



ESTUDO

**AVALIAÇÃO DAS COBERTURAS VACINAIS
DE ROTINA NO BRASIL, DE 2010 A 2024, DAS
CRIANÇAS COM ATÉ CINCO ANOS DE IDADE.**



SUMÁRIO

RESUMO.....	4
1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVO.....	6
3. JUSTIFICATIVA.....	6
4. METODOLOGIA.....	6
5. RESULTADOS.....	8
6. CONCLUSÕES.....	32
REFERÊNCIAS.....	36



ESTUDO

AVALIAÇÃO DAS COBERTURAS VACINAIS
DE ROTINA NO BRASIL, DE 2010 A 2024, DAS
CRIANÇAS COM ATÉ CINCO ANOS DE IDADE.

Área: Saúde/CNM.

Palavra-chave: vacinação; crianças; saúde; doenças;
morbimortalidade.

Telefone: (61) 2101-6000/6052/6016/6698

E-mail: saude@cnm.org.br

Produzido em: Brasília, dezembro de 2025

Capa e diagramação: Assessoria Comunicação CNM

RESUMO

Objetivo e justificativa: avaliar as coberturas vacinais de rotina das crianças com até cinco anos de idade, no Brasil, de 2010 a 2024.

Metodologia: coletar os dados de cobertura das 13 (treze) vacinas de rotina recomendadas para crianças com até cinco anos de idade. Realizar análise descritiva dos dados com base na meta de cobertura de cada vacina, conforme o Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Resultados: entre 2010 e 2024, considerando apenas as vacinas com dados disponíveis em todos os anos, a BCG atingiu a meta em 11 anos da série, a Tríplice Viral (SRC), em oito anos; a Poliomielite (VIP), em cinco anos; e a Rotavírus, em quatro anos, dos 15 analisados. A vacina contra a Poliomielite não alcança a meta de 95% desde 2016, ou seja, há nove anos. Em 2024, as vacinas que atingiram a meta de cobertura foram apenas a BCG e a Tríplice Viral (1ª dose).

Conclusões: a queda não é apenas efeito da pandemia, mas esta reduziu ainda mais as coberturas vacinais. Outras causas também vêm contribuindo para as baixas coberturas vacinais, como: a falta de vacinas apontadas em estudos anteriores, campanhas antivacinas, ausência de investimentos nas salas de vacinas e rede de frio, subfinanciamento e ausência de regularidade das campanhas vacinais. Desde 2022, é possível observar uma elevação das coberturas, mas ainda abaixo da meta para 11 das 13 vacinas analisadas. O aumento da cobertura vacinal no país reflete o protagonismo dos Municípios, que vêm fortalecendo ações de imunização por meio de estratégias de busca ativa de não vacinados e do aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação durante o contato dos usuários com os serviços de saúde.

1. INTRODUÇÃO

A vacinação tem sido historicamente um pilar para avanços na qualidade de saúde e de vida, contribuindo para a redução da morbidade e o aumento da longevidade da população brasileira. Graças a ela, a expectativa de vida da população saltou de 32 anos no século XIX para mais de 70 anos na atualidade (Instituto Butantan, 2022).

A vacinação é uma ação específica que integra os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, através do ODS 3 – Saúde e Bem-Estar –, que tem por objetivo “acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos, e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos” (GT Agenda 2030). Conforme dados do IBGE (2024), no ano de 2023 a taxa de mortalidade infantil no Brasil foi de 12,5 crianças por 1.000. Antes do advento da vacina, no ano de 1940, essa proporção era de 146,6 óbitos para cada 1.000.

O esforço para reconquistar as coberturas vacinais no Brasil entrou no radar das autoridades a partir de 2016,

quando se observou o início de uma queda sustentada nos índices de cobertura, colocando em risco décadas de avanços significativos na redução de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

A CNM vem acompanhando nos últimos anos as reduções das coberturas vacinais no Brasil, registrando sucessivas quedas, que foram agravadas durante o período pandêmico. Tal cenário é de extrema preocupação devido ao risco de reintrodução no território nacional de doenças já eliminadas. Em 2024, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas, 2025), 1,4 milhão de crianças não recebeu nenhuma dose de vacina de rotina nas Américas, as chamadas “crianças com zero doses”, um aumento de 186 mil crianças em relação ao ano anterior.

Por isso, a CNM atualiza anualmente os dados de cobertura vacinal, bem como realiza pesquisas junto aos Municípios, a fim de identificar dificuldades e gargalos no avanço dos esforços para reconquista das coberturas vacinais de acordo com as metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo é avaliar e descrever os dados da cobertura vacinal de rotina do PNI no Brasil, de 2010 a

2024, das vacinas indicadas para crianças com até cinco anos de idade.

3. JUSTIFICATIVA

A justificativa do estudo se fundamenta no risco de aumento da morbimortalidade infantil em decorrência de doenças imunopreveníveis. O intuito é avaliar as coberturas vacinais, conhecer e divulgar o cenário nacional e apoiar os

gestores das políticas públicas de saúde na elaboração de novas abordagens e novas estratégias com foco no aumento das coberturas vacinais, contribuindo com a redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis.

4. METODOLOGIA

Para a elaboração deste estudo foram coletados os dados de cobertura vacinal de rotina do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Foram analisadas as coberturas vacinais de rotina até os cinco anos de vida no Brasil. Os dados foram analisados

com base na meta de cobertura de cada vacina, conforme preconizado no PNI.

Até 2024, crianças de até cinco anos de idade deveriam receber 13 vacinas na rotina de vacinação, num total de 25 doses (Brasil, 2024). São elas:

Quadro 1 – Vacinas recomendadas para crianças com até cinco anos de idade no Brasil

Vacina	Meta de cobertura	Agravo prevenível	Doses Aplicadas
BCG	90%	Tuberculose miliar e meníngea.	Dose única ao nascer
Hepatite B (até 30 dias)	95%	Hepatite B.	Dose única ao nascer
DTP+Hib+HB (Penta)	95%	Difteria, Tétano, Coqueluche, Haemophilus influenzae B e Hepatite B.	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses
Poliomielite 1,2,3 (inativada) - (VIP)	95%	Poliomielite.	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses 3ª dose: 6 meses
Pneumocócica 10-valente (conjugada)	95%	Pneumonias, Meningites, Otites e Sinusites causadas pelos sorotipos que compõem a vacina.	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses Reforço: 12 meses
Rotavírus humano G1P1 (VRH)	90%	Diarreia causada pelo rotavírus.	1ª dose: 2 meses 2ª dose: 4 meses
Meningocócica C (conjugada)	95%	Meningite meningocócica tipo C.	1ª dose: 3 meses 2ª dose: 5 meses Reforço: 12 meses
Febre Amarela (Atenuada)	95%	Febre Amarela.	1ª dose: 9 meses Reforço: 4 anos
Tríplice viral (SCR)	95%	Sarampo, Caxumba e Rubéola.	1ª dose: 12 meses
Tetraviral (SCR +VZ)	95%	Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela.	1ª dose: 15 meses

Vacina	Meta de cobertura	Agravo prevenível	Doses Aplicadas
Poliomielite 1 e 3 (atenuada) - (VOPb)	95%	Poliomielite.	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos
Hepatite A (HA)	95%	Hepatite A.	Dose única: 15 meses
DTP	95%	Difteria, Tétano e Coqueluche.	1º reforço: 15 meses 2º reforço: 4 anos
Varicela	95%	Varicela.	2ª dose: 4 anos

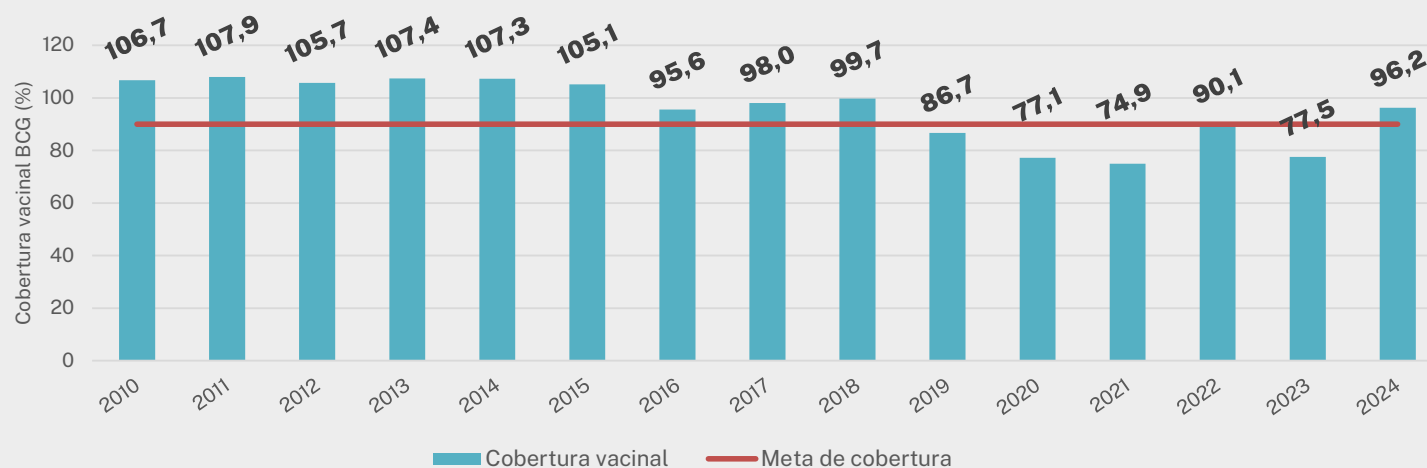
Fonte: Calendário Nacional de Vacinação para crianças com até cinco anos de idade, 2024.

5. RESULTADOS

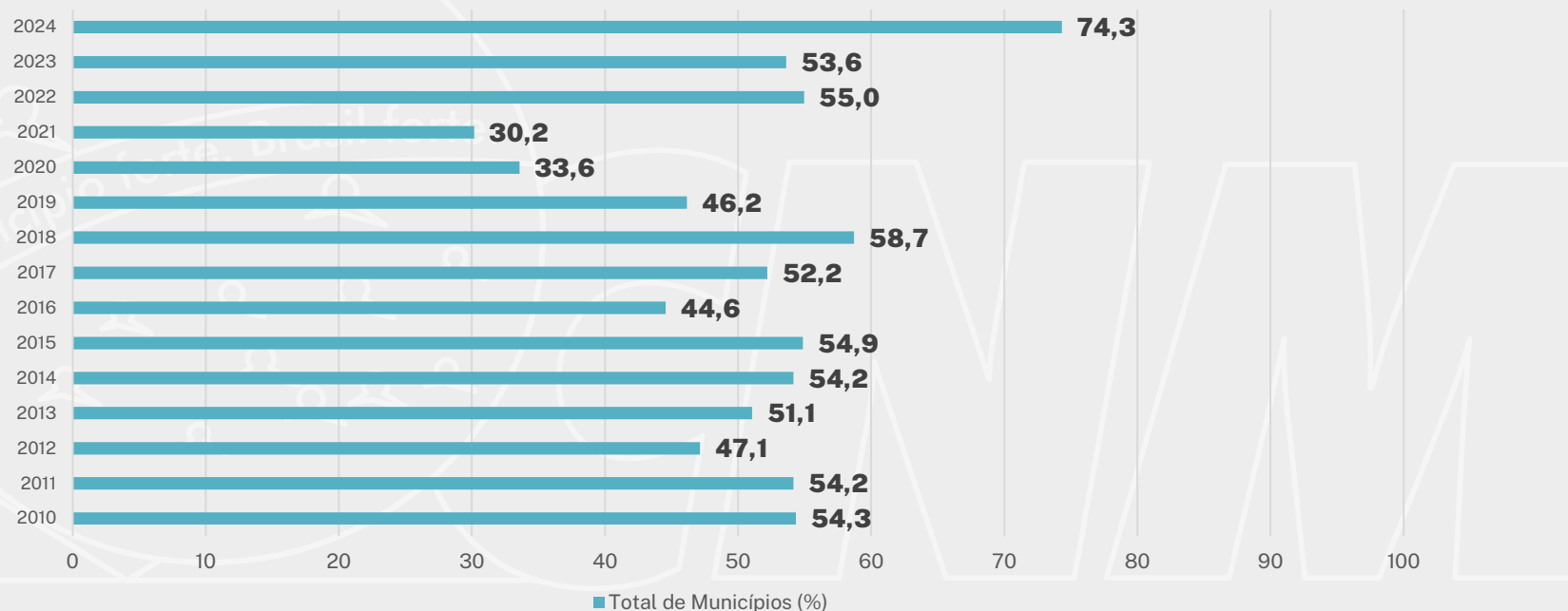
5.1. COBERTURA VACINAL DA BCG

A vacina BCG é indicada para prevenir formas graves de tuberculose e deve ser administrada em dose única em recém-nascidos. A meta de cobertura é de 90%, conforme determina o PNI. Nos últimos 15 anos (2010 a 2024), o resultado do indicador de cobertura superou a meta, exceto em 2019 (86,7%), 2020 (77,1%), 2021 (73,9%) e 2023 (77,5%), conforme a Figura 1. No ano de 2024, 74,3% dos Municípios alcançaram a meta de 90% de cobertura, o

maior percentual da série histórica, conforme evidencia a Figura 2. Também se evidenciam nos anos de 2020 e 2021 as menores proporções de Municípios que alcançaram a meta de cobertura vacinal, 33,6% e 30,2%, respectivamente, o que pode ser reflexo da pandemia da Covid-19 e da interdição da única fábrica do imunizante no país, o que reduziu a distribuição do imunizante em mais de 50% e sobregistros de doses aplicadas.

