

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL NA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA DE ZERO A QUATRO ANOS

ANALYSIS OF VACCINATION COVERAGE IN THE BAIXADA SANTISTA METROPOLITAN REGION FOR CHILDREN AGED ZERO TO FOUR YEARS

BIANCA FORNAZARO PITONDO ¹ , DIONIZE MONTANHA ¹ 

1. Centro Universitário Lusíada, UNILUS, Santos, São Paulo, Brasil.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa (RUEP), v. 22, n. 69, out./dez. 2025

RESUMO

Introdução: A vacinação é uma prevenção primária coletiva de doenças tanto contagiosas quanto não contagiosas. Apesar de décadas de estudo e trabalho sobre imunizações, há indicativos de um retrocesso na adesão as vacinas o que pode comprometer a imunidade e o retorno de doenças já erradicadas. **Objetivo:** Analisar a cobertura vacinal na Região Metropolitana da Baixada Santista. **Metodologia:** Trata-se de um estudo Ecológico de série temporal, de 2013 a 2022, em crianças de até 4 anos de idade, os dados foram coletados do Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) que é de domínio público. **Resultados:** A análise evidenciou uma queda significativa na adesão vacinal na RMBS, a partir de 2019 especialmente nas segundas doses e reforços, como o 1º reforço da poliomielite e a 2ª dose da tríplice viral, que apresentaram índices abaixo de 70% em diversos municípios. Entre os fatores que contribuíram para essa redução destacam-se a desinformação, disseminação de notícias falsas, impacto da pandemia da COVID-19, hesitação vacinal e as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. O estudo ressalta a importância da atuação do enfermeiro na busca ativa, na educação em saúde e no fortalecimento das ações de imunização, de modo a restabelecer os índices preconizados pelo Ministério da Saúde e evitar o ressurgimento de doenças imunopreveníveis.

Descritores: Cobertura vacinal. Imunização. Hesitação Vacinal. Baixada Santista.

ABSTRACT

Introduction: Vaccination is a collective primary prevention measure for both contagious and non-contagious diseases. Despite decades of research and work on immunization, there are indications of a setback in vaccine adherence, which may compromise herd immunity and lead to the return of previously eradicated diseases. **Objective:** To analyze vaccine coverage in the Metropolitan Region of Baixada Santista. **Methodology:** This is an ecological time-series study, from 2013 to 2022, involving children up to 4 years of age. Data were collected from the Department of Information and Informatics of the Unified Health System (DataSUS), which is publicly available. **Results:** The analysis showed a significant decline in vaccine adherence starting in RMBS, in 2019 especially for second doses and boosters, such as the first booster of the polio vaccine and the second dose of the MMR vaccine, which presented rates below 70% in several municipalities. Among the factors contributing to this reduction are misinformation, the spread of fake news, the impact of the COVID-19 pandemic, vaccine hesitancy, and inequalities in access to health services. The study highlights the importance of the nurse's role in active case finding, health education, and strengthening immunization actions in order to restore the coverage levels recommended by the Ministry of Health and prevent the resurgence of vaccine-preventable diseases.

Keywords: Vaccine coverage. Immunization. Vaccine hesitancy. Baixada Santista.

Citation: PITONDO BF, MONTANHA D. ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL NA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA DE ZERO A QUATRO ANOS. Revista UNILUS Ensino e Pesquisa [Internet]. 2026 Mar;22(69):81-6. Available from: <http://revista.lusiada.br/index.php/ruep/article/view/2265/u2025v22n69e2265>

Todos os autores declaram não haver nenhum conflito de interesses potencial relacionado com este artigo.

Correspondência: Dionize Montanha. profadionize@gmail.com

Artigo recebido em 20/12/2025, aprovado em 07/03/2026.



Ruep.2025;69(22):e2265

INTRODUÇÃO

A vacinação é uma prevenção primária coletiva de doenças tanto contagiosas quanto não contagiosas. Apesar de décadas de estudo e trabalho sobre imunizações, há indicativos de um retrocesso na adesão as vacinas o que pode comprometer a imunidade e o retorno de doenças já erradicadas.

