

Documento Técnico

26ª Campanha de Vacinação Contra Influenza



02 de abril de 2024
20 de março de 2024
Atualização: 02 de abril de 2024



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Secretaria da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"
Divisão de Imunização
Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória

Documento Técnico

26ª Campanha de Vacinação Contra a Influenza

São Paulo
20 de março de 2024
Atualização: 02 de abril de 2024

26ª Campanha de Vacinação Contra a Influenza

1. Introdução

O estado de São Paulo realizará em 2024, em consonância com o Ministério da Saúde (MS), a **26ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**, no período de **25 de março a 31 de maio, sendo 13 de abril o dia de divulgação e mobilização nacional**.

A vacinação contra a influenza é considerada a melhor estratégia de prevenção contra a influenza e possui capacidade de promover imunidade durante o período de maior circulação dos vírus, reduzindo o agravamento da doença, as internações e o número de óbitos, além de reduzir sobrecarga sobre os serviços de saúde. Os sintomas podem ser confundidos com os da Covid-19.

Nesse período, serão vacinados crianças de 6 meses a menores de 6 anos de idade (5 anos, 11 meses e 29 dias), gestantes, puérperas, povos indígenas, quilombolas, trabalhadores da saúde, indivíduos com 60 anos ou mais de idade, professores das escolas públicas e privadas, pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais, pessoas portadoras de deficiência permanente, profissionais das forças de segurança e salvamento e das forças armadas, caminhoneiros, trabalhadores de transporte coletivo rodoviário de passageiros urbanos e de longo curso, trabalhadores portuários, funcionários do sistema prisional, adolescentes e jovens de 12 a 21 anos de idade sob medidas socioeducativas, população privada de liberdade, pessoas em situação de rua. O público-alvo, portanto, no estado de São Paulo (ESP) representará aproximadamente **18 milhões** de pessoas. A meta é vacinar 90,0% dos grupos elegíveis.

Todos os anos, a vacinação contra a influenza ocorria de forma simultânea em todo o País, normalmente entre os meses de abril e junho. Mas as diferenças de sazonalidade da doença, principalmente na Região Norte, motivaram as discussões com vários segmentos da sociedade científica, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Câmara Técnica Assessora em Imunizações (CTAI), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Instituto Butantan sobre a operacionalização dessa estratégia de vacinação na Região Norte de forma diferenciada. Tal medida foi adotada considerando-se o ciclo das chuvas nessa região, conhecido como inverno amazônico, que acontece de novembro a maio, de modo que o Ministério optou pela realização da vacinação na Região Norte em outro momento.

Dessa forma, em 2024, a vacinação contra a influenza ocorrerá em dois momentos, sendo de março a maio nas Regiões Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste, enquanto na Região Norte acontecerá no segundo semestre.

A estratégia de vacinação consiste em uma ação de interesse nacional, sendo os grupos prioritários atores sociais importantes no processo de prevenção e controle da influenza. Essa ação envolve as três esferas gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), contando com recursos da União, das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS). E nas três esferas de governo faz-se necessário integrar a vigilância epidemiológica e a Atenção Primária à Saúde (APS).

Recomenda-se adotar a metodologia do **Microplanejamento**, que visa fortalecer e ampliar o acesso à vacinação, respeitando as diversidades regionais, como uma ferramenta de planejamento de uso contínuo para que os municípios se organizem considerando a realidade local e direcionando esforços para o alcance da cobertura vacinal. Para o êxito desta estratégia a vacina será disponibilizada nos 645 municípios.

Este informe traz as recomendações para operacionalização da campanha contra a influenza no ESP e fundamenta a necessidade dessa estratégia de vacinação, subsidiando o processo de trabalho das equipes municipais.

2. Influenza

É uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório, de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais, podendo também causar pandemias.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os casos de influenza podem variar de quadros leves a graves e podem levar ao óbito. A doença é causada por vírus dos tipos A, B, C e D, sendo os vírus A e B responsáveis por epidemias sazonais. Além disso, o vírus influenza A encontra-se especificamente associado a eventos pandêmicos, como o ocorrido em 2009 com a pandemia de influenza A (H1N1) pdm09. O vírus influenza C não causa doença de importância epidemiológica e o vírus influenza D foi recentemente identificado em bovinos. Habitualmente em cada ano circula mais de um tipo de influenza concomitantemente, como por exemplo: influenza A (H1N1) pdm09, influenza A (H3N2) e influenza B. Dependendo da virulência dos vírus circulantes, o número de hospitalizações e mortes aumenta substancialmente, não apenas por infecção primária, mas também pelas infecções secundárias por bactérias.

O período de incubação dos vírus influenza é geralmente de dois dias, variando entre um e quatro dias. Os sinais e sintomas da doença são muito variáveis, podendo ocorrer desde a infecção assintomática, até formas graves. Os quadros graves ocorrem com maior frequência nos indivíduos que apresentam fatores ou condições de risco para as complicações da infecção (lactentes no primeiro ano de vida e crianças, gestantes, pessoas com idade ≥ 60 anos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais). A gravidade da doença é maior quando surgem cepas pandêmicas, para as quais a população tem pouca ou nenhuma imunidade.

A transmissão ocorre principalmente de pessoa para pessoa, por meio de gotículas respiratórias produzidas por tosse, espirros ou fala de uma pessoa infectada para uma pessoa suscetível. O vírus influenza pode também ser transmitido por aerossol e por meio do contato direto ou indireto com secreções respiratórias, ao tocar superfícies contaminadas com o vírus da gripe e, em seguida, tocar olhos nariz ou boca. Em ambientes fechados ou semifechados, como: domicílios, creches, escolas, instituições de longa permanência, podem ser observados surtos e alta transmissibilidade, dependendo não apenas da infectividade das cepas, mas também do número e intensidade do contato entre pessoas.