Figura 1 – Cobertura vacinal da BCG. Brasil, 2010 a 2024

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 2 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da BCG. Brasil, 2010 a 2024

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

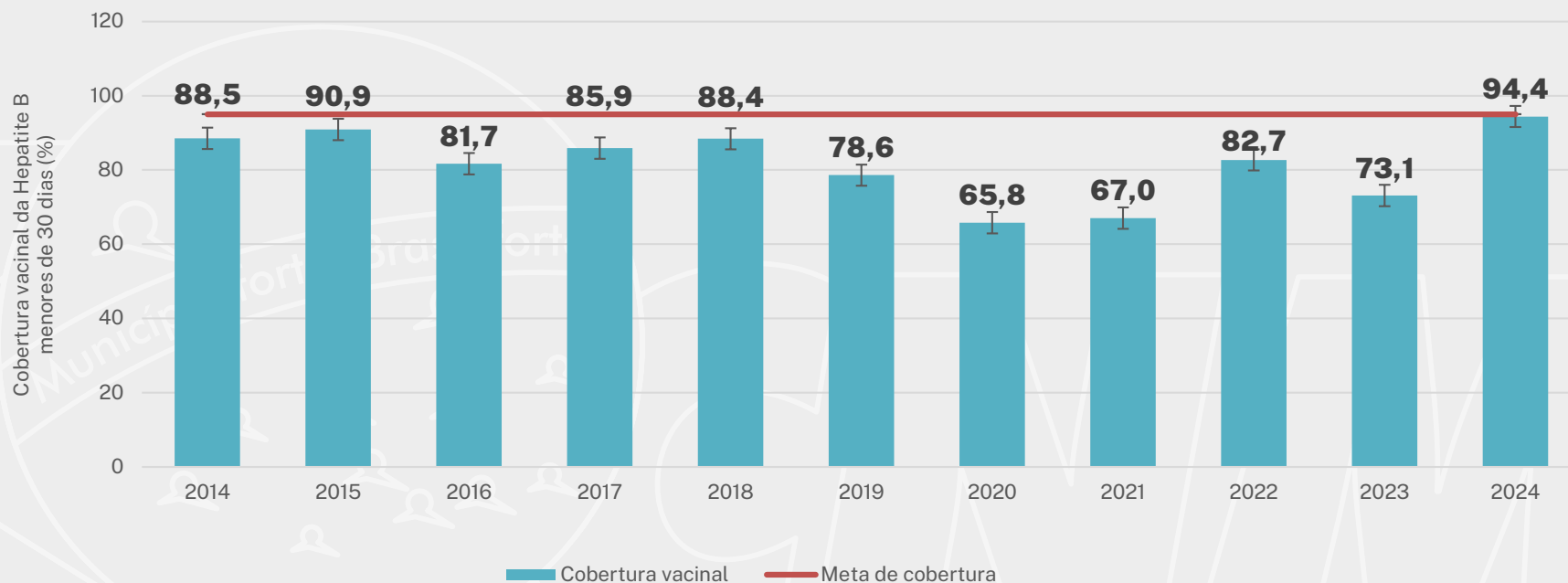
5.2. COBERTURA VACINAL DA HEPATITE B (MENORES DE 30 DIAS)

A vacina contra a Hepatite B deve ser administrada em dose única, logo após o nascimento, preferencialmente na admissão do recém-nascido na maternidade, tendo como meta 95% de cobertura.

Desde 2014, ano a partir do qual os dados estão disponíveis, a meta de cobertura da Hepatite B nunca foi

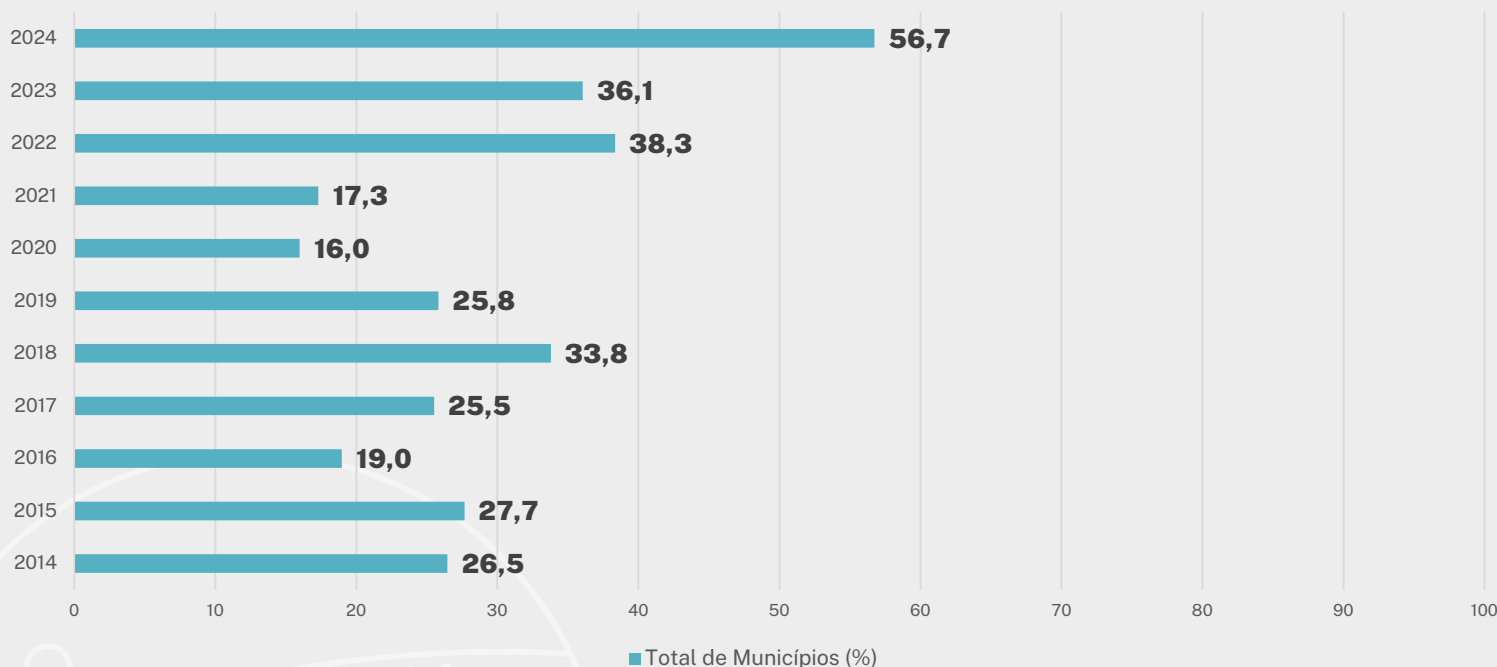
atingida, sendo que a maior taxa foi em 2024 (94,4%) e a menor foi em 2020 (65,8%), conforme a Figura 3. Em 2024, 56,7% dos Municípios alcançaram a meta de 95% de cobertura, o maior percentual da série histórica, conforme a Figura 4. Também são observadas as menores proporções de Municípios que atingiram a meta de vacinação nos anos de 2020 e 2021, com 16,0% e 17,3%, respectivamente.

Figura 3 – Cobertura vacinal da Hepatite B (menores de 30 dias). Brasil, 2014 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 4 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da hepatite B (menores de 30 dias). Brasil, 2014 a 2024

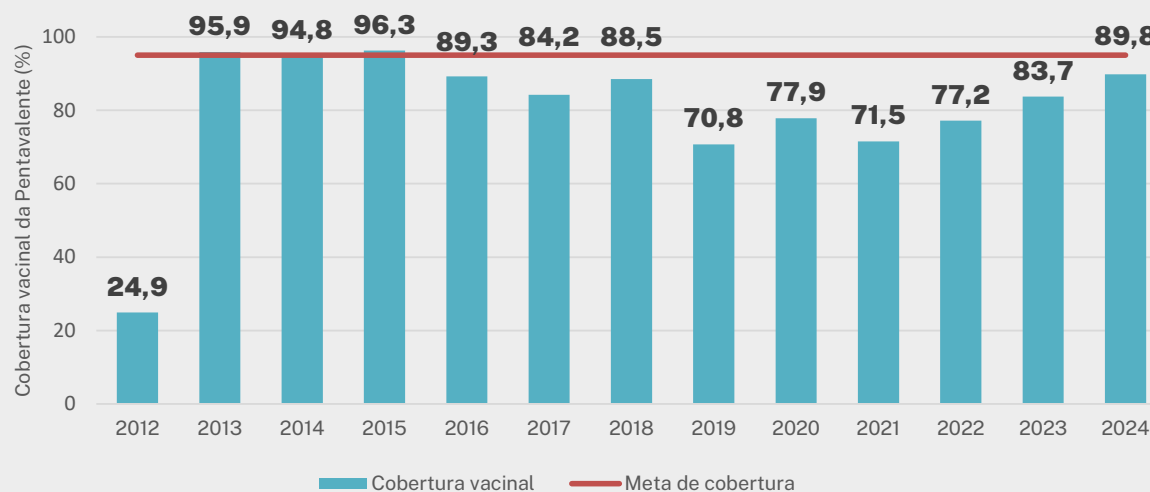


Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

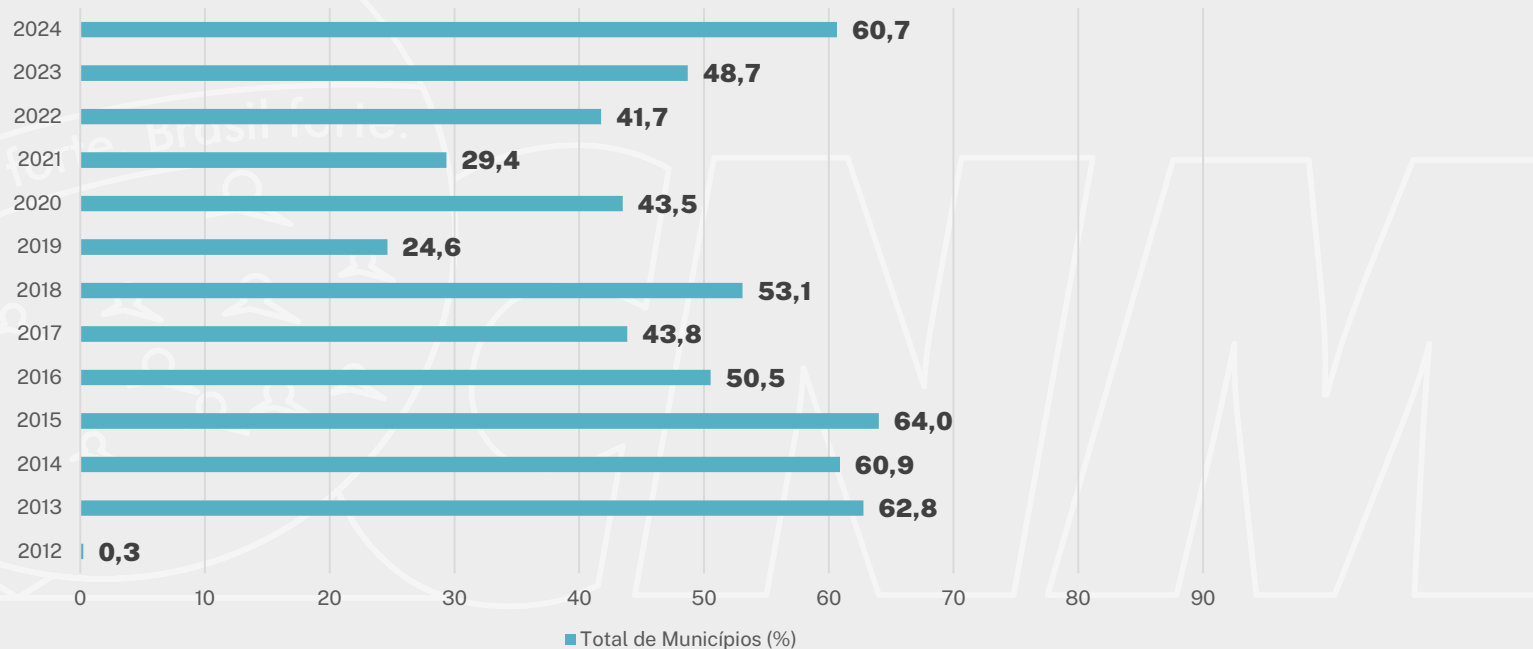
5.3. COBERTURA VACINAL DA PENTA (DTP/HEPB/HIB)

A vacina Penta (DTP/HepB/Hib) foi incluída no Calendário Nacional de Vacinação em 2012, quando teve agregado o componente dos vírus *Haemophilus influenzae B* (Hib). O esquema vacinal é composto por três doses da vacina, administradas no primeiro ano de vida (aos 2, 4 e 6 meses de idade), com intervalos de 60 dias entre as doses.

A meta de cobertura é de 95% e foi alcançada apenas nos anos de 2013 a 2015. Após esse período, observou-se uma queda na cobertura, com o pior cenário em 2019 (70,8%), conforme demonstra a Figura 5. Há 10 anos, em 2015, foi registrado o maior número de Municípios que alcançaram a meta, 64%, vide a Figura 6.

Figura 5 – Cobertura vacinal da Penta (DTP/HepB/Hib). Brasil, 2012 a 2024

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 6 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Penta (DTP/HepB/Hib). Brasil, 2012 a 2024

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

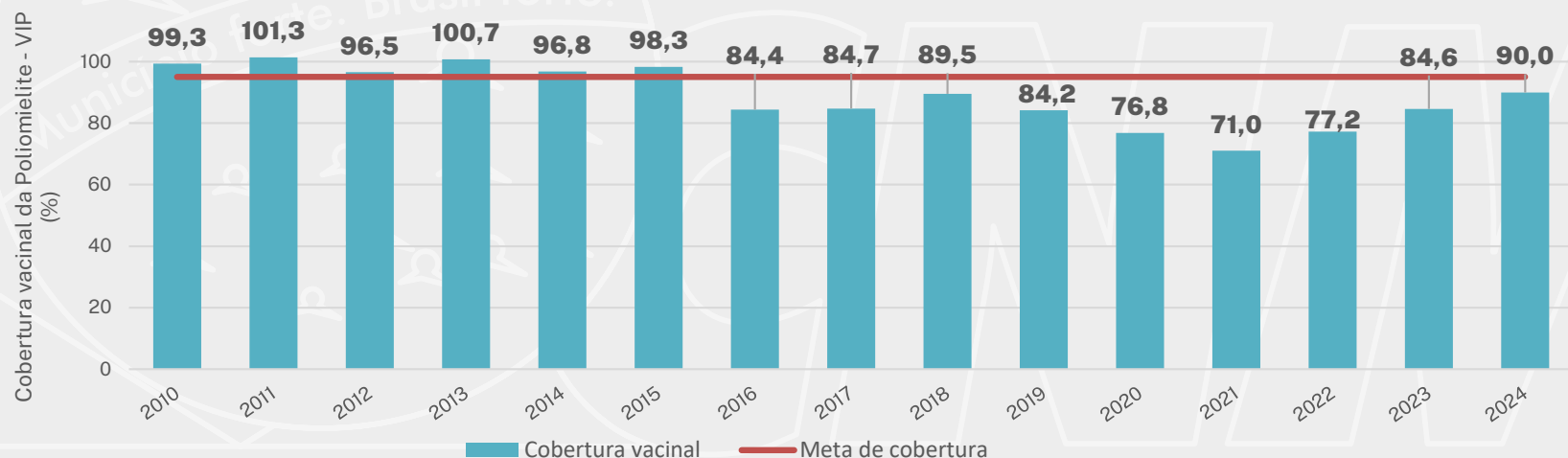
5.4. COBERTURA VACINAL DA POLIOMIELITE INJETÁVEL (VIP – INATIVADA)

Com base no Plano de Erradicação da Poliomielite (Brasil, 2015), em 2016 o PNI alterou o esquema vacinal, que vigorou até 2024 com o seguinte esquema: três doses da vacina VIP, a ser administrada no primeiro ano de vida (aos 2, 4 e 6 meses de idade), seguidas de duas doses de reforço de VOP, a serem administradas aos 15 meses e aos quatro anos de idade.