A vacinação foi introduzida em 1804, época em que o saneamento básico era mínimo e a desconfiança pela vacina era muito grande na população. Então, no ano de 1904, quando ocorreu a epidemia da varíola, foi criado o movimento chamado de “Revolta da Vacina”¹. Após esse episódio, anos mais tarde, as autoridades sanitárias brasileiras, implementaram o Sistema Único de Saúde, e a vacinação antivariólica se tornou prioridade no país no início do século XIX até 1910. Entre os anos de 1920 e 1930 a preocupação não era mais a varíola e sim a febre amarela, e muitos países inclusive o Brasil assumiram implementações de erradicação².

No Brasil, foi criado em 1973 a Política Nacional de Imunizações (PNI) que tem como principal propósito diminuir a morbimortalidade por doenças imunopreveníveis. O Ministério de Saúde determinou, como objetivo, coordenar as ações de imunizações onde ocorriam a descontinuidade e a queda da área de cobertura. A principal ideia era aumentar a utilização dos imunizantes e, resultante disso, o PNI se tornou o coordenador das principais atribuições de imunizações nos serviços de saúde. Com a colaboração da legislação sobre imunizações e vigilância epidemiológica (Lei 6.259 de 30/10/1975 e Decreto 78.231 de 30/12/1976) conferiu destaque às atividades permanentes de vacinação³. Um dos objetivos do PNI é a igualdade ao acesso à imunização das doenças, para diminuir as desigualdades e se interligar com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

A partir da criação dessa política, muitas doenças foram erradicadas no Brasil. Após décadas de redução de óbitos e internações relacionadas à vacinação, algumas doenças foram esquecidas ocasionando uma queda no conhecimento de prevenção e transmissão de doenças que estavam erradicadas⁵.

A partir de 2016, as coberturas de todos os imunizantes sofreram queda na adesão, deixando a preocupação para doenças que são predominantes no Brasil e que podem ser prevenidas a partir da vacinação, como o sarampo e a poliomielite.

O Ministério de saúde (MS) recomenda, como meta, um alcance de 95% de cobertura vacinal no Brasil. Em 2023 mais de 60% de cidades não alcançaram essa meta proposta considerando as aplicações até o primeiro ano de vida⁶.

Atualmente, existem múltiplas justificativas para o abandono e a queda da cobertura vacinal. Uma dessas justificativas pode ser atribuída a desinformação e disseminação de notícias falsas, as quais geram insegurança à população dificultando a adesão dos imunizantes⁷.

Outras esferas que podem estar relacionados à queda da cobertura vacinal está o acesso a regiões rurais, ausência de políticas públicas ocasionando a falta de informação sobre campanhas vacinais, ao acesso não disponível a maior parte da população⁸.

A vacinação vem sendo enfraquecida à medida que a desinformação e propagação de notícias falsas aumenta cada vez mais pelos movimentos antivacinas. Além da desigualdade referentes aos acessos à serviços de saúde e dificuldade em abranger áreas onde ocorrem os maiores desafios para o PNI⁸.

Alguns dos fatores que causam a hesitação vacinal foi estudada por um membro da OMS, e classificou três categorias principais: complacência, conveniência e confiança. A complacência seria a redução do risco da doença e diminuir a

importância da vacinação. A conveniência ocorre quando alguns fatores interferem na realização da vacina. E a confiança estaria relacionada a dúvida de segurança ou eficiência da vacina⁹.

Dentre as vacinas do calendário vacinal, criado pelo PNI, estão as vacinas Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), pentavalente (difteria, tétano, pertussis, hepatite B e haemophilus tipo B), DTP (difteria, tétano e pertussis), poliomielite (VIP) e febre amarela.

