicas em razão da transição dos sistemas de informação do PNI: de 2010 a 2022, os dados foram extraídos do sistema consolidado TabNet/DATASUS e de 2023 a 2025 utilizou-se a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Essa transição reflete um dos desafios centrais enfrentados atualmente pelo PNI no que tange à harmonização e padronização dos sistemas de registro. A leitura temporal foi realizada mediante comparação por marcos históricos e análise descritiva de tendências, com atenção especial aos anos de 2010, 2015, 2019 (pré-pandemia), 2022 (nadir das coberturas) e 2023-2025 (período de recuperação). Para lidar com coberturas superiores a 100%, estas foram interpretadas como indicadores potenciais de doses vacinais além das previstas ou de registros duplicados, sendo apresentadas sem ajustes, mas com notas explicativas. Os dados de 2025 foram considerados parciais, uma vez que a coleta ocorreu em setembro daquele ano, e a interpretação foi feita com essa ressalva.

As estimativas históricas de cobertura vacinal, para o período de 2010 a 2022, foram coletadas do sistema consolidado do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (TabNet/DATASUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025a). Para o período corrente, de 2023 a 2025, os dados foram extraídos da nova plataforma de registro das doses vacinais, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) (RNDS, 2025).

A análise focou em três imunizantes traçadores do calendário do primeiro ano de vida: a 3ª dose da vacina pentavalente, a 3ª dose da vacina inativada contra poliomielite (VIP) e a 1ª dose da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). A cobertura vacinal foi definida como a razão entre o número de doses registradas (numerador) e a população-alvo no período (denominador), multiplicada por 100. O denominador foi baseado nos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024a). A busca por informações secundárias priorizou a leitura por residência, que reflete com maior precisão a cobertura da população adscrita a um determinado território.

Para contextualizar e contrapor os achados quantitativos, foi conduzida uma revisão narrativa da literatura nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, além de documentos técnicos de órgãos como o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS. A estratégia de busca utilizou os descritores "vaccination coverage", "immunization programs", "Brazil", "vaccine hesitancy" e "primary health care", combinados com operadores booleanos. Foram selecionados estudos e relatórios publicados entre 2010 e 2025 que abordassem determinantes de cobertura vacinal, estratégias de recuperação e sistemas de informação em imunização. A contraposição entre os dados administrativos e a literatura permitiu identificar concordâncias e divergências entre as tendências observadas e as evidências científicas disponíveis, bem como elucidar os mecanismos subjacentes às variações encontradas.

RESULTADOS

A análise dos dados revela uma notável recuperação da cobertura vacinal no Brasil a partir de 2023, revertendo a tendência de queda da década anterior. Conforme ilustrado no Gráfico 1, os indicadores, que atingiram seu ponto mais baixo em 2022, apresentaram uma ascensão consistente nos anos subsequentes.

Em 2024, as estimativas nacionais alcançaram 90,16% para a 3ª dose da pentavalente, 90,32% para a VIP (3ª dose) e 95,75% para a 1ª dose da tríplice viral. A magnitude da recuperação é expressiva: em relação ao nadir de 2022, os aumentos foram de 12,92 pontos percentuais para a pentavalente, 13,12 para a VIP e 15,05 para a tríplice viral. Esse avanço permitiu que o país se aproximasse ou atingisse as metas programáticas para imunizantes cruciais, reduzindo significativamente o risco coletivo de surtos de doenças imunopreveníveis (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Cobertura vacinal para imunizantes traçadores do primeiro ano de vida, Brasil, 2010-2025.