A partir de 4 de novembro de 2024, o esquema vacinal passou a ser composto exclusivamente pela VIP, com três doses a serem administradas no primeiro ano de vida (aos 2, 4 e 6 meses de idade), seguida de uma dose de reforço, a ser administrada aos 15 meses.

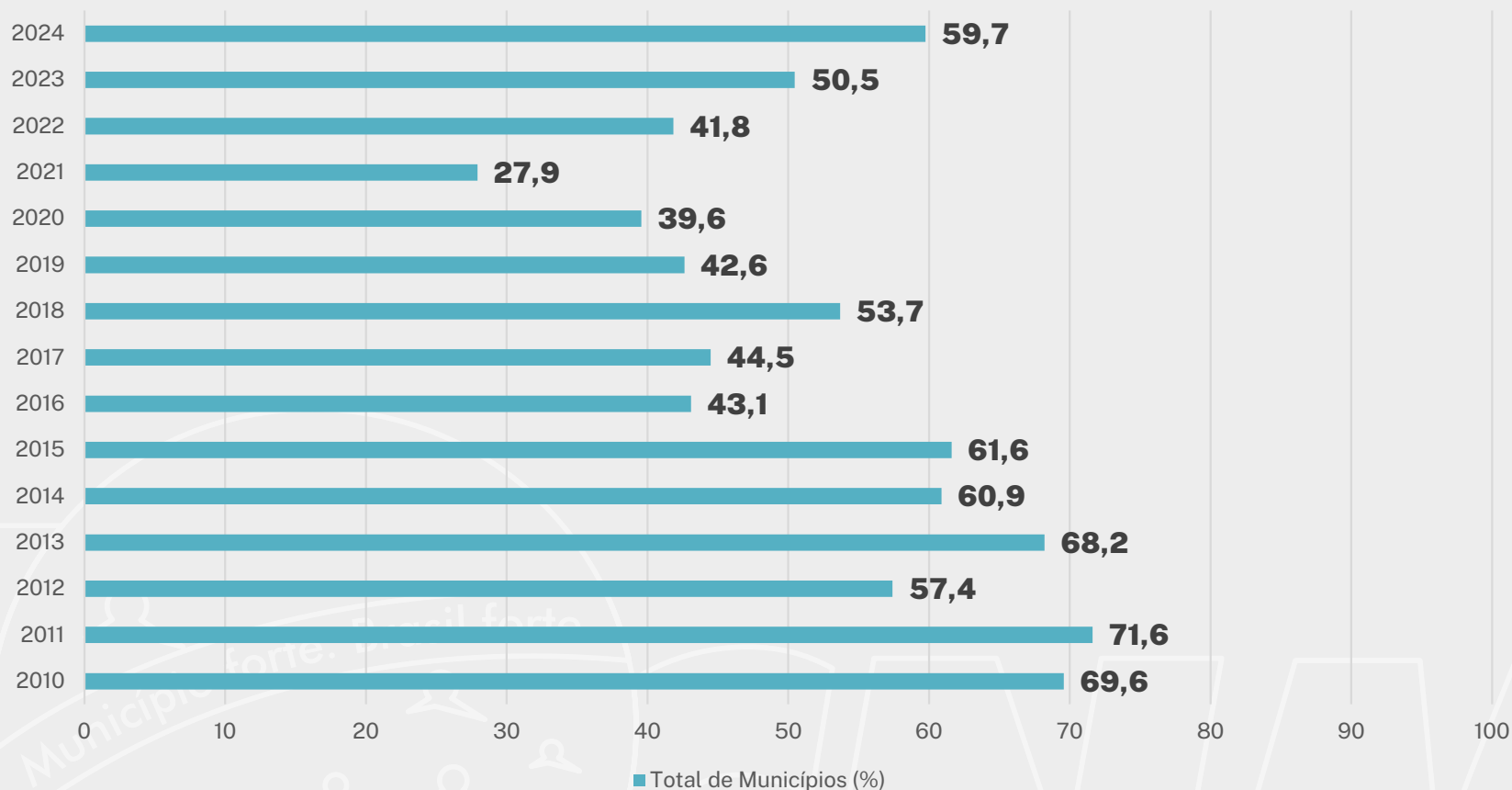
A vacina contra a Poliomielite (VIP–inativada) tem meta de cobertura de 95% e teve queda sustentada na média de cobertura a partir do ano de 2016 (84,4%), alcançando o pior resultado em 2021 (71%), conforme a Figura 7, o que pode ter ocorrido por influências da pandemia da Covid-19. Em 2011, foi registrado o maior percentual de Municípios que alcançaram a meta, 71,6%, o melhor resultado da série histórica, conforme a Figura 8, e também se evidencia que 2020 e 2021 foram os piores resultados de Municípios que alcançaram a meta, sendo 39,6% e 27,9%, respectivamente.

Figura 7 – Cobertura vacinal da Poliomielite injetável (VIP). Brasil, 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 8 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Poliomielite injetável (VIP – inativada). Brasil, 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

5.5. COBERTURA VACINAL DA POLIOMIELITE ORAL BIVALENTE (VOPb – ATENUADA)

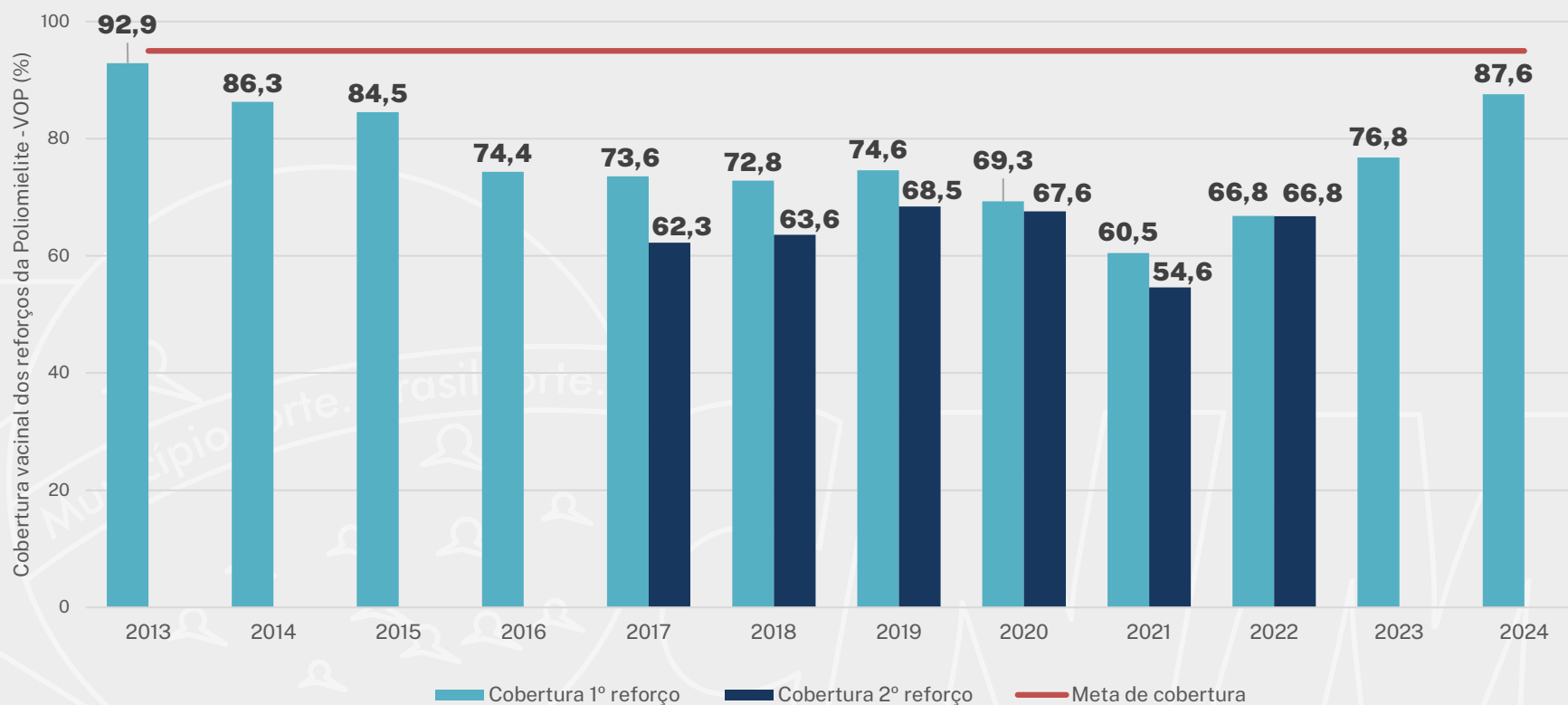
Os dois reforços contra a Poliomielite (VOPb), administrados aos 15 meses e aos 4 anos, nunca atingiram

a meta de cobertura de 95%. Também há inconsistências na publicidade dos dados de cobertura, principalmente em

relação ao segundo reforço. O ano de 2021 foi o ano com o menor índice da série, 60,5% e 54,6%, para o primeiro e segundo reforço, respectivamente, conforme a Figura 9. Os dados de 2023 referentes ao segundo reforço não estavam disponíveis no novo site do Ministério da Saúde durante a

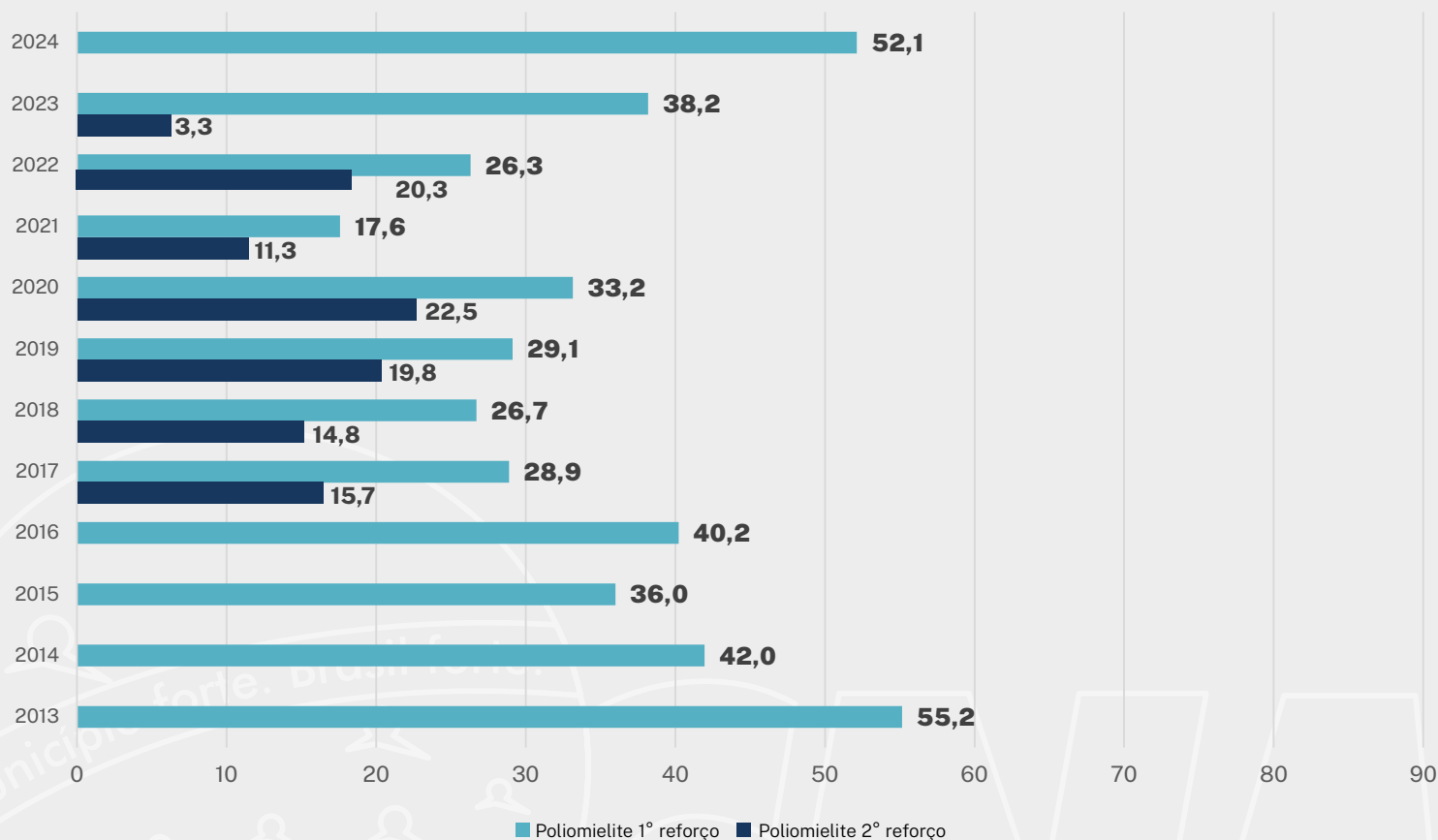
elaboração deste estudo. No ano de 2024, o PNI substituiu os reforços com a VOP pela VIP em dose única aos 15 meses. Quanto à proporção de Municípios que alcançaram a meta, 2013 foi o melhor ano, com 55,2% dos Entes com cobertura satisfatória, conforme se verifica na Figura 10.