A infecção por influenza normalmente se manifesta como **síndrome gripal (SG)**, que se caracteriza pelo aparecimento súbito de febre, cefaleia, dores musculares (mialgia), tosse, dor de garganta e fadiga. A febre é o sintoma mais importante e dura em torno de três dias. Os sintomas respiratórios como a tosse e outros se tornam mais evidentes com a progressão da doença e mantêm-se em geral de três a cinco dias após o desaparecimento da febre. Nos casos mais graves, geralmente, existe dificuldade respiratória e há necessidade de hospitalização. Em situações em que ocorre agravamento dos casos, estes podem evoluir para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (**SRAG**) ou mesmo óbito. Nos casos de SRAG é obrigatória a notificação às autoridades de saúde.

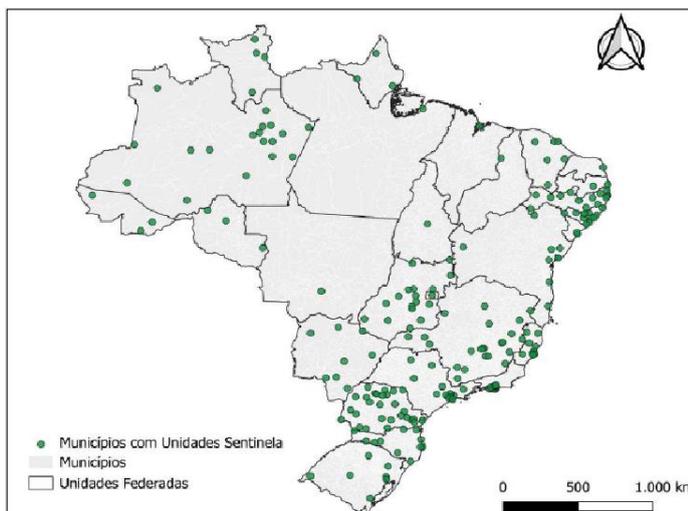
O uso do antiviral está indicado para todos os casos de SRAG e casos de SG com condições e fatores de risco para complicações por influenza, de acordo com o Guia de Manejo e Tratamento de Influenza, do Ministério da Saúde (MS) de 2023, disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/influenza/guia-de-manejo-e-tratamento-de-influenza-2023>.

Nos casos de pacientes com SG, o início do tratamento deve ser preferencialmente nas primeiras **48 horas** após o início dos sintomas.

A vacina influenza é uma das medidas de prevenção mais importantes para proteger contra a doença, suas complicações e óbitos, além de contribuir na redução da circulação viral na população, bem como suas complicações e óbitos, especialmente nos indivíduos que apresentam fatores ou condições de risco.

2.1. Vigilância epidemiológica e laboratorial da influenza no Brasil

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de síndrome gripal (SG) e de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) em pacientes hospitalizados ou que evoluíram para óbito. No Brasil, as unidades de saúde sentinelas de síndrome gripal estão distribuídas em todas as Unidades da Federação (UF) especialmente nas capitais e nos municípios metropolitanos (Figura 1). São unidades ou serviços de saúde já implantados e com registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Sivep-Gripe, que atuam na identificação, no registro, na investigação e no diagnóstico de casos de SG suspeitos e confirmado, tendo como objetivo primordial identificar os vírus influenza circulantes no Brasil.



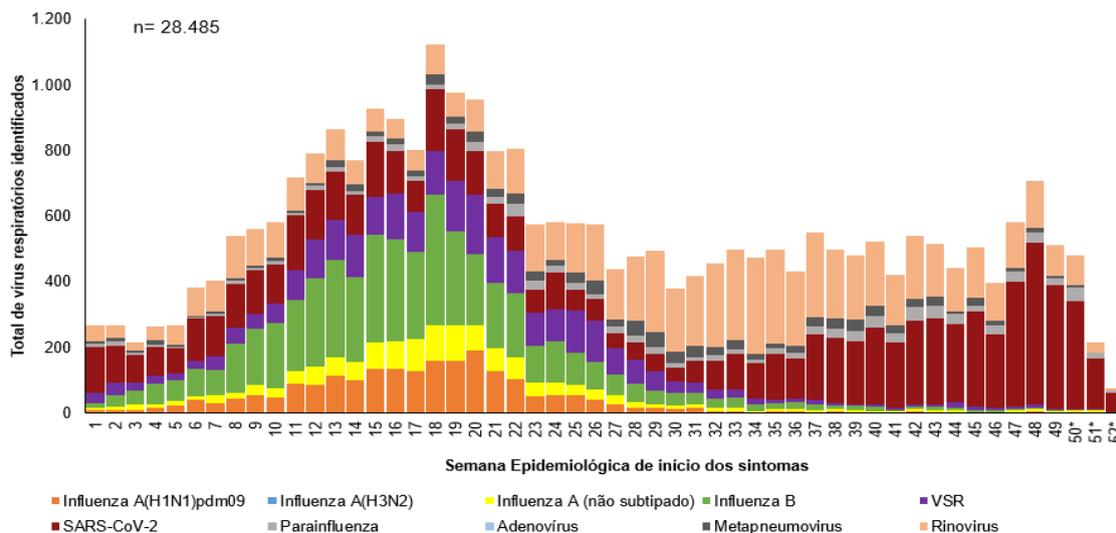
Fonte: Sivep-Gripe. Dados sujeitos a alteração.

Figura 1. Distribuição espacial das unidades sentinelas de síndrome gripal. Brasil, 2024.