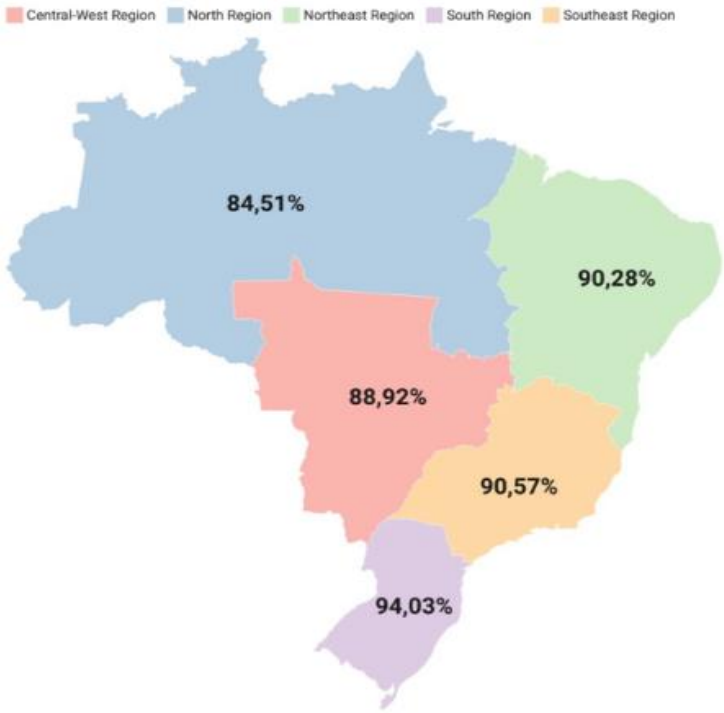
Fonte: Razera RJ, et al., 2026. Dados extraídos de TabNet/DATASUS (2010, 2015, 2019, 2022) e RNDS por residência (2023-2025). *Nota: 2025 = parcial. VIP = vacina inativada contra poliomielite, 3ª dose.*

A recuperação foi heterogênea entre os imunizantes. A 1ª dose da tríplice viral teve o avanço mais rápido e completo, saltando 5,41 pontos percentuais apenas entre 2023 e 2024 e ultrapassando a meta de 95%. A pentavalente e a VIP, embora com uma recuperação robusta, ainda se encontram abaixo da meta ideal de 95%, estabilizando-se em patamar próximo a 90%.

Apesar do sucesso agregado em nível nacional, a análise por macrorregiões para o ano de 2024 revela a persistência de profundas desigualdades espaciais. Uma nítida discrepância geográfica chama a atenção, com as regiões Sul e Sudeste apresentando os melhores desempenhos, enquanto a região Norte registra as coberturas mais baixas.

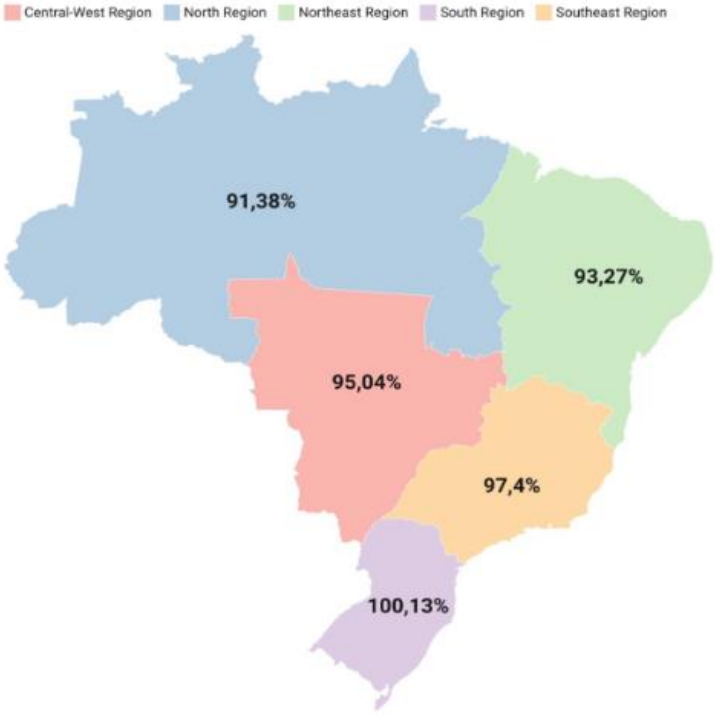
A amplitude da disparidade é notável. Para a pentavalente, a diferença entre a região com maior cobertura (Sul, com 94,03%) e a de menor cobertura (Norte, com 84,51%) foi de 9,52 pontos percentuais (**Figura 2**). Para a tríplice viral, a região Sul alcançou 100,13%, enquanto o Norte ficou em 91,38%, uma diferença de 8,75 pontos percentuais (**Figura 3**). Para a VIP, essa diferença foi ainda maior, de 9,63 pontos percentuais, sendo a região Sul com 93,90% em comparação ao Norte com 84,27% (**Figura 4**). Essas estatísticas descortinam uma realidade preocupante: bolsões de suscetíveis persistem em vastas áreas do território nacional, mesmo quando a média nacional é satisfatória.