A vacina pentavalente está presente no calendário vacinal para crianças a partir dos 2 meses. Seu esquema vacinal é realizado com três doses a partir de 2 meses, 4 meses e 6 meses. A vacina DTP é a vacina que contém as doenças difteria, tétano e pertussis, porém é diferente da vacina pentavalente. Seu esquema vacinal é realizado a partir dos 15 meses de idade após a terceira dose da pentavalente aos 6 meses de idade e realiza seu reforço aos 4 anos de idade. A vacinação contra a poliomielite é o único meio de prevenção possível, é realizada em todas as crianças abaixo dos 5 anos de idade, seu esquema vacinal é de três doses de VIP aos 2, 4 e 6 meses e um reforço aos 15 meses¹⁰. A Tríplice Viral é uma vacina atenuada, ou seja, vírus ativo, onde contém as doenças conhecidas como sarampo, caxumba e rubéola. Seu esquema vacinal é de 2 doses a partir dos 12 meses de idade com intervalo mínimo de 3 meses entre as doses¹¹. A Febre Amarela é uma doença infecciosa causada por um vírus e é uma doença de notificações compulsória. O esquema vacinal para crianças, é realizar uma dose aos 9 meses de idade e a segunda dose aos 4 anos de idade¹⁰.

Em consideração a importância da cobertura vacinal e ao observar uma queda da cobertura no Brasil, o estudo responderá a seguinte questão: Qual a adesão vacinal em crianças de até 4 anos da pentavalente DTP, tríplice viral 1ª e 2ª dose, poliomielite e febre amarela na Região Metropolitana da Baixada Santista?

O objetivo do estudo foi analisar a cobertura vacinal na Região Metropolitana da Baixada Santista.

MÉTODO

Trata-se de um estudo Ecológico de série temporal de 2013 a 2022 sobre adesão da cobertura vacinal na Região Metropolitana na Baixada Santista em crianças de até 4 anos nos municípios: Bertioga, Cubatão, Itanhaém, Guarujá, Mongaguá, Peruíbe, Praia Grande, Santos, São Vicente. Os dados foram coletados no sistema do Departamento de Informações e Informática do SUS (DataSUS) que é de domínio público e tabulado no programa Excel/Microsoft 365 especificado por vacina/ano/município. As vacinas selecionadas para análise foram: Pentavalente, DTP, tríplice bacteriana, febre amarela, tríplice viral 1ª e 2ª dose e poliomielite. Após a tabulação dos dados, iniciou-se o processo da análise realizada de forma descritiva com frequência relativa, sendo apresentado em tabelas, especificado a vacina, o ano e os municípios. Vale ressaltar que as células em negrito são referentes aos anos em que a vacina atingiu a meta definida pelo Ministério da Saúde de 95% de adesão.

RESULTADOS

Na análise da série de 10 anos, 2013 à 2022, o percentual na adesão das vacinas na Região da Baixada Santista foi de:

- Pentavalente: Santos – 91,25%; São Vicente – 73,93%; Praia Grande – 86,67%; Cubatão - 74,79%; Itanhaém - 88,11%; Mongaguá - 79,33%; Bertioga – 80,09%; Guarujá - 79,91%; Peruíbe - 88,20%
- DTP: Santos – 93,52%; São Vicente – 73,94%; Praia Grande – 85,98%; Cubatão - 75,97%; Itanhaém - 89,73%; Mongaguá

- 80,58%; Bertioga – 81,06%; Guarujá - 80,53%; Peruíbe - 88,60%
- Poliomielite: Santos – 94,31%; São Vicente – 75,17%; Praia Grande – 88,99%; Cubatão - 75,41%; Itanhaém - 86,27%; Mongaguá - 81,23%; Bertioga – 76,95%; Guarujá - 82,22%; Peruíbe - 86,93%
- Poliomielite 1º reforço: Santos – 74,23%; São Vicente – 64,21%; Praia Grande – 82,53%; Cubatão - 65,05%; Itanhaém - 77,01%; Mongaguá - 69,86%; Bertioga – 68,71%; Guarujá - 69,29%; Peruíbe - 73,01%
- Tríplice viral 1ª dose: Santos – 99,16%; São Vicente – 79,53%; Praia Grande – 107,23%; Cubatão - 80,74%; Itanhaém - 92,24%; Mongaguá - 83,61%; Bertioga – 79,37%; Guarujá - 85,27%; Peruíbe - 89,23%
- Tríplice viral 2ª dose: Santos – 84,03%; São Vicente – 59,39%; Praia Grande – 80,53%; Cubatão - 70,51%; Itanhaém - 75,75%; Mongaguá - 68,30%; Bertioga – 69,74%; Guarujá - 62,03%; Peruíbe - 78,08%