A vigilância sentinela de SG tem um excelente potencial de resposta para indicar o início da sazonalidade, de epidemias ou surtos pelos vírus influenza. E com o conhecimento dos vírus respiratórios circulantes de importância em saúde pública, os serviços de saúde podem se organizar para adoção das medidas preventivas (farmacológicas e não farmacológicas) e principalmente identificar os grupos com maior vulnerabilidade e orientar para a definição da população-alvo para a vacinação.

Os Laboratórios de Referência (LR) para influenza são responsáveis por realizar o controle de qualidade das amostras encaminhadas pelos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (Lacen) de cada estado, bem como dar suporte na realização do diagnóstico por biologia molecular. São também responsáveis pelas análises complementares dos vírus influenza, pela caracterização antigênica e genética dos vírus circulantes e identificação de novos subtipos, assim como o monitoramento da resistência aos antivirais. Esses laboratórios enviam anualmente isolados virais e amostras clínicas para o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC – Atlanta, Estados Unidos da América), para subsidiar a seleção das estirpes virais para a composição da vacina anual pela OMS.

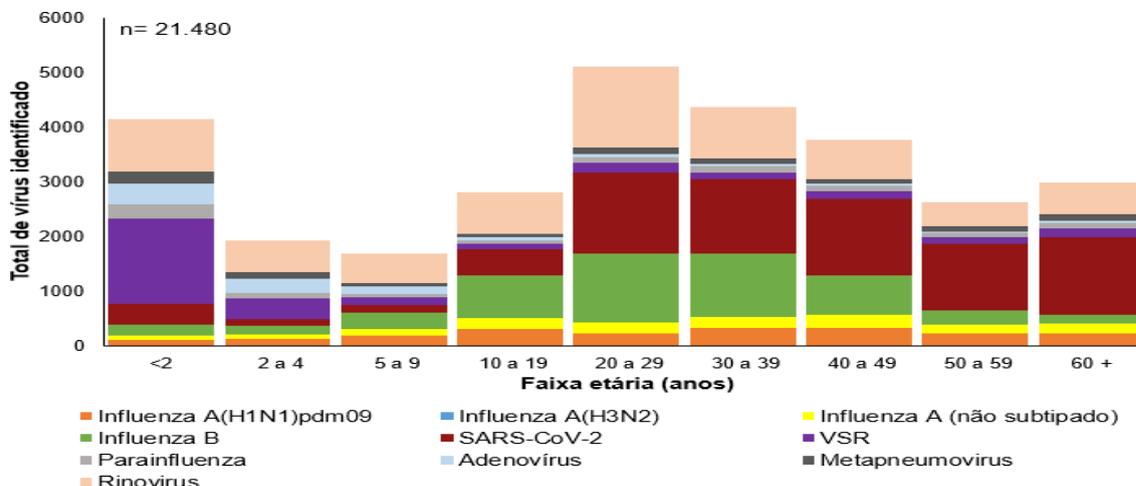
Dentre as amostras positivas para influenza, identificadas em casos de síndrome gripal (SG) em unidade sentinela até a semana epidemiológica (SE) 52 de 2023 segundo a SE de início dos sintomas, 58% (5.022/8.590) dos casos foram decorrentes de influenza B, 25% (2.148/8.590), de influenza A(H1N1) pdm09, 16% (1.420/8.590), de influenza A não subtipada. Entre os outros vírus respiratórios, houve predomínio da circulação de SARS-CoV-2 (40%), rinovírus (35%) e vírus sincicial respiratório (VSR) (15%); na SE 52, observou-se o predomínio do SARS-CoV-2 (83%) (Figura 2).



Fonte: Ministério da Saúde. *Informe epidemiológico de influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/atualizacao-de-casos/informe_svsa_sindromes_gripais-se-52/view. Acesso em: 31/1/2024.

Figura 2. Identificação dos vírus influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública nas unidades de saúde sentinela para Síndrome Gripal (SG) – Brasil, até a semana epidemiológica (SE) 52 de 2023.

Até a SE 52 de 2023, entre os indivíduos <10 anos houve maior identificação de VSR (27%) e rinovírus (27%). Entre os indivíduos > 10 anos predominou a identificação de influenza (36%), SARS-CoV-2 (32%) e rinovírus (23%). Entre os idosos de 60 anos ou mais predominaram SARS-CoV-2 (48%), influenza (19%) e rinovírus (19%) (Figura 3).



Fonte: Sivep-Gripe, Ministério da Saúde. *Informe epidemiológico de influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios*. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/atualizacao-de-casos/informe_svsa_sindromes_gripais-se-52/view. Acesso em: 31/1/2024.

Figura 3. Identificação dos vírus respiratórios de importância em saúde pública em casos de síndrome gripal (SG) em unidades sentinela segundo a faixa etária – Brasil, 2023 até a SE 52.

Em 2023, até a SE 52 foram notificados 247.068 casos de SRAG hospitalizados; em 41% (101.988) foram identificados vírus respiratórios (influenza, SARS-CoV-2 ou outros vírus respiratórios). Destes, 43% foram em decorrência da Covid-19, seguidos de 26% por VSR e 12% por influenza.

Em relação aos óbitos, até a SE 52 de 2023 foram notificados 22.957 óbitos por SRAG; em 47% (10.721) foram identificados vírus respiratórios (influenza, SARS-CoV-2 ou outros vírus respiratórios). Destes, 80% foram em decorrência da Covid-19, seguidos de 11% por influenza.

2.2. Vigilância epidemiológica e laboratorial da influenza no Estado de São Paulo

No ano de 2023 (SE 01 a 52), o Estado de São Paulo notificou **65.411** casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave - SRAG. Dentre esses, **2.779 (4,3%)** foram atribuíveis ao vírus Influenza.