Figura 2 - Cobertura vacinal da pentavalente (3ª dose) por macrorregião brasileira, 2024.



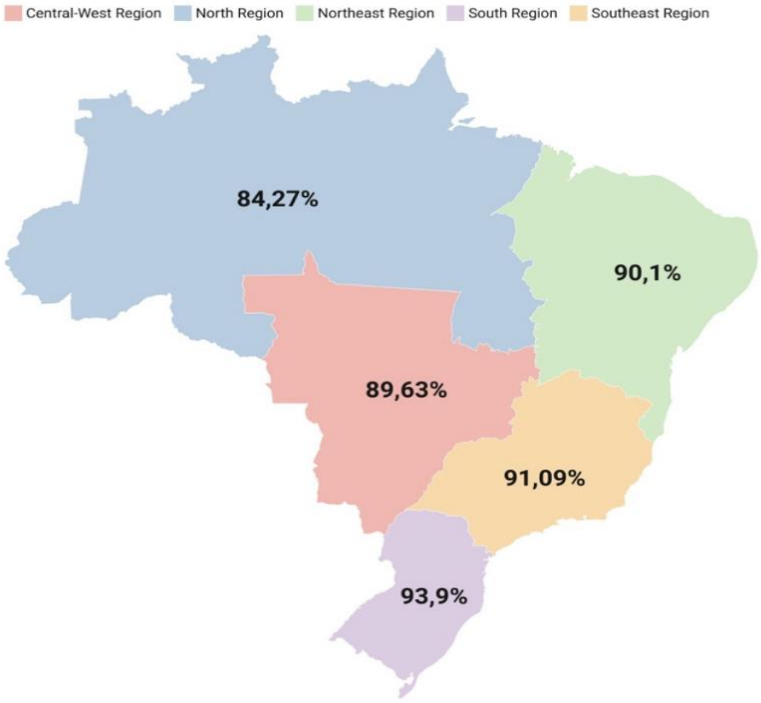
Fonte: Razera RJ, et al., 2026. Dados extraídos de RNDS por residência (2024). VIP = vacina inativada contra poliomielite, 3ª dose.

Figura 3 - Cobertura vacinal da tríplice viral (1ª dose) por macrorregião brasileira, 2024.



Fonte: Razera RJ, et al., 2026. Dados extraídos de RNDS por residência (2024). VIP = vacina inativada contra poliomielite, 3ª dose.

Figura 4 - Cobertura vacinal da vacina inativada contra poliomielite - VIP (3ª dose) por macrorregião brasileira, 2024.



Fonte: Razera RJ, et al., 2026. Dados extraídos de RNDS por residência (2024). VIP = vacina inativada contra poliomielite, 3ª dose.

DISCUSSÃO

A recomposição das coberturas vacinais observada entre 2023 e 2024 não foi um evento espontâneo, mas o resultado de uma arquitetura de execução programática que articulou diferentes frentes de atuação. O sucesso dessas intervenções revela uma mudança de paradigma fundamental na estratégia de imunização do Brasil: a transição de um modelo predominantemente passivo, centrado na oferta em unidades de saúde, para um modelo ativo, comunitário e orientado por dados, que vai ao encontro da população onde ela está (MACINKO J e HARRIS MJ, 2015).

No centro desse projeto está a capilaridade da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). A literatura documenta consistentemente a associação entre uma APS forte e melhores indicadores de saúde, incluindo a vacinação. A maior maturidade e cobertura da ESF nas regiões Sul e Sudeste provavelmente contribuíram para a maior rapidez na recuperação de seus indicadores (GIOVANELLA L, et al., 2021; BASTOS LSL, et al., 2022).