Tabela 1 Cobertura Vacinal Pentavalente de 2013 a 2022 na RMBS.

Pentavalente	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Santos	83,91	102,25	102,51	94,03	111,9	121,12	97,84	59,84	75,44	68,95	91,25
São Vicente	89,49	88,16	87,87	75,27	88,5	73,29	45,91	81,19	69,5	54,81	73,93
Praia Grande	95,29	95,29	95,75	95,29	97,29	97,07	53,38	72,6	81,48	82,09	86,67
Cubatão	95,18	95,62	93,3	86,72	71,96	78,94	69,14	55,06	35,85	49,12	74,79
Itanhaém	101,7	86,18	87,73	79,01	86,96	90,06	74,07	84,68	117,54	76,98	88,11
Mongaguá	98,42	93,25	113,31	97,78	92,89	61,48	54,99	90,72	45,83	52,27	79,33
Bertioga	75,92	93,31	95,54	101,98	112,6	76,86	64,88	46,79	70,72	67,75	80,09
Guarujá	88,61	101,17	124,8	59,33	67,76	71,43	40,37	90,54	75,69	75,3	79,91
Peruíbe	94,02	98,37	95,59	72,68	109,9	109,83	61,6	101,4	73,43	63,04	88,2

Fonte: Autoria própria, 2025.

Conforme a Tabela 1, os dados indicam uma frágil cobertura vacinal da Pentavalente, apresenta entre 2013 e 2018 uma melhor cobertura quando comparados aos anos de 2019 até 2022 em que ocorre queda acentuada marcado pela pandemia da COVID-19.

Os municípios de São Vicente, Cubatão, Mongaguá e Guarujá e Itanhaém foram os municípios mais comprometidos quanto a adesão a vacinação, que ficaram muito abaixo da meta.

Vale ressaltar que os números acima de 100% para todas as vacinas significam vacinação de crianças de outros municípios.

Tabela 2 Cobertura Vacinal DTP de 2013 a 2022 na RMBS.

DTP	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Santos	99,29	107,02	104,48	84,7	113	119,88	95,99	59,38	76,97	68,95	93,52
São Vicente	90,15	86,16	87,87	75,27	87,87	73,89	46,3	81,02	68,94	54,81	73,94
Praia Grande	96,31	96,32	96,75	95,29	96,52	96,4	48,99	71,98	81,13	82,09	85,98
Cubatão	97,85	95,67	93,6	86,72	71,16	78,17	78,46	57,35	35,59	49,12	75,97
Itanhaém	102,22	87,26	87,73	79,01	88,01	94,39	84,02	83,82	117,24	76,98	89,73
Mongaguá	98,42	93,25	113,31	97,78	91,85	65,27	61,46	93,95	45,56	52,27	80,58
Bertioga	75,92	93,31	95,54	101,98	114,2	78,52	71,1	46,8	70,72	67,75	81,06
Guarujá	94,02	101,17	124,97	59,33	67,39	72,35	40,05	90,83	75,38	75,3	80,53
Peruíbe	94,82	98,37	95,59	72,68	110,3	110,36	62,57	102,8	73,43	63,04	88,6

Fonte: Autoria própria, 2025.