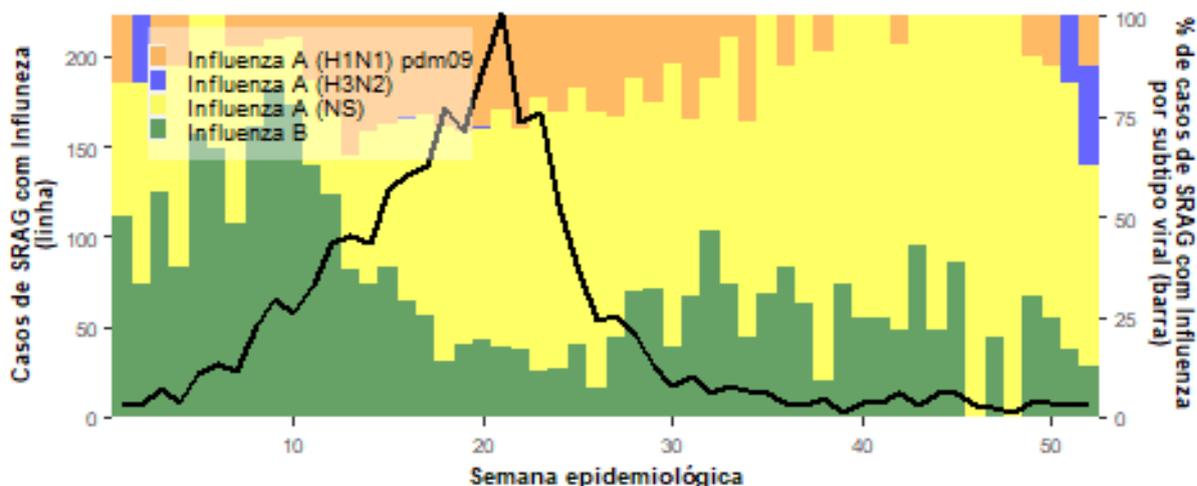


Figura 4. Distribuição dos casos de SRAG Influenza segundo tipo e subtipo viral por SE de início dos sintomas. ESP, SE 01/2023 à SE 52/2023 (Fonte: SIVEP-Gripe).

Entre o total de hospitalizados por SRAG Influenza em 2023, o vírus Influenza A (não subtipado) foi predominante durante o período (49% dos casos e 39% dos óbitos), seguido de Influenza B (28,9% e 23,3%) e Influenza A(H1N1) pdm09 (22% e 37,1%). Casos e óbitos por Influenza A(H3N2) também foram notificados (0,2% e 1,1%, respectivamente).

Em relação à faixa etária, em 2023 o vírus Influenza A(H1N1) pdm09 acometeu mais as pessoas acima de 40 anos (Figura 5), enquanto o Influenza B predominou nas faixas etárias mais jovens. Houve registro de **275** óbitos por Influenza, desses 50,2% ocorreram no sexo masculino e 49,8% no sexo feminino, com média de idade de 69 anos. Os principais fatores de risco foram à presença de alguma doença cardiovascular crônica (28,9%) e diabetes mellitus (19,7%).

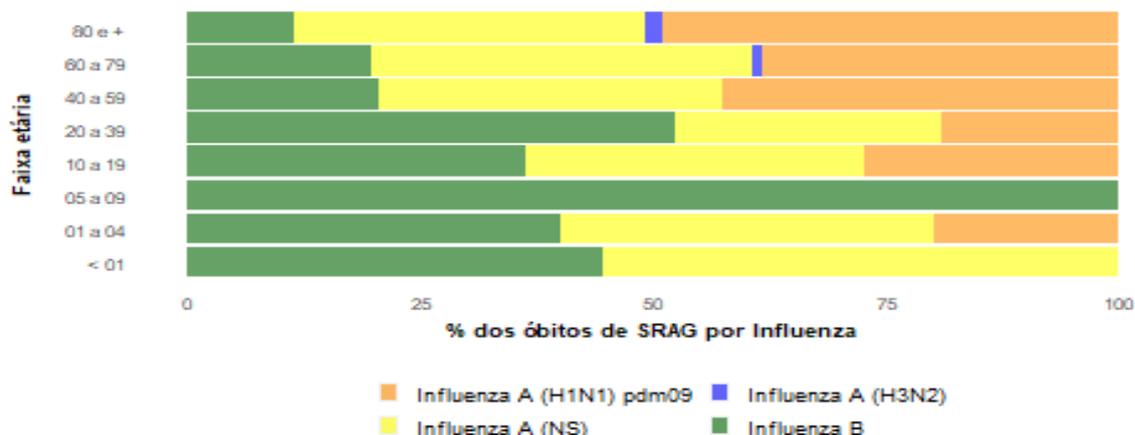


Figura 5. Distribuição dos casos de SRAG Influenza segundo tipo e subtipo viral e faixa etária. ESP, SE 01/2023 à SE 52/2023 (Fonte: SIVEP-Gripe).

Considerando somente os óbitos, estes estão distribuídos nos dois sexos, predominantemente nas faixas etárias acima de 40 anos (Figura 6).