Figura 9 – Cobertura vacinal da Poliomielite Oral Bivalente (VOPb – atenuada). Brasil, 2013 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 10 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Poliomielite Oral Bivalente (VOPb – atenuada). Brasil, 2013 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

5.6. COBERTURA VACINAL DA PNEUMOCÓCICA 10-VALENTE (PNCC 10)

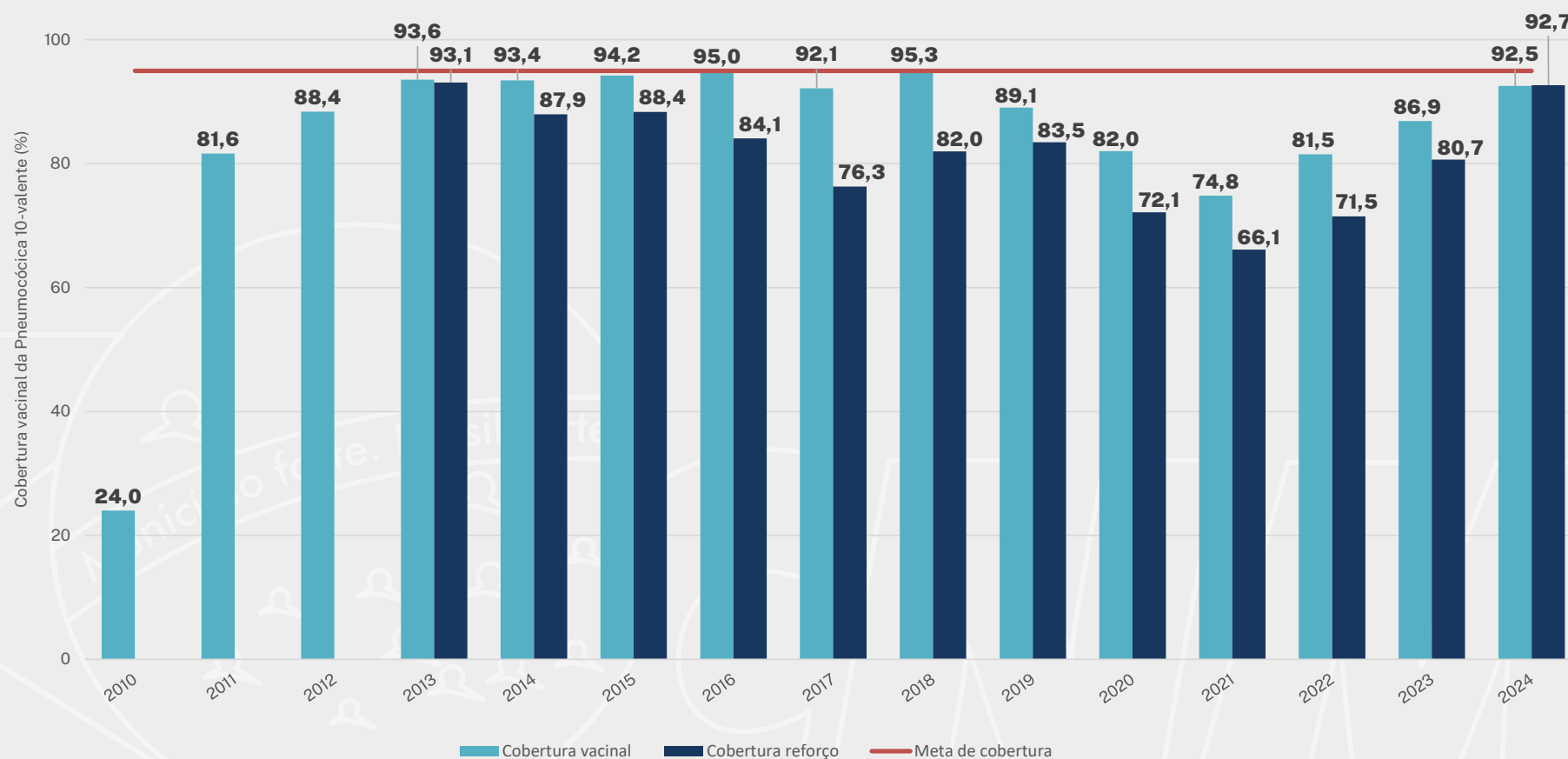
A vacina Pneumocócica 10-valente foi incluída no Calendário Nacional de Vacinação em 2010, possui meta de

cobertura de 95%, deve ser administrada no primeiro ano de vida (2 e 4 meses), seguida com uma dose de reforço aos 12

meses. A partir de 2019, iniciou a queda da cobertura abaixo da meta, sendo 89,1% em 2019, 82,0% em 2020 e 74,8% em 2021 para o esquema primário, conforme a Figura 11. Em relação ao reforço, a meta nunca foi alcançada. Em 2024,

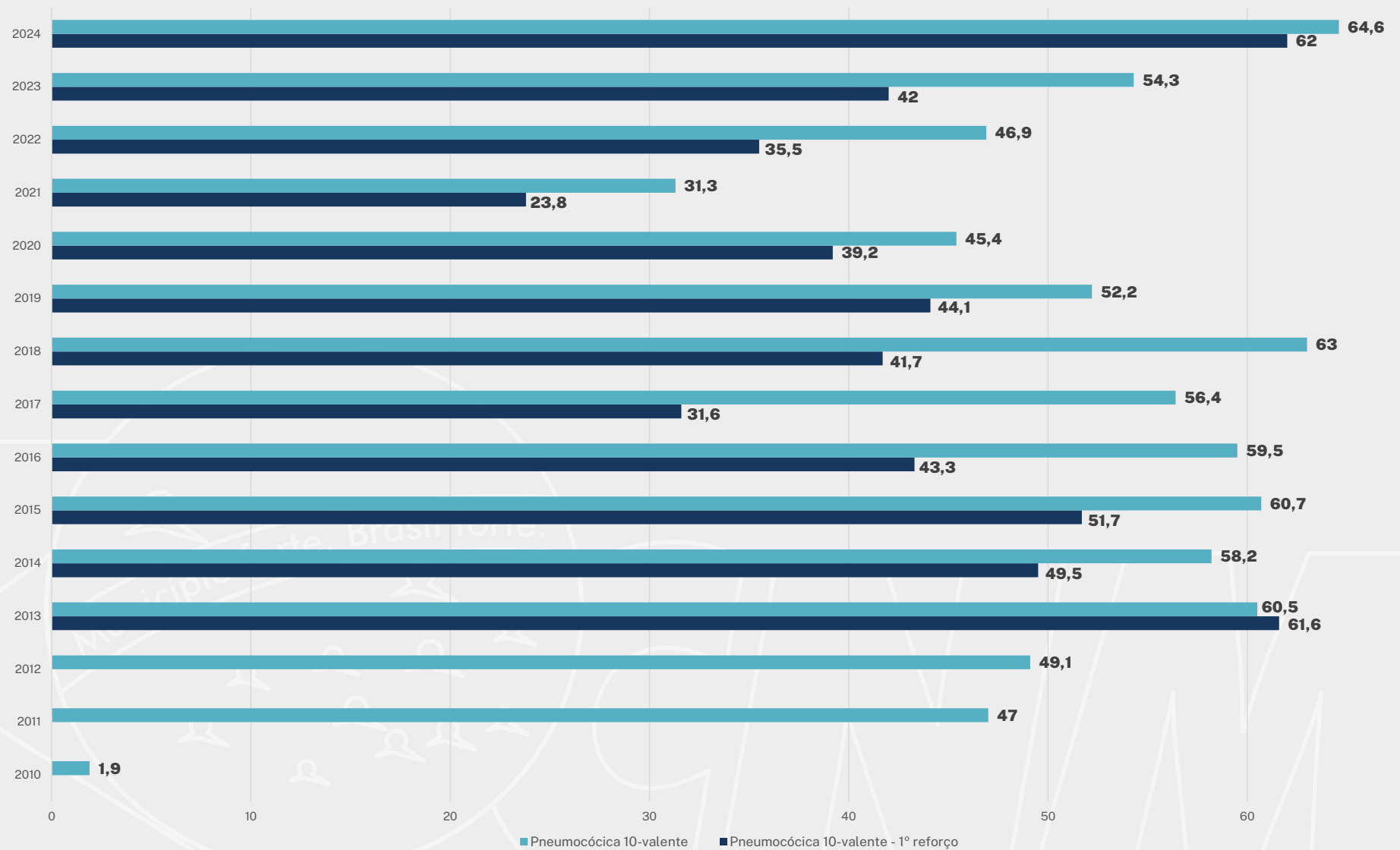
64,6% dos Municípios alcançaram a meta para o esquema primário, e 62% para a dose de reforço, sendo este o melhor ano da série histórica, conforme a Figura 12.

Figura 11 – Cobertura vacinal da Pneumocócica 10-valente (Pncc 10). Brasil, 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 12 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Pneumocócica 10-valente (Pncc 10). Brasil, 2010 a 2024



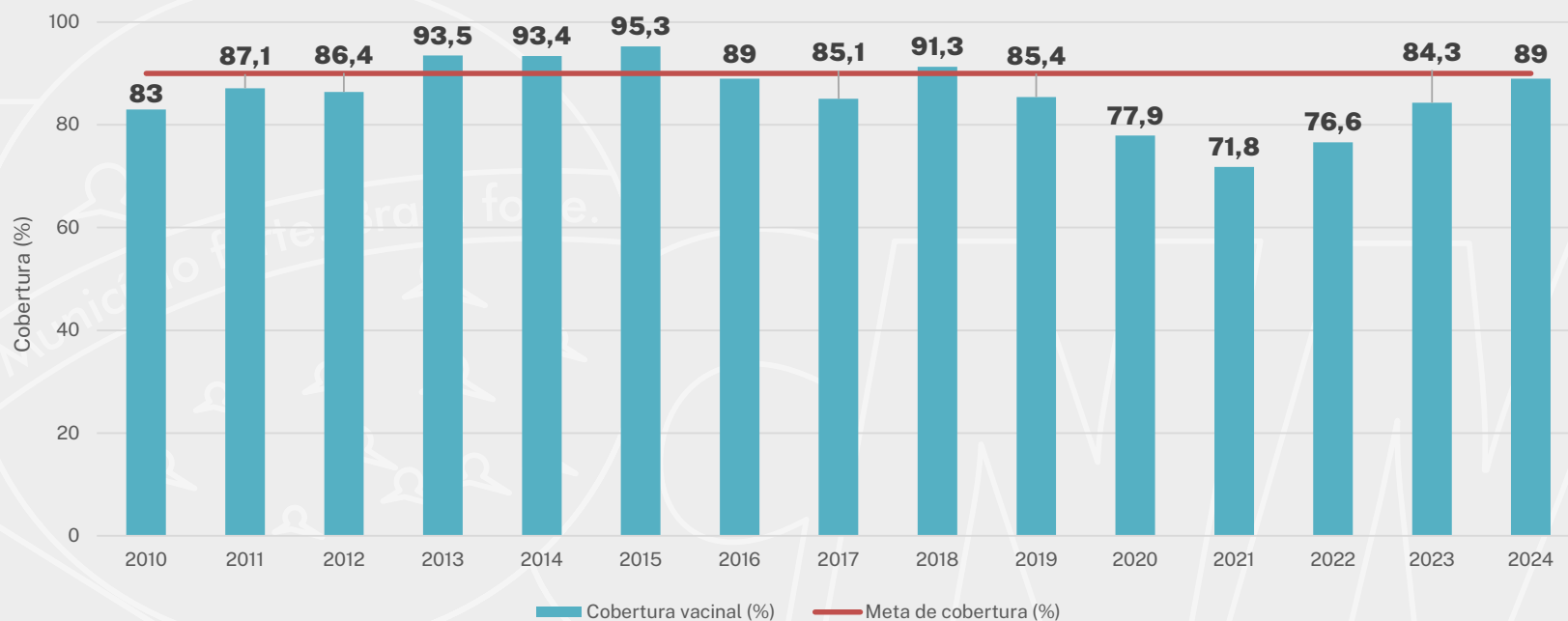
Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

5.7. COBERTURA VACINAL DA ROTAVÍRUS HUMANO G1P1 (VRH)

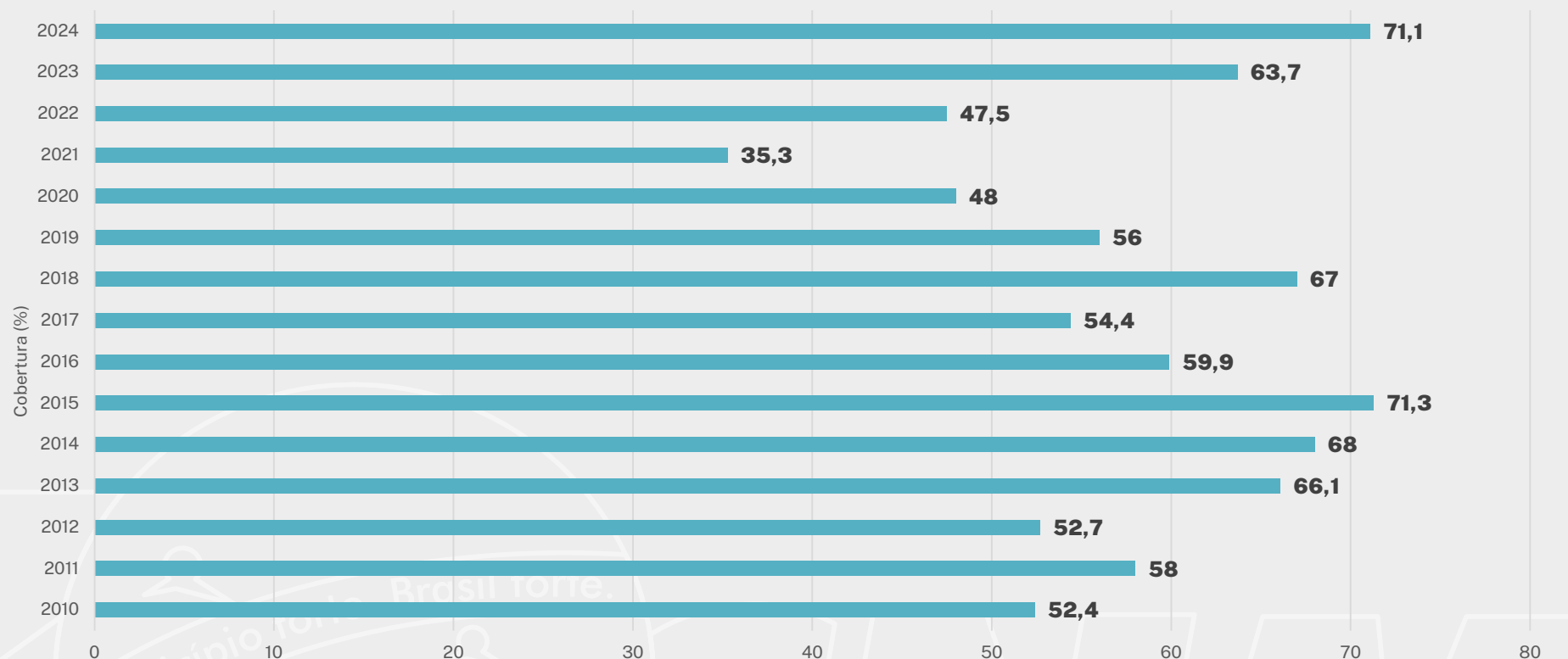
A vacina contra o Rotavírus Humano possui meta de cobertura de 90% e deve ser administrada no primeiro ano de vida (2 e 4 meses). Na série temporal analisada, o país conseguiu atingir a meta apenas de 2013 a 2015, e em 2018, tendo um declínio no índice a partir de 2019 (85,4%), e a menor taxa em 2021 (71,8%), conforme a Figura 13. No ano de 2024 houve recuperação da cobertura, que ficou 0,1% abaixo da meta, sendo o segundo ano da série com o maior

percentual de Municípios que atingiram a meta (71,1%), conforme a Figura 14. É possível observar que as menores coberturas vacinais e a proporção de Municípios que alcançou a meta de cobertura foram registradas nos anos de 2020 a 2022, período referente à pandemia da Covid-19 e imediatamente pós-pandemia (2022), o que certamente influenciou na taxa de cobertura desse imunizante.