De acordo com a Tabela 2, a cobertura da vacina DTP foi semelhante a cobertura da Pentavalente, com melhor adesão vacinal dos anos entre 2013 e 2018. Os números caem também a partir de 2019. Em especial, nessa vacina as cidades de São Vicente, Cubatão, Mongaguá e Bertioga apresentaram oscilações entre os anos de queda, 2019 a 2022, ainda assim, muito abaixo da meta recomendada.

Tabela 3 Cobertura Vacinal Poliomielite de 2013 a 2022 na RMBS.

Poliomielite	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Santos	98,97	107,04	104,86	81,98	99,67	121,74	105,79	73,66	74,31	70,79	94,31
São Vicente	89,07	86,8	89,02	71,11	67,24	72,81	68,91	75,71	69,43	55,36	75,17
Praia Grande	97,72	95,48	96,68	88,27	98,29	97,52	79,21	74,07	81,37	82,09	88,99
Cubatão	97,07	93,2	94,39	85,98	72,69	80,25	75,56	53,77	36,27	48,81	75,41
Itanhaém	100,22	83,27	82,18	69,25	86,68	90,43	77,47	83,37	116,94	76,62	86,27
Mongaguá	117,62	92,8	113	99,56	92,59	60,22	63,99	82,28	46,39	51,6	81,23
Bertioga	61,3	92,47	94,2	95,63	100,1	78,61	68,71	44,21	70,61	68,17	76,95
Guarujá	93,94	103,2	123,23	54,73	67,46	74,65	65,75	83,9	74,56	76,86	82,22
Peruíbe	94,92	97,45	91,28	48,07	124,7	104,08	70,33	97,41	75,56	64,31	86,93

Fonte: Autoria própria, 2025.

A vacina Poliomielite atingiu dados próximos a 100% nas cidades de Santos, Praia Grande e Mongaguá até 2018. Porém, o comportamento se repete como na adesão as outras vacinas, a

partir de 2019 ocorreu a queda vacinal constante, sem atingir a meta, e em alguns anos é menor do que 50% a adesão.

Tabela 4 Cobertura Vacinal Poliomielite 1º reforço de 2013 a 2022 na RMBS.

Poliomielite 1º reforço	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Santos	100,3	85,68	84,26	54,8	70,2	75,86	80,62	63,65	62,17	61,92	74,23
São Vicente	99,1	76,33	86,27	42,69	55,84	55,78	49,15	60,64	60,31	49,13	64,21
Praia Grande	93,82	86,69	83,02	88,23	91,94	89,51	70,07	66,78	74,56	81,51	82,53
Cubatão	113,87	85,14	91,01	70,59	62,57	57,94	48,15	37,53	25,92	36,38	65,05
Itanhaém	83,59	65,24	80,44	55,23	67,71	76,31	68,17	94,11	111,27	70,21	77,01
Mongaguá	124,21	96,04	113,47	59,56	67,7	31,93	59,21	65,82	39,31	48,53	69,86
Bertioga	79,5	88,91	96,09	86,26	66,08	57,23	60,1	36,94	63,03	59,27	68,71
Guarujá	96,27	97,59	124,54	30,49	49,1	51,91	51,21	65,03	59,05	61,66	69,29
Peruíbe	92,82	74,39	94,67	41,22	128,5	75,63	44,34	66,45	55,47	51,64	73,01

Fonte: Autoria própria, 2025.

No reforço da Poliomielite é possível observar valores extremamente baixos quando comparados à primeira dose. Nessa vacina, a partir de 2016 houve comprometimento na adesão vacinal e seguiu até 2022. Além de não atingir a meta desde 2016, em alguns municípios/anos a adesão é extremamente baixa; abaixo de 50%, gerando preocupação nas falhas do esquema vacinal relacionado a reforços e segundas doses.

Tabela 5 Cobertura Vacinal Tríplice Viral 1ª dose de 2013 a 2022 na RMBS.