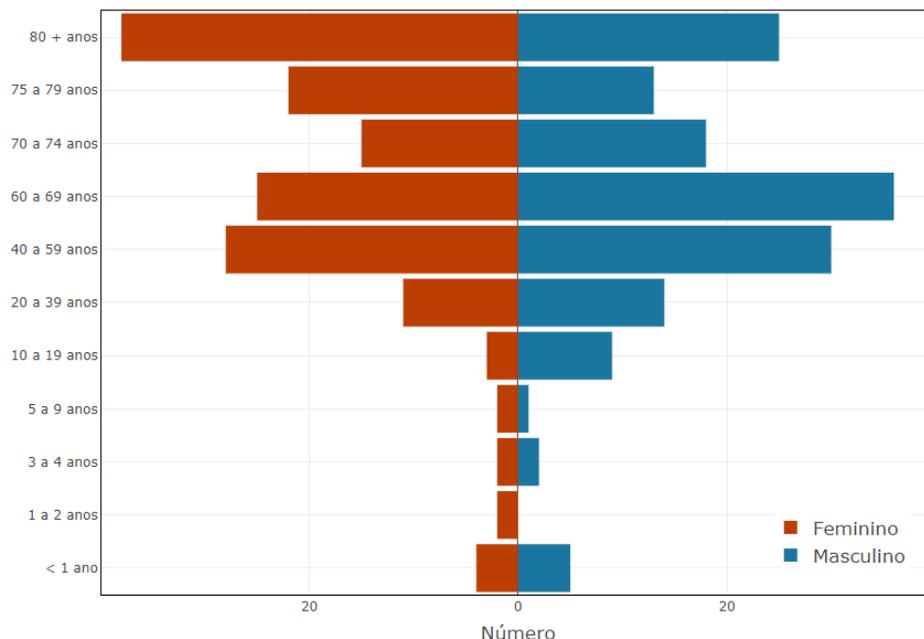


Figura 6. Distribuição dos óbitos de SRAG Influenza segundo sexo e faixa etária. ESP, SE 01/2023 à SE 52/2023 (Fonte: SIVEP-Gripe).

A região da Grande São Paulo foi a que mais concentrou números absolutos de casos de SRAG Influenza em 2023. Pode-se observar na Figura 7 que os casos de SRAG Influenza, a Influenza A (não subtipado) seguida do Influenza B foram identificados na maioria das regiões do ESP.

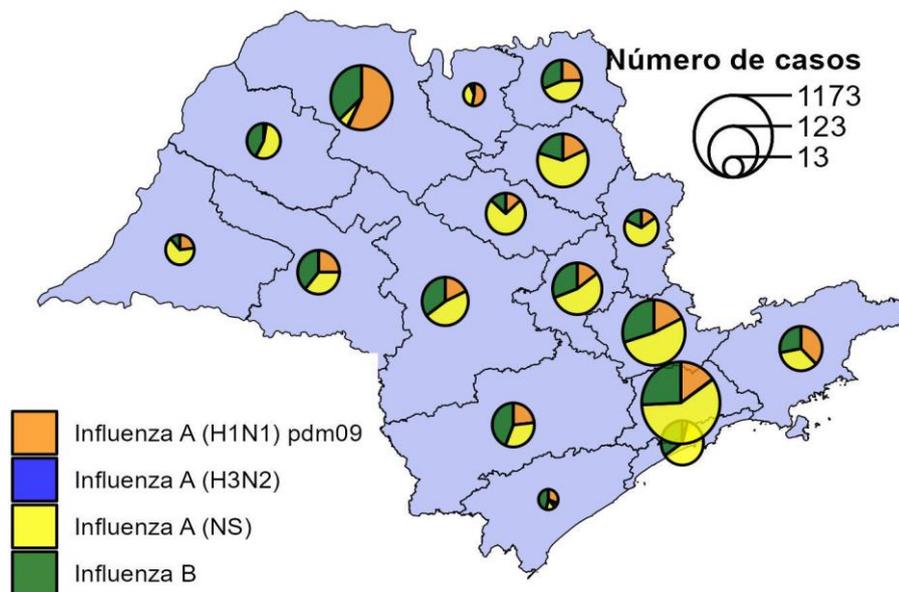


Figura 7. Distribuição espacial dos casos de SRAG por Influenza, na sazonalidade 2023 (SE 01 – 52/2023). ESP, 2023 (Fonte: SIVEP-Gripe).

Dentre as 5.613 amostras respiratórias processadas pela **Vigilância Sentinela de SG** no ESP em 2023, **2.330 (41,5%)** testaram positivas para algum vírus respiratório, dentre eles Rinovírus (11,2%), SARS-Cov-2 (11,1%), Influenza B (6,7%) e Influenza A (H1N1) pdm09 (5,9%) (Figura 8).

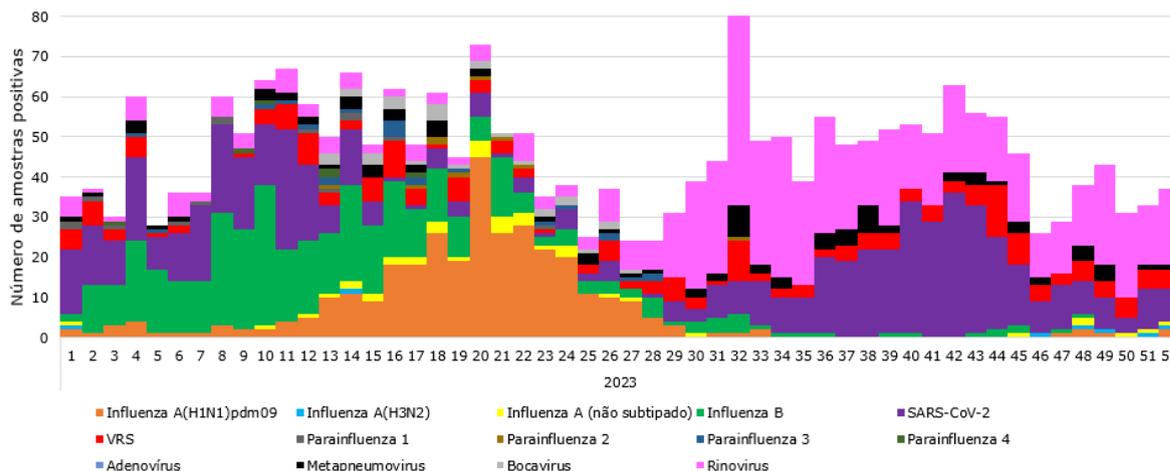


Figura 8. Circulação viral nas unidades sentinelas de síndrome gripal do Estado de São Paulo, SE 01 – 52/2023 (Fonte: SIVEP-Gripe).