Figura 13 – Cobertura vacinal do Rotavírus Humano. Brasil, 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 14 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Rotavírus. Brasil, 2010 a 2024

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

5.8. COBERTURA VACINAL DA MENINGOCÓCICA C (CONJUGADA)

A vacina Meningocócica C foi incluída no PNI no ano de 2010, com esquema vacinal composto por duas doses a serem administradas no primeiro ano de vida (aos 3 e 5

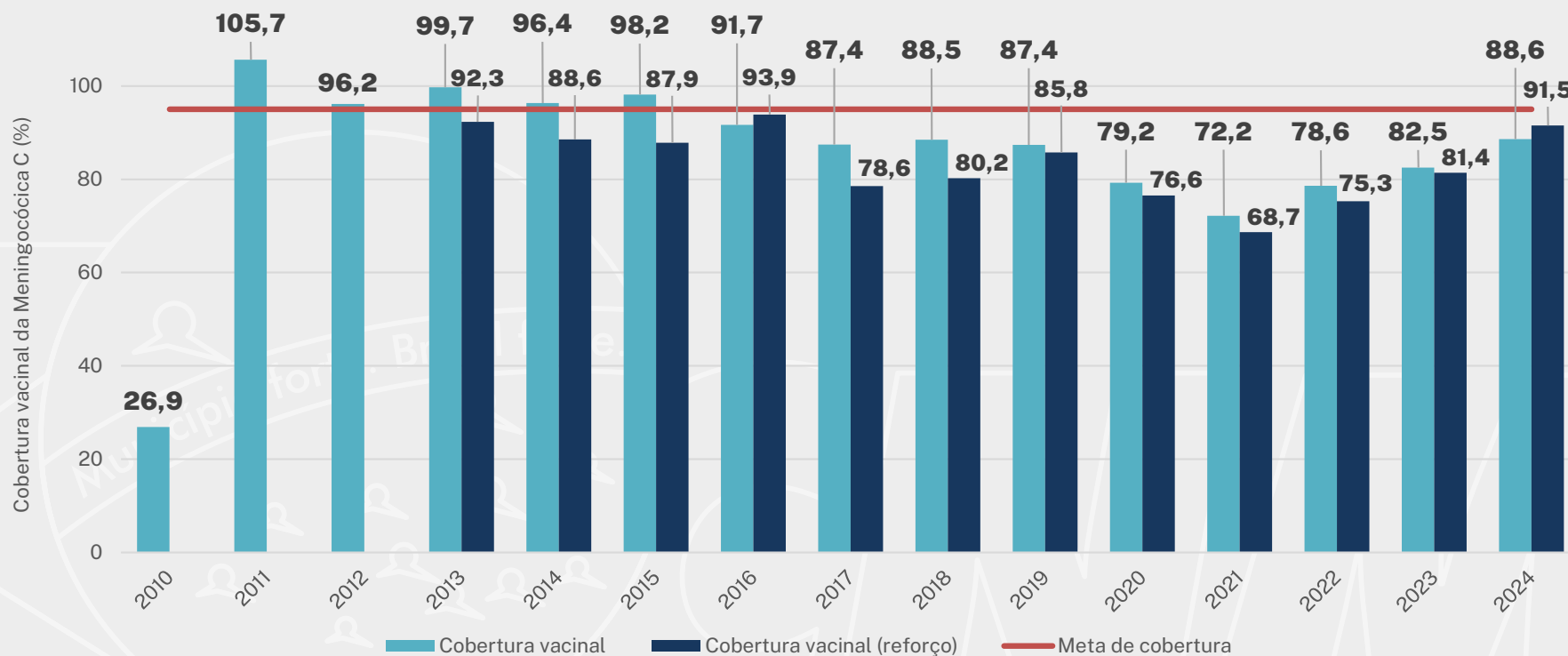
meses), seguida de uma dose de reforço a ser administrada aos 12 meses.

Em 2025, o esquema vacinal trouxe uma alteração na dose de reforço, e a partir de 1º de julho passou a ser administrada a vacina ACWY aos 12 meses.

A meta de cobertura é de 95%, tendo iniciado discreta queda de cobertura a partir de 2016 (91,7%), acentuada

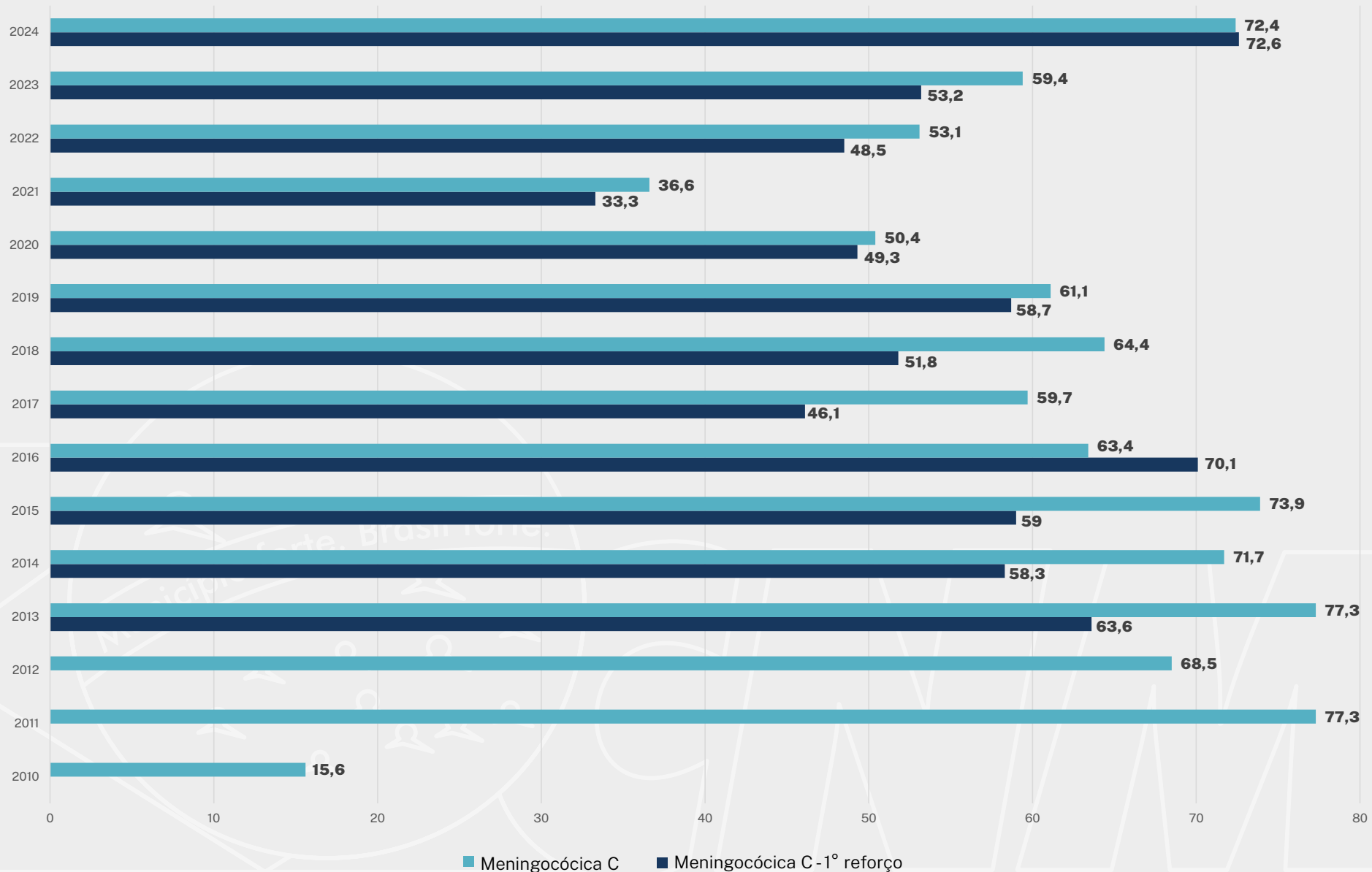
durante a pandemia, registrando 79,2% em 2020 e 72,2% em 2021, conforme a Figura 15. Em 2024, houve recuperação dos índices, e mais de 70% dos Municípios atingiram meta de cobertura, percentual que não era alcançado desde 2016 (Figura 16).

Figura 15 – Cobertura vacinal da Meningocócica C. Brasil, 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 16 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Meningocócica C. Brasil, 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

5.9. COBERTURA VACINAL DA FEBRE AMARELA (ATENUADA)

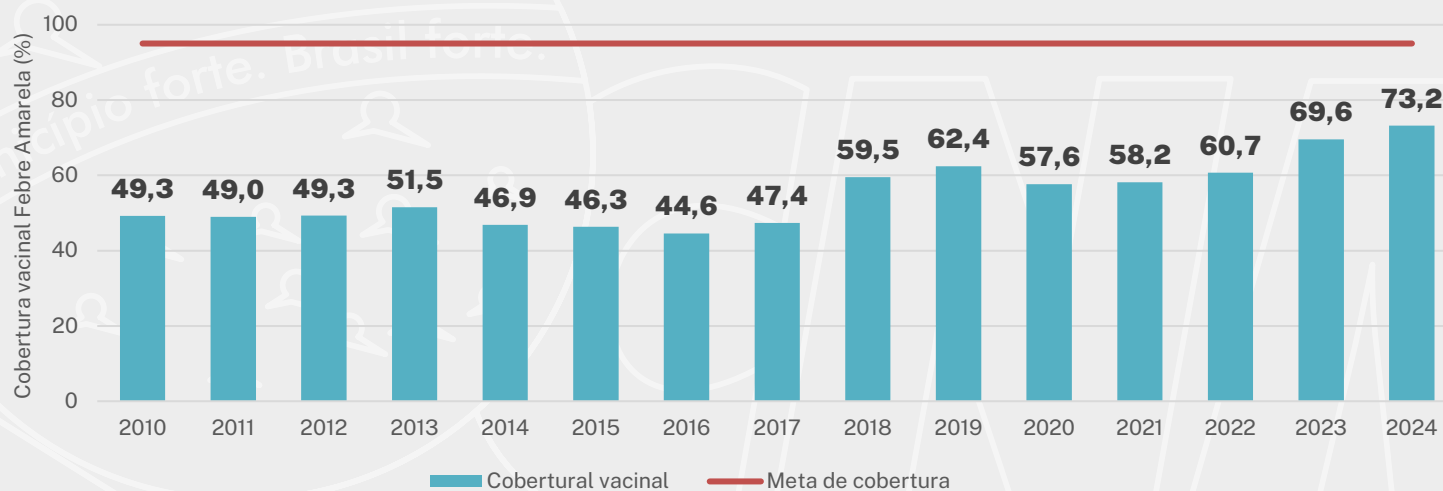
A vacina da Febre Amarela tem meta de cobertura de 95%. O esquema vacinal é composto por duas doses: uma dose administrada aos 9 meses e a segunda dose, de reforço, aos 4 anos. Na série histórica analisada, a meta de cobertura geral do país nunca foi alcançada, conforme a Figura 17. Contudo, diferentemente das outras vacinas analisadas neste estudo, observou-se aumento de cobertura superior a 10%, entre 2018 e 2023, mantendo a margem em 2024.