Tríplice viral 1ª dose	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Santos	110,5	115,04	104,94	86,7	109,4	104,16	116,19	83,64	78,6	76,64	84,03
São Vicente	99,04	91,68	91,63	82,61	68,36	72,35	79,99	75,74	70,15	55,99	79,53
Praia Grande	158,33	132	103,57	127,4	175,3	59,66	98,98	79,59	75,25	114,15	107,23
Cubatão	106,28	94,56	102,7	94,1	74,33	82,81	86,11	55,56	43,52	51,44	80,74
Itanhaém	104,51	119,17	88	84,8	77,89	91,55	83,24	88,61	113,21	73,13	92,24
Mongaguá	118,05	107,34	118,89	95,41	84,44	47,76	76,51	81,29	48,33	65,2	83,61
Bertioga	75,92	87,03	98,33	120,81	99,79	67,19	78,47	43,35	65,52	62,51	79,37
Guarujá	111,07	116,04	102,95	61,1	60,68	67,29	81,03	87,51	82,99	77,43	85,27
Peruíbe	99,4	104,39	108,92	74,71	99,81	93,62	62,57	96,12	77,79	73,07	89,23

Fonte: Autoria própria, 2025.

Conforme a tabela 5, a vacina tríplice viral manteve valores interessantes até o ano de 2017 com Santos, Praia Grande e Mongaguá atingindo a meta de 95% do Ministério da Saúde. A partir de 2018 é possível observar uma queda que se acentua até 2022. Vale destacar que a adesão a meta foi em apenas cinco anos, nos municípios de Santos e Praia Grande.

Tabela 6 Cobertura Vacinal Tríplice Viral 2ª dose de 2013 a 2022 na RMBS.

Tríplice viral 2ª dose	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Santos	61,19	104,61	97,77	77,77	67,72	116,23	110,84	67,87	70,16	64,86	84,03
São Vicente	67,75	73,09	87,58	60	57,73	58,57	64,91	33,13	41,32	39,93	59,39
Praia Grande	72,22	104	66,67	146,58	127,4	78,15	88,78	83,67	36,63	36,79	80,53
Cubatão	112,36	98,14	86,83	72,17	63,94	70,55	68,33	47,53	27,67	38,12	70,51
Itanhaém	59,28	79,47	79,26	59,48	70,22	77,43	72,3	88,54	105,22	66,43	75,75
Mongaguá	89,26	95,45	123,07	72,59	70,81	33,33	63,15	64,7	28,89	50,27	68,3
Bertioga	32,39	187,24	94,42	78,98	50,03	60,74	68,52	29,95	40,08	41,05	69,74
Guarujá	38,52	70,53	87,54	44,16	51,37	57,86	62,43	74,24	65,74	70,19	62,03
Peruíbe	93,72	75,2	100,41	67,47	105,4	85,15	54,8	76,91	68,1	51,95	78,08

Fonte: Autoria própria, 2025.

A Tabela 6 representa a 2ª dose da vacina tríplice viral, e após a análise, é confirmado a baixa cobertura vacinal em reforços e segundas doses. A maioria dos municípios não alcançaram 80% de adesão.

Na avaliação geral, apenas a poliomielite, tríplice viral (1ª dose) e Pentavalente tiveram adesão a 70% ou mais. Em contrapartida, a poliomielite 1º reforço na maioria dos anos apresentou abaixo de 70% de adesão. De acordo com os dados, os municípios apresentaram cobertura melhor até 2017. No período da pandemia da COVID-19 é possível observar uma acentuada queda vacinal em todas as vacinas estudadas.

Os resultados alcançados evidenciam uma significativa redução na cobertura vacinal nos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista entre os anos de 2013 e 2022, particularmente nas vacinas tríplice viral 2ª dose e o 1º reforço da poliomielite.

A vacina Pentavalente manteve a cobertura vacinal superior a 70% em grande parte da região ao longo dos anos estudados, apesar da meta preconizada do Ministério da Saúde ser de 95% de cobertura vacinal.