Até a **SE 12/2024**, o ESP registrou **8.494** internações por SRAG, sendo **373 (4,4%) determinadas pelo vírus Influenza**. Houve predomínio de 51,2% das hospitalizações no sexo feminino. Dentre os tipos e subtipos do vírus, 78% das internações foram decorrentes de infecção pelo vírus Influenza A (não subtipado), 13% pelo Influenza A(H1N1) pdm09, 5% pelo Influenza B e 3,4% pelo Influenza A (H3N2).

Contabilizaram-se **26 óbitos por Influenza até a SE 12/2024**, desses 57,7% ocorreram no sexo feminino, com mediana de idade de 60 anos, e os principais fatores de risco foram a presença de alguma doença cardiovascular crônica, diabetes mellitus e neuropatia. Dentre os óbitos, 65% confirmaram para o vírus Influenza A (não subtipado), 26% por Influenza A(H1N1) pdm09 e 9% por Influenza B.

Em relação à faixa etária, as internações por SRAG Influenza concentraram-se em indivíduos maiores de 70 anos (25%) seguido pelo grupo entre quarenta e cinquenta anos (20%), e aqueles entre 5 e 9 anos (10,7%). Considerando apenas os óbitos, os indivíduos maiores de 60 anos representaram 68% do total de notificações.

Outras informações podem ser consultadas nos Informes Epidemiológicos de Influenza do Estado de São Paulo, atualizados periodicamente e disponibilizados no site do CVE (<https://www.saude.sp.gov.br/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica-prof.-alexandre-vranjac/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-respiratoria/agravos/Influenza-srag-mers-cov/informes>).

3. Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza

3.1. Desempenho das Campanhas de Vacinação Contra a Influenza

As campanhas de vacinação nacional contra influenza sazonal, desde sua implantação em 1999 tendo como público-alvo a população ≥ 65 anos naquele ano, passando para ≥ 60 anos desde 2000 até os dias atuais, foram bem-sucedidas demonstrando boa adesão desse grupo ao chamado à vacinação.

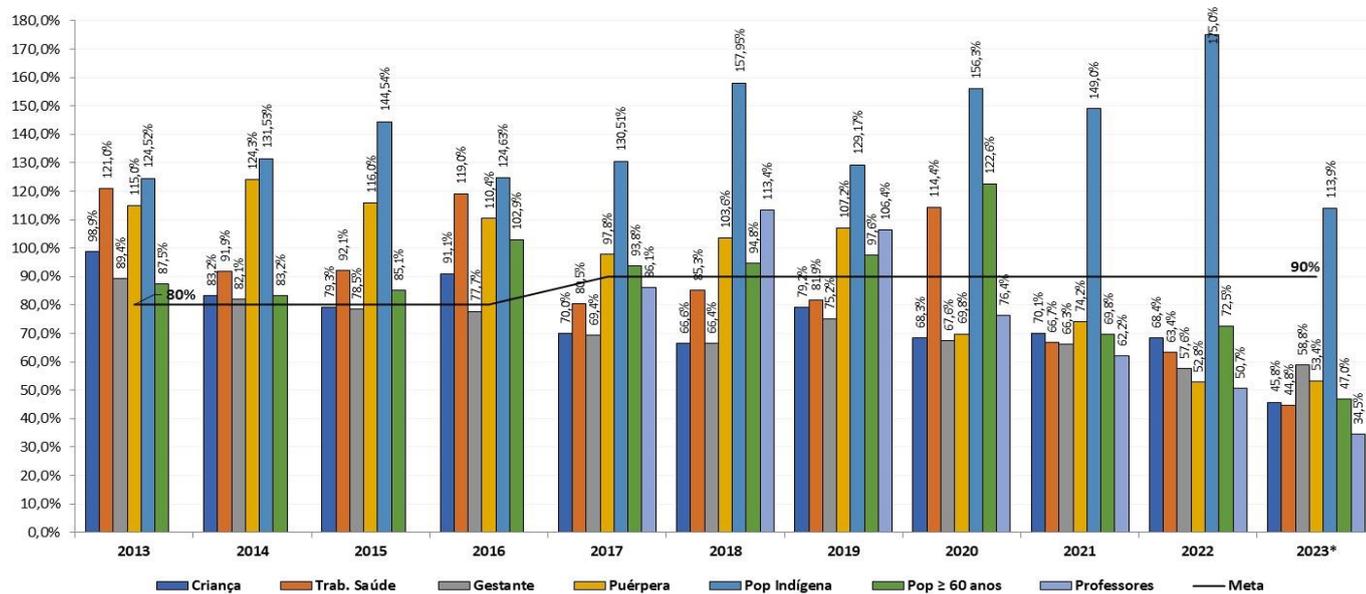
A partir de 2011, progressivamente, novos grupos vêm sendo incorporados como alvos da campanha. Destaca-se que no curso dos anos, houve mudança nas metas de cobertura da vacinação avançando de 70% da população alvo desde 1999 para 80% em 2008 e 90% a partir de 2017, justamente pelo bom desempenho da campanha na população-alvo global.