Quanto à proporção de Municípios a alcançarem a meta de cobertura, observa-se uma queda a partir de 2014,

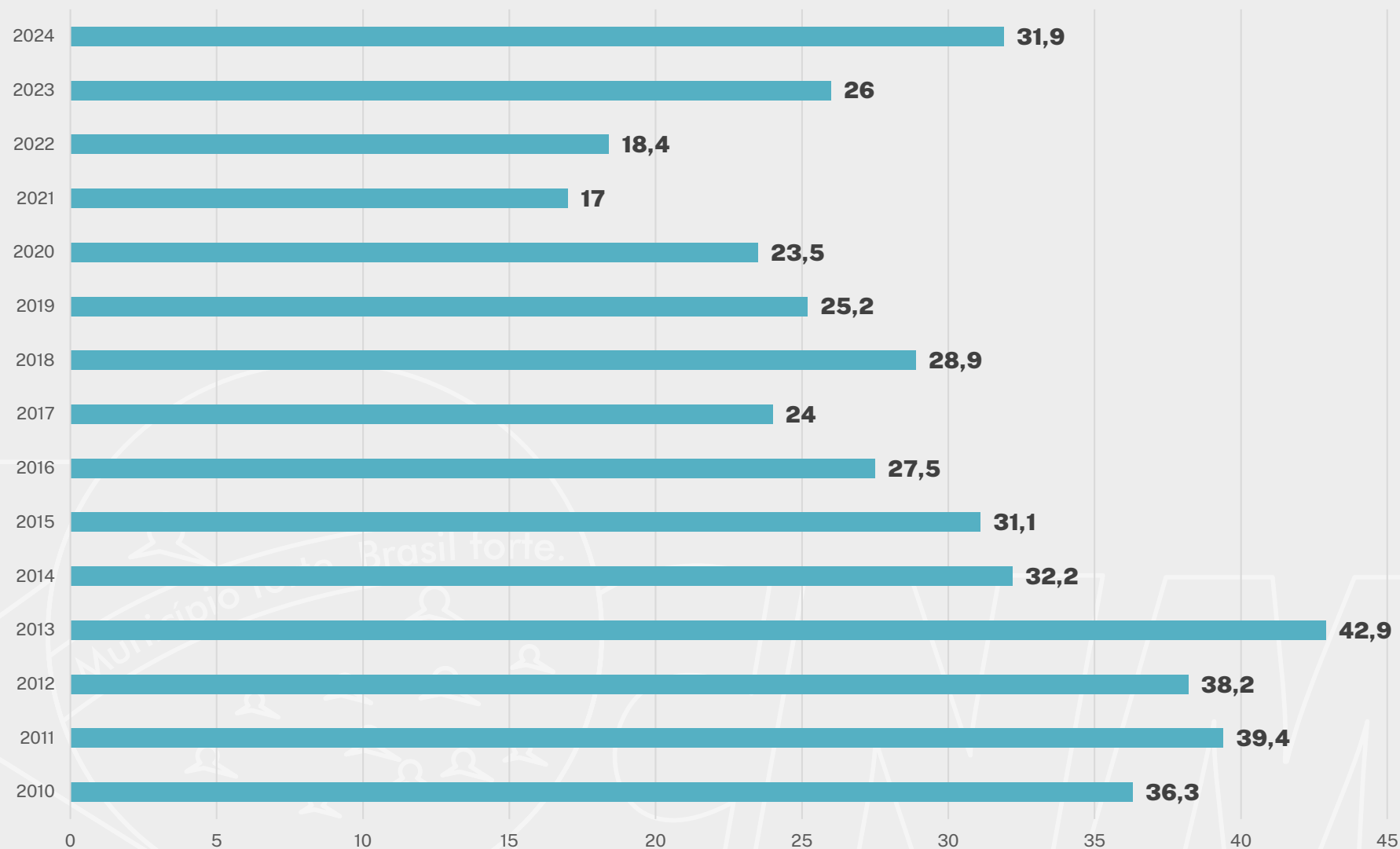
com o menor percentual registrado durante a pandemia de Covid-19, sendo 23,5% em 2020, 17% em 2021, 18,4% em 2022. A partir de 2023 ocorreu uma recuperação, com 26%, chegando a 31% em 2024 (Figura 18).

A cobertura de Febre Amarela deve ser analisada com critério, pois se trata de uma arbovirose que necessita da circulação viral e da presença do vetor para a ocorrência da doença. Logo, deve-se priorizar que, em áreas endêmicas, como na região amazônica, a cobertura seja igual ou superior à meta para evitar a ocorrência de surtos (Brasil, 2022).

Figura 17 – Cobertura vacinal da Febre Amarela. Brasil, 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 18 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Febre Amarela. Brasil, 2010 a 2024

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

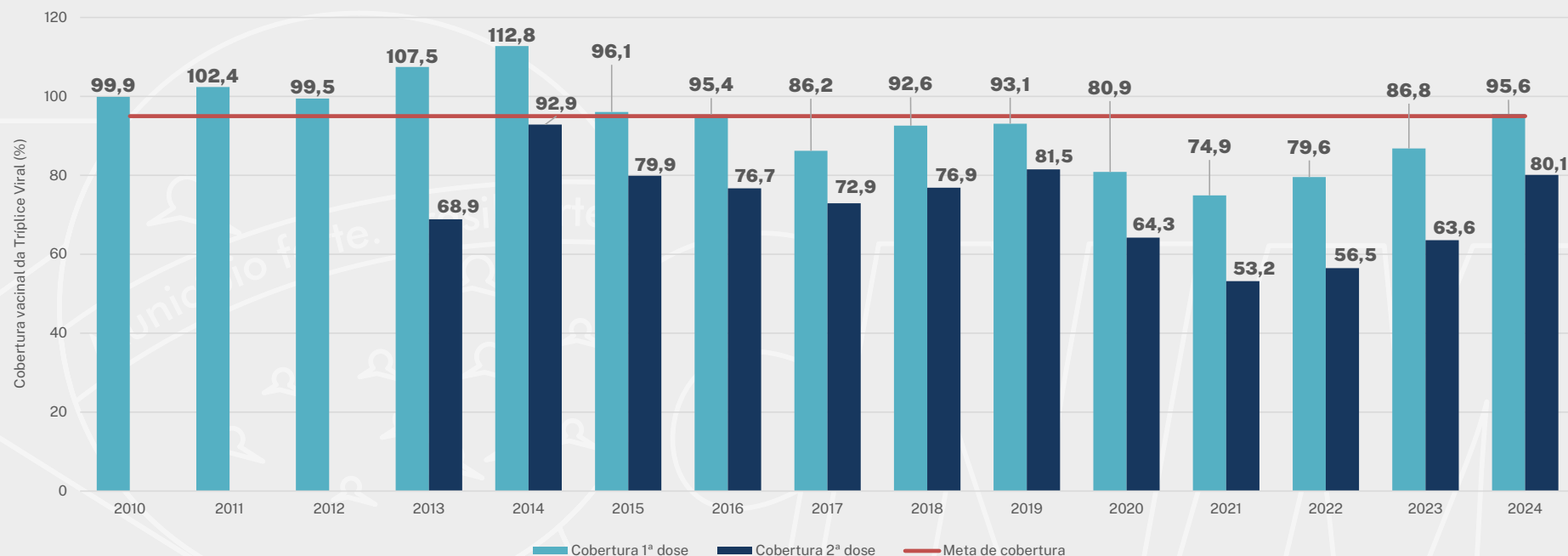
5.10. COBERTURA VACINAL CONTRA O SARAMPO, CAXUMBA, RUBÉOLA (SCR)

A meta de cobertura da Tríplice Viral, que protege contra Sarampo, Caxumba e Rubéola (SRC), é de 95%. A vacina é administrada aos 12 meses de vida. Desde o ano de 2017, o país não atingiu a meta de cobertura, sendo que o menor índice foi registrado em 2021 (74,9%), vide a Figura 19. As baixas coberturas levaram à reintrodução do vírus em

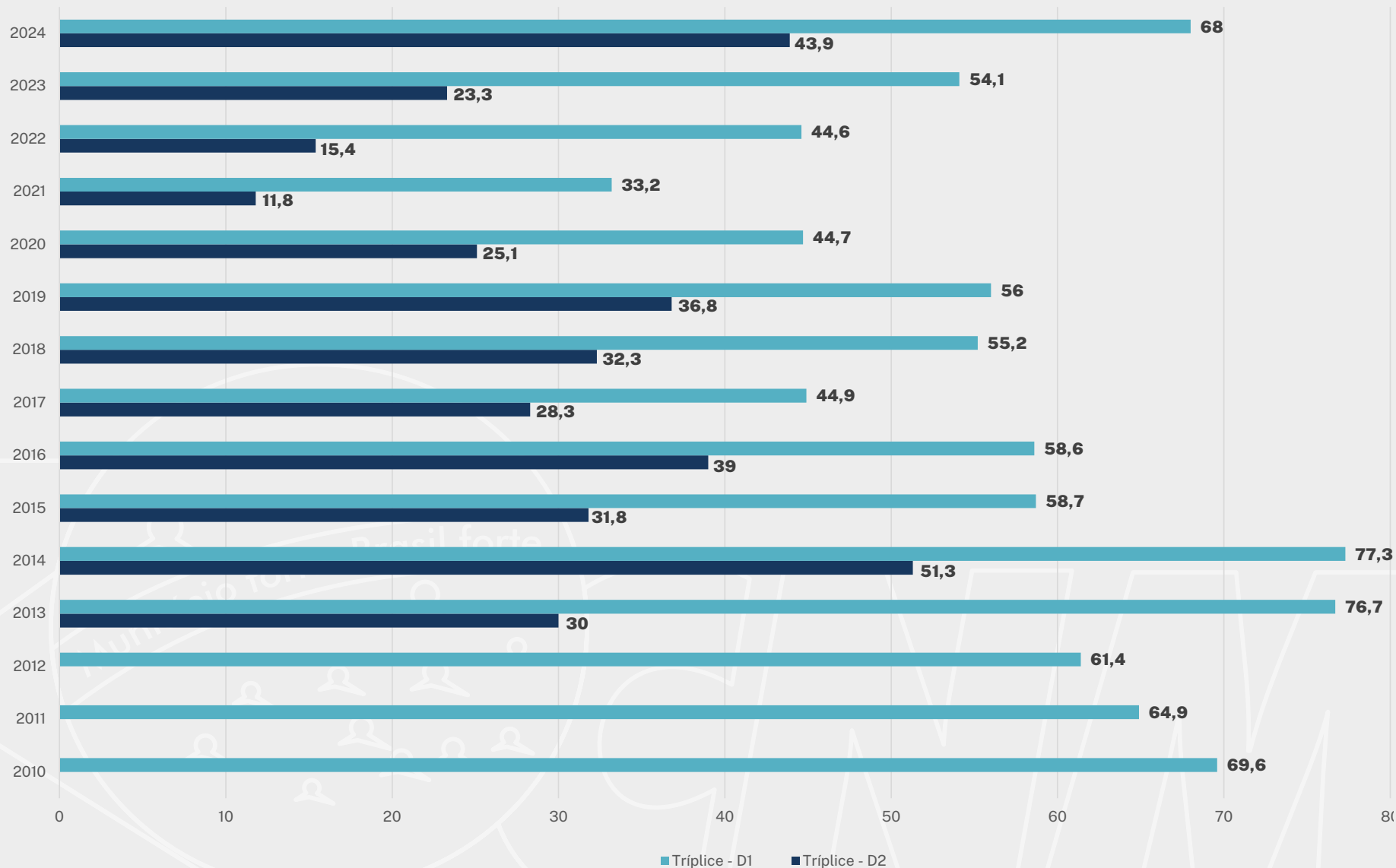
2018 no Brasil, que havia recebido da OMS a certificação da eliminação da doença em 2016.

Em 2024, ocorreu um aumento significativo no número de Municípios que atingiram as metas, 68% dos Municípios alcançaram a meta de cobertura para a primeira dose e 43,9% para a segunda dose (Figura 20).

Figura 19 – Cobertura vacinal de Tríplice Viral (SCR). Brasil, 2010 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 20 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Tríplice Viral (SCR). Brasil, 2010 a 2024

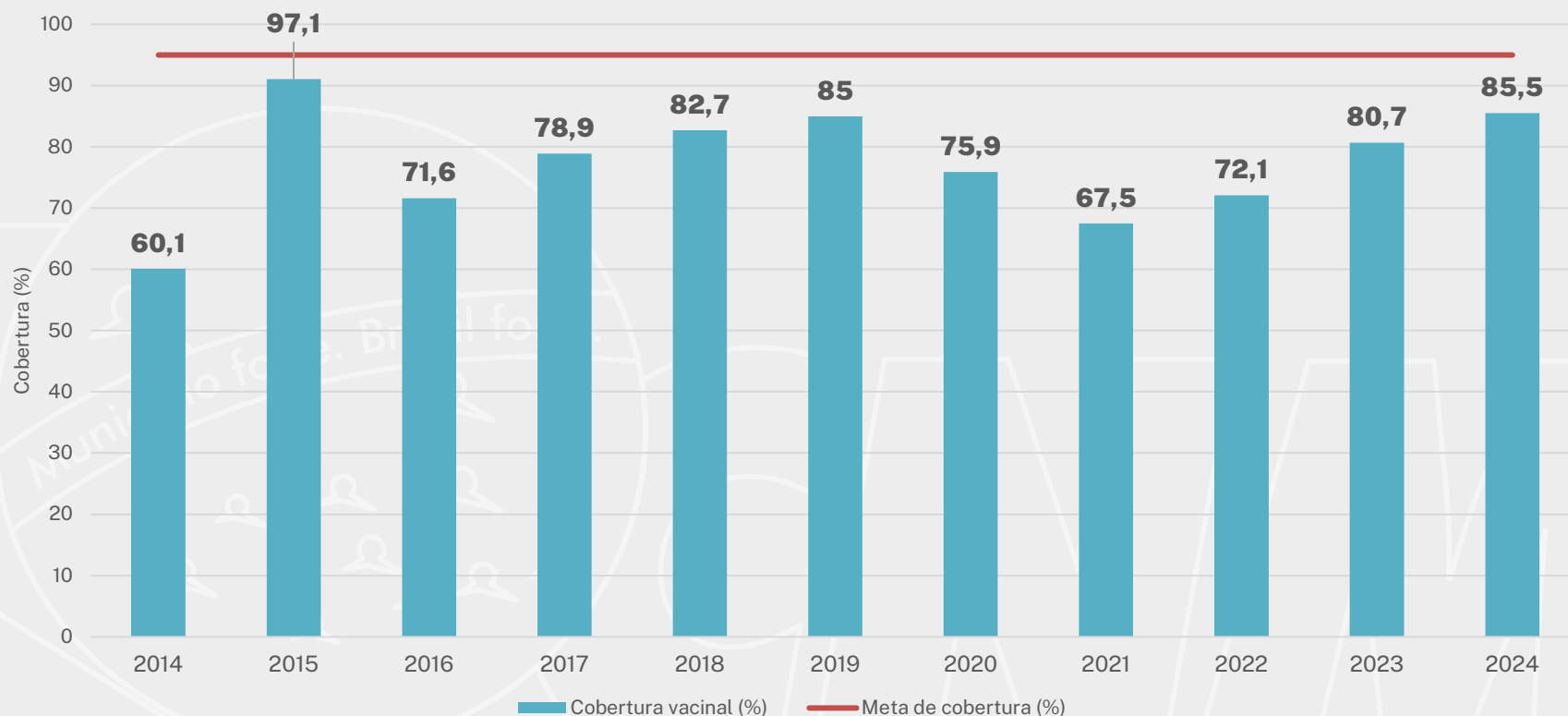
Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