Ao observar todos os municípios, o 1º reforço da poliomielite e a vacina tríplice viral 2ª dose ficou abaixo dos 70% de cobertura vacinal, e mostra uma preocupação em Bertioxa, Cubatão e São Vicente. Pode ser indicado como uma dificuldade para manter o esquema vacinal completo na faixa etária até os 4 anos de idade a partir do abandono e falta de busca ativa pelos serviços.

A vacina da febre amarela foi desconsiderada no estudo por não terem os dados do período preenchidos, o que inviabiliza uma análise real.

DISCUSSÃO

Ao analisar os resultados alcançados, foi observado uma queda significativa na cobertura vacinal na RMBS entre 2013 e 2022, com maior declínio a partir de 2019. É possível relacionar essa queda com o período da COVID-19, em virtude da priorização das vacinas contra o COVID-19 e a desinformação durante o isolamento social da pandemia¹².

De acordo com Palmieri¹³, probabilidade de uma melhor taxa na cobertura vacinal depende do perfil socioeconômico daquela região, evidenciando que propagar informações e campanhas de vacinação nas instituições de saúde garantem um serviço de qualidade para o esquema vacinal tanto da criança quanto do adulto.

A pandemia de Covid-19 foi uma grande influência para a queda da cobertura vacinal no Brasil. A população teve uma hesitação vacinal e diminuiu a procura pela vacinação devido ao medo de adquirir a doença a partir da vacinação e à desinformação gerada pela insegurança e desconfiança da eficácia¹². Isso pode ser evidenciado nos anos de 2020 a 2022 pela acentuada queda da cobertura na maioria dos municípios da região

No estudo de Ferreira¹⁴, em 2018, na Região Nordeste não ocorreu o alcance da meta do Ministério da Saúde em nenhum dos imunobiológicos avaliados pelo estudo (esquema completo dos 24 meses de idade). O autor acrescenta que a decrescente cobertura vacinal ocorreu pela barreira do acesso aos serviços de saúde e seus horários de funcionamento, infraestrutura e insumos insuficientes para a vacinação e condições socioeconômicas e culturais da região.

Os dados analisados nesse estudo também mostraram que as segundas doses e reforços possuem uma maior queda no esquema vacinal. Souza e Moura⁸ apontam que a ausência de ações educativas e de vigilância ativa colabora com o vacinal.

Além da desinformação e do perfil socioeconômico, as fake News (termo utilizado para descrever prática de disseminar

notícias falsas) apresentam um impacto grande durante e após o período pandêmico referente à vacinação. As informações lançadas virtualmente, para aqueles que não possuem conhecimento específico, jovens e indivíduos com baixa escolaridade, podem aumentar a hesitação vacinal a partir dessas informações falsas ligadas a fatores como: conspiração, religião, associação da vacina a veneno, associação às síndromes e doenças¹⁵.

A literatura mostra que o enfrentamento da hesitação vacinal exige uma educação continuada para que o enfermeiro esteja preparado para promover a vacinação à população a partir da busca ativa, uma estratégia que permite ao profissional de enfermagem realizar o acompanhamento das crianças reduzindo o agravamento à queda vacinal e ao reaparecimento de doenças imunopreveníveis¹⁶.

CONCLUSÃO

Na RMBS, a partir da análise da série de 10 anos do estudo foi possível constatar que nenhuma das vacinas até os 4 anos atingiu a meta preconizada pelo Ministério da Saúde de 95% de adesão no geral do período, e quando analisado ano-a-ano, em apenas alguns anos essa meta foi atendida.

Foi evidenciado também que vacinas de reforço e 2ª dose há uma queda acentuada na cobertura a partir de 2018 e que possui uma piora a partir do período pandêmico da COVID-19, de 2020 se estendendo até 2022

A gestão dos municípios precisa ter um olhar nessa direção da saúde pública que se apresenta bastante frágil. O enfermeiro tem um papel fundamental na evolução da cobertura vacinal ao planejar e introduzir informações na população e nos serviços de saúde a partir da vigilância epidemiológica, na orientação dos profissionais de saúde quanto para as famílias que visitam e utilizam os serviços de saúde, é necessário que haja uma promoção para maior adesão nos esquemas de vacinação destacando os municípios com o pior resultado da taxa vacinal.