A respeito do aumento no total da população a vacinar, de modo geral, as coberturas vacinais (CV), ao longo dos anos, foram elevadas acima da meta estabelecida e, embora não

alcançadas de forma homogênea para todos os grupos, manteve-se o bom desempenho, em especial no grupo de pessoas ≥ 60 anos. Ressalta-se a possível subestimação do denominador para a população ≥ 60 anos gerando CV superdimensionadas até 2020. Desde 2021 o ESP não atinge a meta de 90%, exceto para a população indígena.

Na Figura 9 é apresentada uma série histórica (2013 a 2023) de CV no ESP nos seguintes grupos: população ≥ 60 anos, crianças, gestante, trabalhador da saúde, puérpera, professores e população indígena.

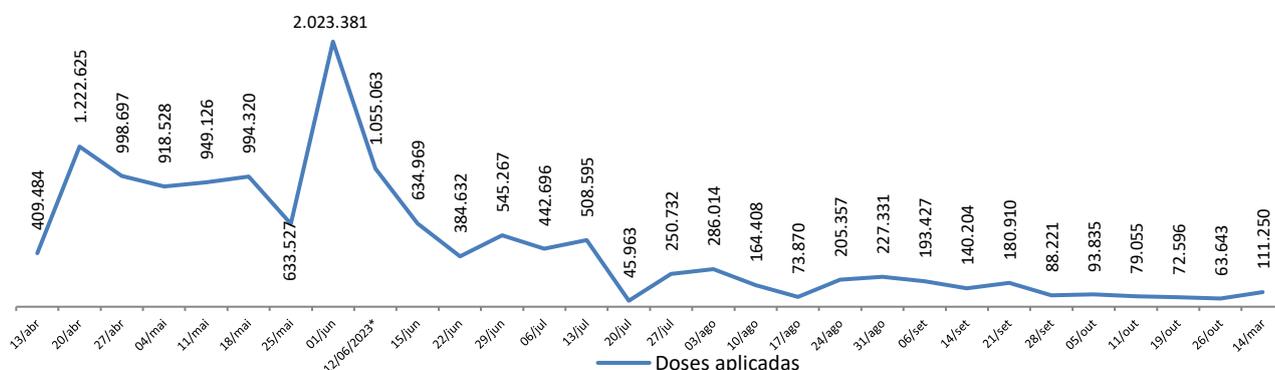
No grupo de crianças é importante ressaltar que embora seja observada queda no indicador ao longo dos anos, os dados não são perfeitamente comparáveis no período, tendo em vista a inclusão de novos grupos de idade na vacinação em diferentes momentos. Entre 2011 e 2013 a campanha contemplou crianças de 6 meses a < 2 anos de idade. A partir de 2014 até 2018 e 2022 vacinou-se crianças de 6 meses até < 5 anos de idade e em 2019 e 2023 contemplou as crianças de 6 meses a < 6 anos de idade. Na série histórica apresentada, pode-se observar que desde 2017 o ESP não atinge a meta preconizada nesse grupo.



Fonte: SIPNI, dados de 2023 acessados em 14/03/2024, sujeitos a alterações.

Figura 9- Coberturas vacinais da campanha contra a influenza por grupo prioritário. ESP, 2013 a 2023.

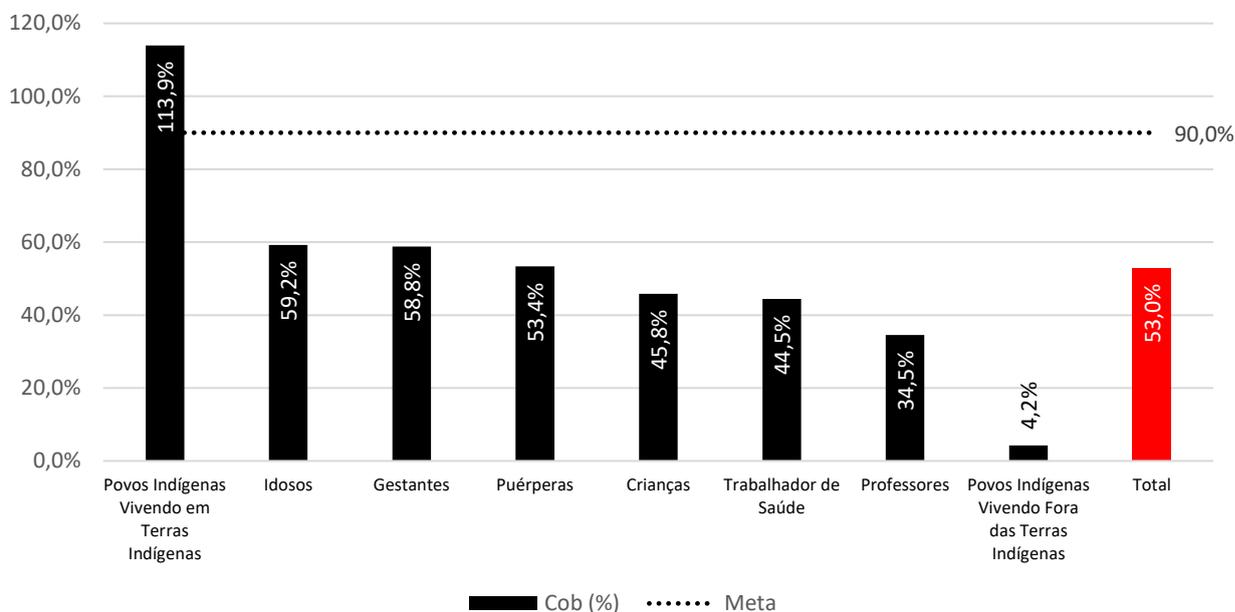
O total de doses aplicadas da vacina influenza no período analisado pode ser observado na Figura 10.