Sobre a base da APS foi implementada a estratégia de microplanejamento nominal, uma ferramenta de gestão territorial que se mostrou imprescindível. Essa abordagem consiste em dividir o território em microáreas, identificar nominalmente cada criança com esquema vacinal em atraso e realizar busca ativa direcionada por meio de visitas domiciliares, contatos telefônicos ou parcerias com escolas. O monitoramento em ciclos curtos permite a realocação tática de recursos para as áreas com maior dificuldade (OPAS e OMS, 2023-2025).

A estratégia diferenciada do PRCV centrou-se no protagonismo dos atores locais e no fortalecimento de uma ampla rede de colaboração, envolvendo poder público e sociedade civil. Entre as ações de maior impacto, destacou-se a implementação de um censo vacinal piloto, no qual Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizavam a identificação nominal mensal de crianças menores de dois anos para a busca ativa dos faltosos, resultando em redução de aproximadamente 50% no número de crianças não vacinadas no período de janeiro a setembro de 2023 (HOMMA A, et al., 2023; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Merece destaque também a vacinação em escolas, que funcionou como um acelerador operacional, removendo barreiras de acesso cruciais para as famílias, como tempo de deslocamento e custos de oportunidade. Os resultados do primeiro semestre de 2025, com mais de um milhão de doses aplicadas em ambiente escolar em cerca de 4,1 mil municípios, corroboram o poder dessa estratégia para acelerar o fechamento de esquemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2025; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2025; SECOM, 2025).

Atingir uma média nacional de 90% ou 95% é uma vitória incompleta caso ela camufle profundas desigualdades que desconsideram as vulnerabilidades específicas de populações historicamente desprotegidas. A diferença de quase 10 pontos percentuais na cobertura da pentavalente entre as regiões Norte e Sul traduz-se em risco real e desproporcional. Em termos práticos, significa que uma criança na região Norte tem probabilidade significativamente maior de não completar seu esquema vacinal primário do que uma criança no Sul (BOING AF, et al., 2024).

Essa disparidade geográfica não é mero reflexo de condições socioeconômicas atuais, mas também o resultado de um desenvolvimento desigual da própria rede de saúde ao longo dos anos. A região Norte, por exemplo, enfrenta desafios logísticos únicos, como vastas distâncias, comunidades ribeirinhas e rurais de difícil acesso e a necessidade de modelos operacionais mais complexos e dispendiosos. Além disso, inquéritos nacionais documentam a sobreposição de outras camadas de iniquidade, como as desigualdades por raça e cor, com maior atraso vacinal observado entre crianças de mães pretas (BOING AF, et al., 2024).

A qualidade e a confiabilidade dos dados são a espinha dorsal de qualquer programa de saúde pública eficaz. A coexistência e a transição do TabNet, um sistema de dados agregados, para a RNDS, uma plataforma de registro nominal e mais moderna, trazem ganhos de precisão e oportunidade, mas também impõem cautelas na interpretação e comparação de dados ao longo do tempo (RNDS, 2025; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024). A RNDS opera com um numerador nominal, identificando cada dose aplicada a um indivíduo via Cadastro de Pessoa Física (CPF) ou Cartão Nacional de Saúde (CNS), o que permite validações por imunobiológico, faixa etária e conformidade ao esquema vacinal, além de maior atenção à remoção de eventuais duplicidades de registros. Em contrapartida, o TabNet historicamente se baseia em um numerador agregado, compilado a partir de sistemas advindos do próprio PNI, o que resulta em menor especificidade nominal e capacidade limitada de eliminação de duplicidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024; WHO e UNICEF, 2024).

Para que os ganhos recentes sejam sustentáveis, é fundamental que haja robustez e transparência informacional. Isso implica acelerar a consolidação da RNDS como fonte única e fidedigna, padronizar as regras de cálculo de numeradores e denominadores e promover auditorias rápidas e reconciliações periódicas com os dados de nascidos vivos (WHO e UNICEF, 2024).