5.11. COBERTURA VACINAL CONTRA A HEPATITE A

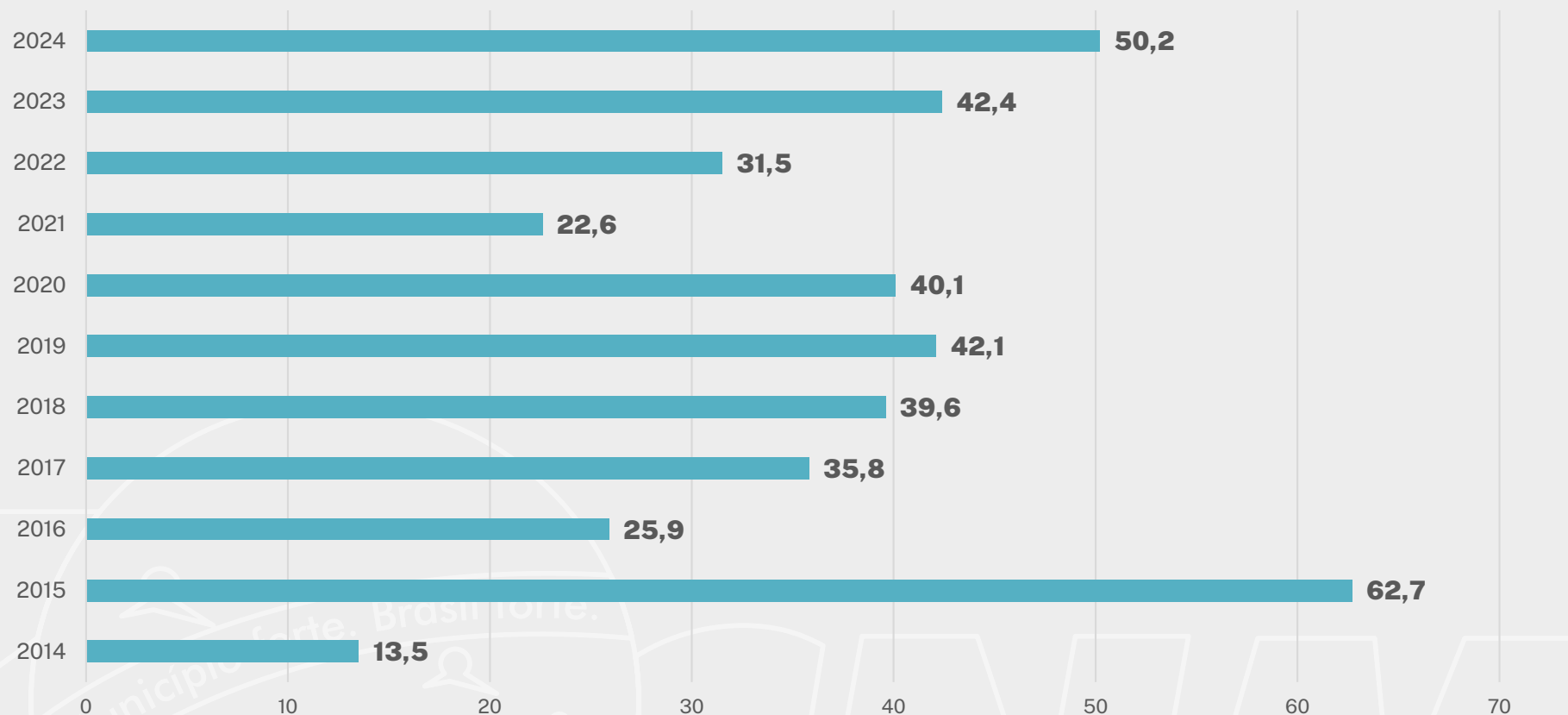
A vacina que protege contra a Hepatite A deve ser administrada aos 15 meses de idade e possui meta de cobertura de 95%. Somente em 2015 o país alcançou a meta, apresentando queda nas coberturas nos anos subsequentes. O ano de 2014 registrou a menor taxa de cobertura vacinal, 60,1%,

e depois disso o ano de 2021 apresentou o segundo menor índice, 67,5% (Figura 21). Em 2024 houve discreta melhora, com 85,5% de cobertura, mas ainda abaixo da meta, que foi alcançada apenas por 50,2% dos Municípios (Figura 22).

Figura 21 – Cobertura vacinal da Hepatite A. Brasil, 2014 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 22 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Hepatite A. Brasil, 2014 a 2024

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

5.12. COBERTURA VACINAL DA DTP

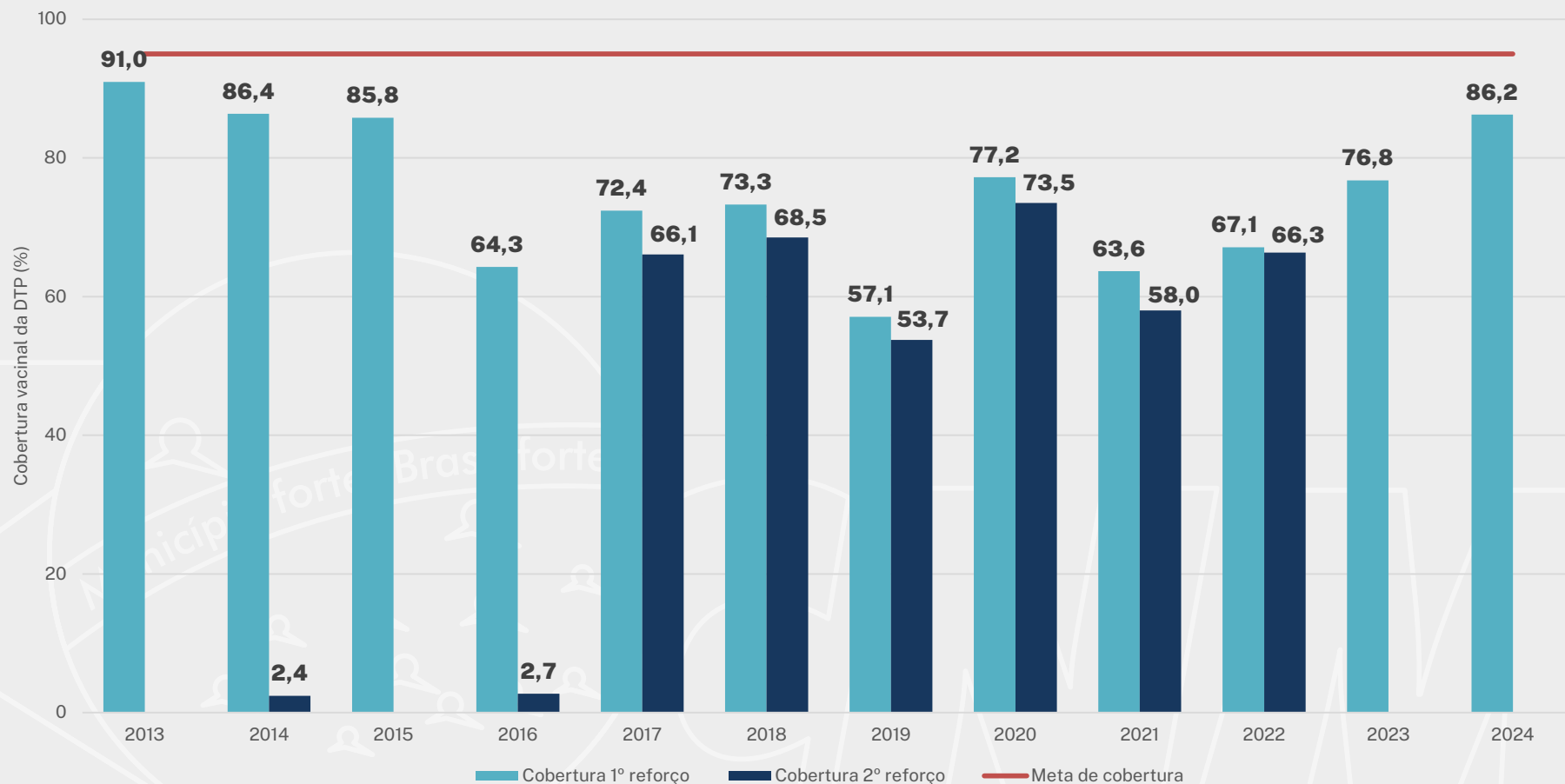
Os reforços da DTP devem ser administrados aos 15 meses e aos 4 anos, e possuem meta de cobertura de

95%. Contudo, desde 2013 o país não atinge a meta de cobertura para este imunizante. O ano de menor cobertura

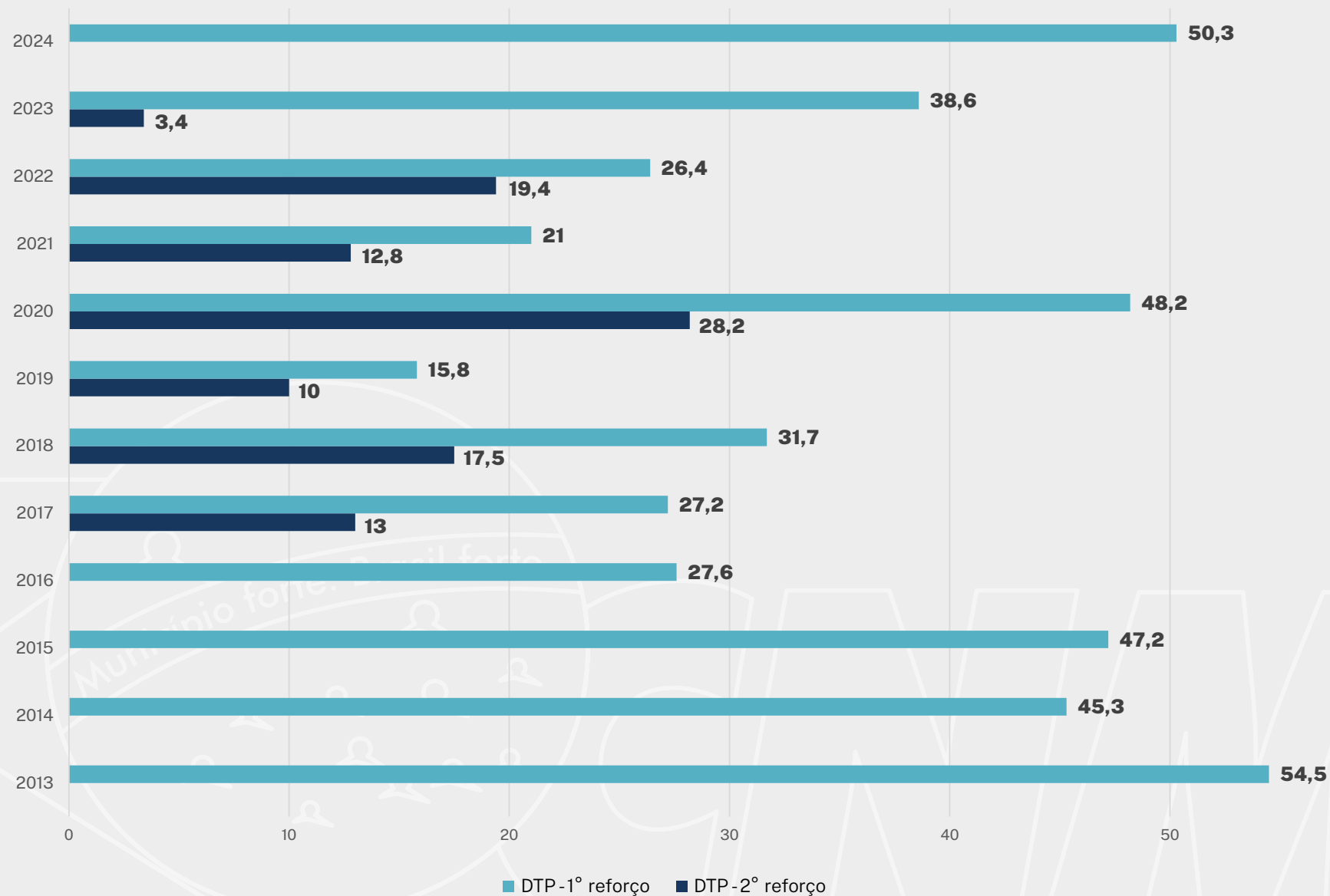
foi em 2019, com 57,1% e 53,7%, para o primeiro e segundo reforço, respectivamente, conforme a Figura 23. Os dados de 2023 e 2024 referentes ao segundo reforço não estão

disponíveis. Em 2024, 50,3% dos Municípios alcançaram a meta de cobertura do primeiro reforço, conforme a Figura 24.