Outro ponto essencial para a redução das taxas de abandono vacinal é a realização de busca ativa como ação intersetorial a partir da identificação e acompanhamento dos indivíduos que utilizam as unidades de saúde de modo a restabelecer os índices preconizados pelo Ministério da Saúde e evitar o aparecimento de doenças imunopreveníveis.

Esse resultado preocupa a região e requer condutas urgentes das equipes de saúde em especial da atenção básica a fim de tentar reverter esse panorama e não se deparar com o retorno de doenças já erradicadas.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES: Cada autor contribuiu individualmente e de forma significativa para o desenvolvimento deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Santos VAR, Almeida MEF A história da vacina e seus benefícios. *Research, Society and Development*, v. 13, n. 1. 2024.
2. Dante GMS, Júnior SIS, Martinez MR Histórico da Vacinação no Brasil e o atual cenário em decorrência da pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Vol. 15(11), p. 1-8. Minas Gerais, 2022.
3. Brasil MS Programa Nacional de Imunizações. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
4. Nóvoa TDA et al. Cobertura vacinal do programa nacional de imunizações (PNI)/Vacinal coverage of the national immunization program (PNI). *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 7863–7873, 2020.
5. Souza JFA et al. Estratégias para ampliação das coberturas vacinais em crianças no Brasil: revisão sistemática de literatura. *Rev. Bras Enfermagem*. 77(6). 2024.
6. Pinelli N Maioria dos municípios brasileiros não atingiu a meta de cobertura para vacinas no calendário infantil em 2023. Instituto Butantan. Fevereiro, 2024.
7. Pereira DFC et al. Análise da cobertura vacinal e da taxa de abandono da vacina contra a poliomielite na região metropolitana da baixada santista entre 2016 a 2019. *Rev. Leopoldianum*, ano 49, nº 137. 2023.

8. Souza LM, Moura WEA Razões da queda da vacinação infantil no Brasil ao longo da história do Programa Nacional de Imunizações: revisão narrativa. 2024.
9. Fernandes DM Hesitação vacinal na região metropolitana da baixada santista e sua influência na vacinação de crianças de até dois anos de idade. Universidade Católica de Santos. Santos, 2023.
10. Brasil MS Calendário de Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2025.
11. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm). Vacina Tríplice Viral (sarampo, caxumba e ruéola) – SCR. 2025.
12. Almeida FC et al. Fatores associados à baixa cobertura vacinal no Brasil: uma revisão integrativa. Multiprofissionalidade e diversidade temática na atenção primária à saúde: revisões bibliográficas como ferramenta para translação do conhecimento. Volume 3. 1ª edição, Porto Alegre, 2024.
13. Palmieri IGS et al. Cobertura vacinal da tríplice viral e poliomielite no Brasil, 2011-2021: tendência temporal e dependência espacial. Rer. Bras. Epidemiol. 26. 20 de outubro de 2023.
14. Ferreira AF et al. Cobertura, hesitação vacinal e fatores associados à vacinação incompleta: inquérito domiciliar com crianças nascidas no período 2017-2018 em municípios do interior do Nordeste brasileiro. Epidemiol. Serv. Saúde 33, 2024.
15. Borges LCR, Marcon SS, Britto GS, Terabe M, Pleutim NI, Mendes AH, et al. Adherence to Covid-19 vaccination during the pandemic: the influence of fake news. Rev Bras Enferm. 2024;77(1):e20230284.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0284pt>
16. Santos ACSA , Silva GK. A importância da vacinação penta na prevenção de doenças infantis: o papel da enfermagem na promoção da saúde. Revista Saúde Dos Vales, [S. l.], v. 10, n. 1, p. 1–12, 2025.

Esta página foi intencionalmente deixada em branco.
This page intentionally left blank.