Embora a recuperação recente tenha sido impulsionada por estratégias operacionais que melhoraram o acesso e a conveniência, as barreiras de demanda relacionadas à confiança e à complacência não podem ser ignoradas. O modelo dos 5Cs da hesitação vacinal (confiança, complacência, conveniência, cálculo e responsabilidade coletiva) oferece um arcabouço útil para compreender essa complexidade. O sucesso da vacinação em escolas é prova contundente do peso da dimensão conveniência: ao levar a vacina até as famílias, o sistema removeu um obstáculo logístico que, para muitos, era intransponível (FRANÇA AP, et al., 2025; KOS IA, et al., 2024).

No entanto, a conveniência por si só pode não ser suficiente para garantir a adesão no longo prazo. Inquéritos mostram que, embora a falta da vacina na unidade de saúde seja uma barreira assistencial frequentemente citada, a hesitação motivada por preocupações com eventos adversos ou pela baixa percepção do risco de doenças já controladas também é fator relevante. A disseminação de desinformação e a erosão da confiança nas instituições de saúde são ameaças que requerem estratégias contínuas de comunicação e engajamento comunitário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024c).

As estratégias vistas entre 2023 e 2024 foram bem-sucedidas, pois focaram em resolver os problemas mais imediatos e tangíveis de acesso e conveniência. A sustentabilidade desses ganhos, contudo, dependerá

da capacidade do PNI de reconstruir e fortalecer os laços de confiança com a população, garantindo que a vacinação seja tão acessível quanto percebida como segura, necessária e um ato de cuidado coletivo (OPAS, 2024; WALLACE AS, et al., 2024).

CONCLUSÃO

No período compreendido entre 2023 e 2024, o Brasil reverteu uma década de declínio nas coberturas vacinais infantis, aproximando-se da meta de 95% para a tríplice viral e elevando as coberturas da pentavalente e da VIP para aproximadamente 90%. Essa recuperação foi impulsionada por uma resposta programática articulada, que combinou a força da APS com microplanejamento nominal e ações extramuros, tais como a vacinação em escolas. Contudo, os ganhos obtidos são frágeis, enfrentando desafios como desigualdades regionais, fragilidades na transição dos sistemas de informação e a necessidade de fortalecer a confiança da população nas vacinas. Para consolidar e ampliar os resultados alcançados, é fundamental institucionalizar as estratégias de sucesso como rotinas de vigilância ativa permanentes para assegurar a implementação adequada do PNI, fortalecer a governança da informação com a harmonização de bases de dados, adotar um foco em equidade com metas desagregadas por microáreas e investimentos proporcionais à vulnerabilidade territorial. , Essas medidas, aliadas a uma comunicação social eficaz e baseada em confiança, aumentarão as chances de o Brasil recuperar e sustentar altas e homogêneas coberturas vacinais, assegurando, concomitantemente, a sustentabilidade da APS.

REFERÊNCIAS

1. ALVES YM, et al. Vaccination coverage at birth in Brazil: spatial and temporal trends and the impact of COVID-19 on uptake of BCG and hepatitis B vaccines. Vaccines (Basel), 2024; 12(12): 1434.
2. BASTOS LSL, et al. Primary healthcare protects vulnerable populations from inequity in COVID-19 vaccination: an ecological analysis of nationwide data from Brazil. Lancet Reg Health Am, 2022; 14: 100335.
3. BOING AF, et al. Racial inequalities in child vaccination and barriers to vaccination in Brazil. Epidemiol Serv Saude, 2024; 33(spe2): e20231216.
4. DE MELO ARAÚJO AC, et al. Classification of risk for transmission of vaccine-preventable diseases in Brazilian municipalities before and after the National Movement for Vaccination and Multivaccination 2023. BMC Public Health, 2025; 25: 527.
5. DO LHH, et al. Measles. N Engl J Med, 2025. Epub ahead of print. doi:10.1056/NEJMra2504516.
6. DOMINGUES CMAS, et al. The Brazilian National Immunization Program: 46 years of achievements and challenges. Cad Saude Publica, 2020; 36(Suppl 2): e00222919.
7. FRANÇA AP, et al. Vaccine hesitancy in the vaccination of children in Brazil. Vaccine, 2025; 53: 126905.
8. GIOVANELLA L, et al. Family Health Strategy coverage in Brazil, 2013 and 2019. Cien Saude Colet, 2021; 26(Suppl 1): 2543-56.
9. HOMMA A, et al. Pela reconquista das altas coberturas vacinais. Cad Saude Publica, 2023; 39(3): e00240022.
10. KIANG MV, et al. Modeling reemergence of vaccine-eliminated diseases under declining vaccination in the US. JAMA, 2025; 333(24): 2176-87.
11. KOS IA, et al. Lessons learned from the COVID-19 pandemic: interpreting vaccination strategies in a nationwide demographic study. Vaccines (Basel), 2024; 12(6): 581.
12. MACINKO J, HARRIS MJ. Brazil's Family Health Strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med, 2015; 372(23): 2177-81.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). DATASUS/TabNet - Imunizações - Cobertura - Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2025a. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Coqueluche: situação epidemiológica e recomendações de vigilância. Brasília: Ministério da Saúde, 2025b. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acessado em: 15 de setembro de 2025.

15. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Apresentação técnica: Retomada das altas coberturas vacinais. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Nota Técnica nº 117/2024 - DPNI/SVSA/MS: regras de numerador e denominador por imunobiológico na RNDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Informe técnico: qualidade dos dados de vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Retomada das coberturas vacinais: ações de saúde em 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Brasil avança na vacinação de crianças e adolescentes com 1 milhão de doses aplicadas nas escolas. Brasília: Ministério da Saúde, 2025c. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Estratégia vacinação nas escolas 2025: guia operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2025d. Disponível em: https://www.gov.br/saude. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
21. MOURA C, et al. The impact of COVID-19 on routine pediatric vaccination delivery in Brazil. Vaccine, 2022; 40(15): 2292-8.
22. OPAS. Indicadores e metas de imunização nas Américas. Washington (DC): OPAS, 2023. Disponível em: https://www.paho.org. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
23. OPAS. Agenda de imunização ao longo da vida. Washington (DC): OPAS, 2024. Disponível em: https://www.paho.org. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
24. OPAS. Alerta epidemiológico: aumento de coqueluche na Região das Américas. Washington (DC): OPAS, 2025a. Disponível em: https://www.paho.org. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
25. OPAS. Sarampo nas Américas: situação 2025. Washington (DC): OPAS, 2025b. Disponível em: https://www.paho.org. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
26. OPAS e OMS. Microplanejamento de atividades de vacinação de alta qualidade. Washington (DC): OPAS, 2023-2025. Disponível em: https://www.paho.org. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
27. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (Brasil). Ação para vacinar estudantes em escolas públicas: Programa Saúde na Escola. Brasília: Presidência da República, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/planalto. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
28. RNDS (Brasil). Painel Cobertura Vacinal por Residência. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://rnds.saude.gov.br. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
29. SAAVEDRA RC, et al. Is Brazil reversing the decline in childhood immunization coverage? Vaccines (Basel), 2025; 13(5): 527.
30. SECOM (Brasil). Vacinação nas escolas: meta populacional de 30 milhões de estudantes e mobilização nacional. Brasília: Secretaria de Comunicação Social, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/secom. Acessado em: 15 de setembro de 2025.
31. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES e INSTITUTO QUESTÃO DE CIÊNCIA. Anuário VacinaBR 2025. São Paulo: SBIm-IQC, 2025.
32. WALLACE AS, et al. Leaving no one behind: implementing a life course approach to vaccination as part of Immunization Agenda 2030. Vaccine, 2024; 42(Suppl 2): S37-46.
33. WEETS CM, et al. Strengthening health security through routine vaccination policy: analysis of childhood vaccination laws across 194 countries. Vaccine, 2025; 54: 127121.
34. WHO e UNICEF. WHO-UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC): Brazil country profile 2024. Geneva: WHO/UNICEF, 2024. Disponível em: https://www.who.int. Acessado em: 15 de setembro de 2025.