Figura 23 – Cobertura vacinal da DTP. Brasil, 2014 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 24 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da DTP. Brasil, 2014 a 2024

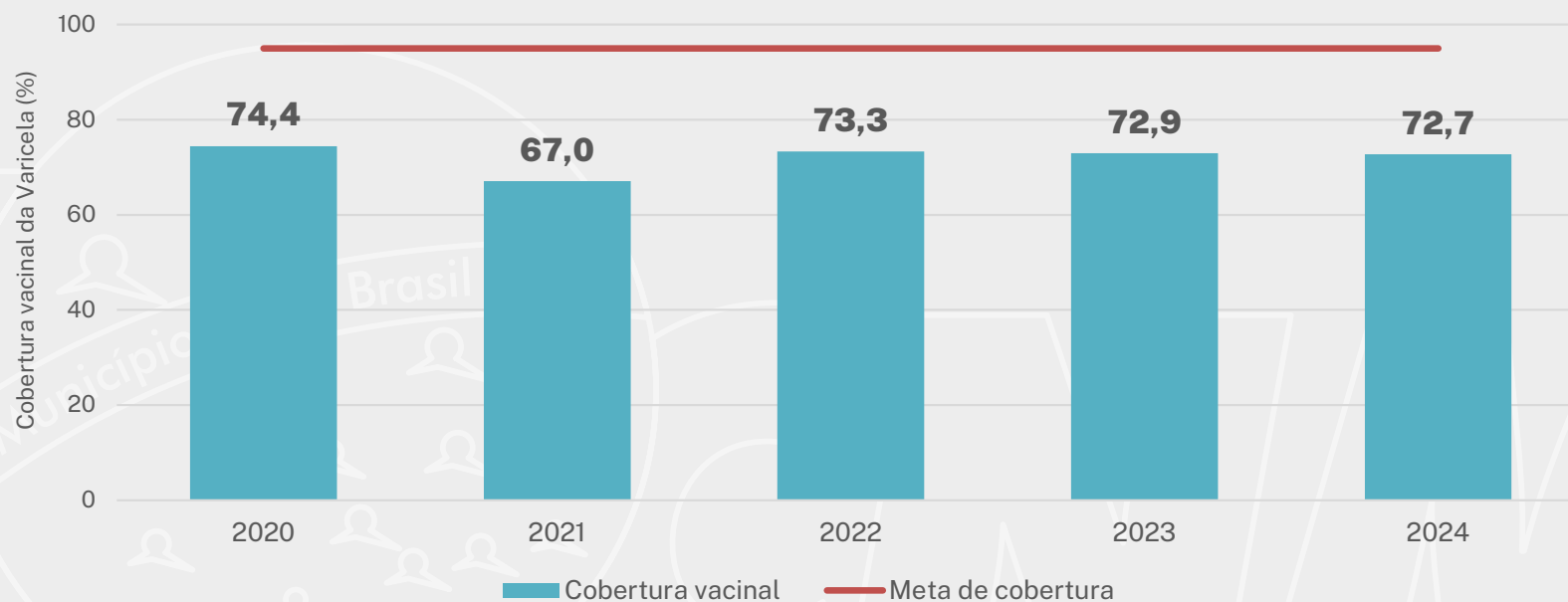
Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

5.13. COBERTURA VACINAL DA VARICELA

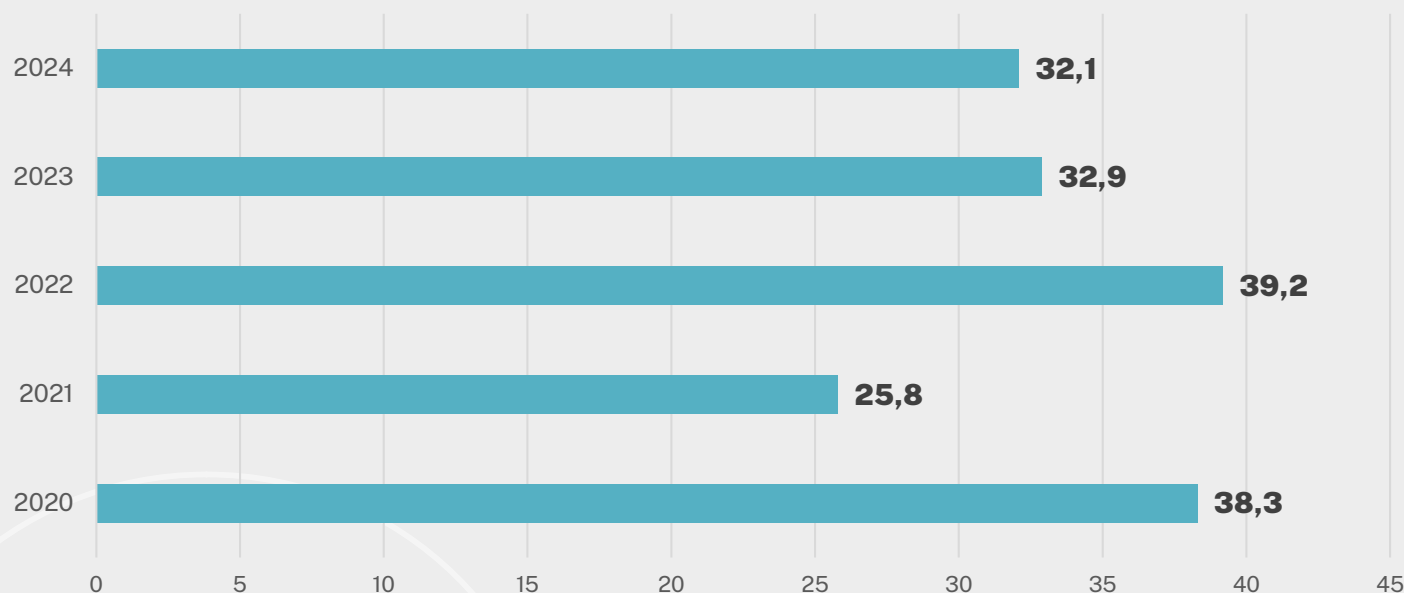
A meta de cobertura vacinal para a vacina de Varicela é de 95%, a primeira dose da vacina é administrada aos 15 meses, através da vacina tetraviral, que também é a segunda dose contra o Sarampo, Caxumba e Rubéola. A segunda dose é administrada aos quatro anos, sendo que a meta de cobertura desta vacina nunca foi atingida

no período analisado, além de apresentar variação nos dados disponíveis (Figura 25). Para fins deste estudo, foi considerada apenas a aplicação da segunda dose da vacina contra Varicela. Conforme apresentado na Figura 26, em 2024, apenas 32,1% dos Municípios atingiram a meta de cobertura estabelecida.

Figura 25 – Cobertura vacinal da Varicela. Brasil, 2020 a 2024



Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

Figura 26 – Proporção de Municípios que alcançaram a meta vacinal da Varicela. Brasil, 2020 a 2024

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Dados extraídos em 08/06/2025. Elaboração: CNM.

6. CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo primordial avaliar as coberturas vacinais de rotina das crianças com até cinco anos de idade no Brasil, no período de 2010 a 2024. Os dados analisados, coletados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), revelam um cenário desafiador em relação às metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Constatou-se que a queda nas coberturas vacinais não é exclusivamente um efeito da pandemia de Covid-19 e seus inúmeros e longos períodos de *lockdown*, embora esta tenha agravado significativamente a situação, conforme demonstrado nos dados apresentados para cada imunizante. Desde 2016, as autoridades têm observado o início de uma queda sustentada nos índices de cobertura, colocando em

risco décadas de avanços na redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis.

Embora se observe uma elevação das coberturas vacinais desde 2022, fruto do compromisso dos Municípios, que materializam, na ponta, as políticas públicas de saúde, transformando diretrizes nacionais em ações concretas que chegam como serviços à população, a maioria das vacinas ainda se encontram abaixo das metas estabelecidas. Em 2024, apenas a vacina BCG e a primeira dose da Tríplice Viral (SRC) atingiram suas metas de cobertura. A vacina contra a Poliomielite, por exemplo, não alcança a meta de 95% desde 2016, o que representa um período de nove anos. Além disso, a cobertura da vacina contra Hepatite B não atinge a meta desde 2014, e as vacinas Penta, Pneumocócica, Rotavírus, Meningocócica C, Febre Amarela, Hepatite A, DTP e Varicela também apresentam desafios significativos para atingir ou manter suas metas de cobertura ao longo da série histórica analisada.

É importante ressaltar que o governo federal deve garantir a disponibilidade contínua de todos os imunizantes, uma vez que é o responsável pela aquisição e distribuição das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação aos Municípios. Segundo **pesquisas realizadas pela CNM** em 2024 (https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2024/Estudos_tecnicos/202409_ET_SAU_Falta_vacina_proteger_crianças_brasileira.pdf e <https://cnm.org.br/>

[storage/biblioteca/2024/Estudos_tecnicos/202412_SAU_ET_%20Estudo_de_Falta_de_Vacinas.pdf](https://cnm.org.br/storage/biblioteca/2024/Estudos_tecnicos/202412_SAU_ET_%20Estudo_de_Falta_de_Vacinas.pdf)), os Municípios enfrentaram faltas frequentes de vacinas, sendo que, em uma das edições do levantamento, 64,7% dos respondentes relataram a indisponibilidade de algum imunizante em suas localidades, tal situação, em alguma medida, pode comprometer as coberturas vacinais.

É necessário também que o financiamento para a manutenção das ações de vacinação seja ampliado por parte do Ministério da Saúde, uma vez que a operação das salas de vacinas e a realização da busca ativa de faltosos geram custos significativos para os cofres municipais.

Diante do exposto, este estudo sublinha a urgência de intensificar os esforços conjuntos, permanentes e sustentáveis para a reconquista das coberturas vacinais no Brasil, que neste caso vale destacar questões históricas que precisam ser enfrentadas como o movimento/campanhas antivacinas; a aquisição e distribuição de quantidades suficientes de imunizantes; o abastecimento a manutenção de estoques locais de imunizantes; campanhas de sensibilização e intensificação da vacinação; novos investimentos na modernização e ampliação da rede de imunização, centrais e salas de vacina; qualificação continuada e permanente dos profissionais de saúde; revisão e atualização do modelo tripartite financiamento do PNI e da Vigilância em Saúde; e por fim, o aperfeiçoamento do SI-PNI de forma que registre todos os

imunizantes no prontuário eletrônico e no cartão de vacina do usuário, monitore as coberturas georreferenciadas, forneça alertas periódicos de baixas coberturas vacinais e forneça relatórios à gestão local, regional, estadual e nacional sobre as coberturas vacinais.

A avaliação dos dados de cobertura vacinal é fundamental para apoiar os gestores das políticas públicas

de saúde na elaboração de novas abordagens e estratégias eficazes, visando o aumento das coberturas e, consequentemente, a redução da morbimortalidade infantil por causas evitáveis. A Confederação Nacional de Municípios (CNM) continua monitorando e pesquisando as dificuldades e gargalos enfrentados pelos Municípios nesse avanço.

Tabela 1 – Coberturas vacinais por tipo de vacina, para crianças até 5 anos, e variação percentual nos últimos dez anos. Brasil, de 2015 a 2024

Vacina	Meta de cobertura	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Variação 2015 - 2024
BCG	90%	105,1	95,6	98	99,7	86,7	77,1	75	90,1	77,5	96,2	-8,9
Hepatite B (< 30)	95%	90,9	81,7	85,9	88,4	78,6	65,8	67	82,7	73,1	94,4	-3,5
Poliomielite	95%	98,3	84,4	84,7	89,5	84,2	76,8	71	77,2	84,6	90	-8,3
Polio (1º ref)	95%	84,5	74,4	73,6	72,8	74,6	69,3	60,5	67,7	76,8	87,6	-3,1
Polio (2º ref)	95%	-	-	63,3	63,6	68,5	67,6	54,6	67,6	-	-	-
Rotavírus	90%	95,3	89	85,1	91,3	85,4	77,9	71,8	76,6	84,3	89	-6,3
Pentavalente	95%	96,3	89,3	84,2	88,5	70,8	77,9	71,5	77,2	83,7	89,8	-6,5
Pneumocócica	95%	94,2	95	92,1	95,3	89,1	82	74,8	81,5	86,9	92,5	-1,7
Pneumo (ref)	95%	88,4	84,1	76,3	82	83,5	72,1	66,1	71,5	80,7	92,7	-4,3
Meningo C	95%	98,2	91,7	87,4	88,5	87,4	79,2	72,2	78,6	82,5	88,6	-9,6

Vacina	Meta de cobertura	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Variação 2015 - 2024
Febre amarela	95%	46,3	44,6	47,4	59,5	62,4	57,6	58,2	60,7	69,6	73,2	-26,9
Tríplice viral D1	95%	96,1	95,4	86,2	92,6	93,1	80,9	74,9	79,6	86,8	95,6	-0,5
Tríplice viral D2	95%	79,9	76,7	72,9	76,9	81,5	64,3	53,2	57,6	63,6	80,1	-0,2
Hepatite A	95%	97,1	71,6	78,9	82,7	85	75,9	67,5	73	80,7	85,5	11,6
DTP (1º ref)	95%	85,8	64,3	72,4	73,3	57,1	77,2	63,7	67,4	76,7	86,2	-0,4
DTP (2º ref)	95%	-	2,7	66,1	68,5	53,7	73,5	58	66,3	-	-	-
Varicela	95%	-	-	-	-	-	74,4	67	73,3	72,9	72,7	-
Média de todas as coberturas vacinais		89,7	76,0	78,4	82,1	77,6	73,5	66,3	73,4	78,7	87,6	-2,1

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação da Criança**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario>. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação – Cobertura vacinal por residência**. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_VACINACAO_CALENDARIO_NACIONAL_COBERTURA_RESIDENCIA.html. Acesso em: 29 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. 2. ed. Brasília, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de erradicação da poliomielite: estratégia no Brasil**. Brasília, 2015. 75 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/publicacoes/plano-p-lio-brasil-07-04-2016.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2025.

GT Agenda 2030. **Objetivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas**

as idades. [s.d.]. Disponível em: <https://gtagenda2030.org.br/ods/ods3/#:~:text=Objetivo%203.,as%20idades%20%7C%20GT%20Agenda%202030>. Acesso em: 29 jul. 2025.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil [: análises e tabelas]**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2023.pdf. Acesso em: 31 jul. 2025.

INSTITUTO BUTANTAN. **O mundo antes e depois das vacinas: a história comprova que o caminho para a erradicação de doenças é a imunização**. São Paulo, 14 mar. 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/o-mundo-antes-e-depois-das-vacinas-a-historia-comprova-que-o-caminho-para-a-erradicacao-de-doencas-e-a-imunizacao>. Acesso em: 16 ago. 2025.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Vacinação infantil tem avanços nas Américas; no entanto, mais de 1,4 milhão de crianças seguem sem proteção**. 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-7-2025-vacinacao-infantil-tem-avancos-nas-americas-no-entanto-mais-14-milhao-criancas>. Acesso em: 29 jul. 2025.



www.cnm.org.br

Sede

SGAN 601 – Módulo N
CEP: 70830-010
Asa Norte – Brasília/DF
Tel: (61) 2101-6000

Escritório Regional

Rua Marcílio Dias, 574
Bairro Menino Deus
CEP: 90130-000 – Porto Alegre/RS
Tel: (51) 3232-3330



canal cnm



@portalcnm



/TVPortalCNM



/TVPortalCNM



/TVPortalCNM



/portalcnm



Para mais artigos
acesse nossa biblioteca