Fonte: SIPNI, dados de 2023 acessados em 14/03/2024, sujeitos a alterações.

Figura 10- Total de doses aplicadas segundo semana da Campanha de Vacinação contra a Influenza. ESP, 2023.

Os dados da Campanha de Vacinação contra a Influenza no ESP em 2023 mostraram que a CV dos grupos elegíveis para análise foi de 53,0%, ficando muito abaixo da meta preconizada pelo Ministério da Saúde (90,0%). Considerando as coberturas vacinais segundo grupo prioritário, apenas a população indígena alcançou e ultrapassou a meta de vacinação. Dentre esses grupos a população indígena apresentou uma maior proporção de vacinados (113,9%) e os povos indígenas vivendo fora das terras indígenas com 4,2% (Figura 11).



Fonte: SIPNI, dados de 2023 acessados em 14/03/2024, sujeitos a alterações.

Figura 11- Cobertura da vacina influenza, segundo grupo prioritário. ESP, 2023.

Analisando os dados por regional estadual (27 Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE e a Capital), verifica-se que **nenhuma** GVE alcançou a cobertura vacinal (CV) do total dos grupos elegíveis.

Quando analisamos os dados segundo grupo prioritário, observa-se que o ESP atingiu a meta de 90,0% apenas na população indígena (113,9%), das regionais (8 GVE e a Capital) que possuem essa população na sua área de abrangência **06** (66,6%) atingiram ou ultrapassaram o preconizado pelo PNI e a cobertura vacinal variou de 133,6% a 74,8%.

No grupo de gestantes apenas os GVE São José dos Campos e Itapeva alcançaram, o preconizado pelo PNI (90,0%), atingido 107,9% e 99,0% respectivamente. Quanto ao grupo de puérperas, os GVE Presidente Venceslau e São João da Boa Vista ultrapassou a meta do MS, atingindo 95,2% e 94,0% respectivamente. Em relação aos grupos de crianças de 6 meses a < 6 anos, trabalhador da saúde, idosos e professores nenhuma regional alcançou a meta de 90% para o período. (Quadro 1).

Em 2023 no estado foram registradas 1.041.858 doses da vacina influenza nos diferentes grupos com comorbidades, correspondendo a 7% de todas as doses registradas durante o período da campanha. O grupo com doença respiratória crônica, respondeu por 32,6% das doses (338.953), seguido pelos grupos com doenças cardíacas crônicas e diabetes, representando respectivamente 28,2% (293.970) e 18,7% (194.539) das doses aplicadas. O menor número de doses registradas foi no grupo de transplantados com o registro de 4.706 doses, o equivalente a 0,5% do total de doses nesse grupo (Quadro 2).

Quadro 1- Cobertura da vacina influenza, segundo GVE e grupos prioritários. ESP, 2023.

GVE	Crianças	Gestantes	Trab da saúde	Puérperas	Idosos	Indígenas	Professores	Total
CAPITAL	47,9	51,4	38,2	40,3	57,8	105,8	25,8	51,1
GVE - VII SANTO ANDRE	43,1	49,6	42,2	48,2	57,2	74,8	33,8	50,8
GVE - VIII MOGI DAS CRUZES	41,3	54,8	43,4	38,5	58,2		30,3	50,0
GVE - IX FRANCO DA ROCHA	52,4	60,4	54,3	87,2	69,8		47,0	60,8
GVE - X OSASCO	43,4	54,5	43,8	66,4	62,8		29,8	52,9
GVE - XI ARACATUBA	36,6	55,3	39,1	52,4	52,4	87,3	33,3	46,8
GVE - XII ARARAQUARA	48,5	58,8	57,5	53,6	56,1		50,9	54,3
GVE - XIII ASSIS	50,5	68,5	47,1	77,5	65,1		56,1	59,8
GVE - XIV BARRETOS	55,9	64,9	59,9	75,4	60,3		48,3	58,8
GVE - XV BAURU	40,6	65,8	46,5	74,4	56,6	112,0	35,2	51,1
GVE - XVI BOTUCATU	55,7	76,6	54,5	73,8	66,2		47,9	61,5
GVE - XVII CAMPINAS	43,0	54,9	49,4	55,5	58,5		33,7	52,4
GVE - XVIII FRANCA	47,0	50,6	45,7	44,0	53,0		36,4	49,8
GVE - XIX MARILIA	42,7	59,0	41,3	42,5	55,9	99,6	37,5	50,7
GVE - XX PIRACICABA	43,4	61,1	48,4	55,5	54,4		35,2	50,4
GVE - XXI PRES PRUDENTE	57,3	69,7	56,9	69,8	64,0		60,2	61,6
GVE - XXII PRES VENCESLAU	62,6	71,0	49,7	95,2	62,0		45,4	60,1
GVE - XXIII REGISTRO	43,8	75,4	59,4	50,1	63,2	83,7	30,9	55,2
GVE - XXIV RIBEIRAO PRETO	53,5	69,6	55,2	84,1	59,1		46,0	57,1
GVE - XXV SANTOS	43,0	64,4	50,2	55,5	67,1	110,8	28,2	57,6
GVE - XXVI S J DA BOA VISTA	49,4	73,1	50,2	94,0	57,0		45,4	54,5
GVE - XXVII S J DOS CAMPOS	36,5	107,9	30,3	51,9	61,0		30,5	51,4
GVE - XXVIII CARAGUATATUBA	41,5	61,5	46,0	30,8	64,3	133,6	27,7	53,4
GVE - XXIX S J DO RIO PRETO	58,0	74,1	54,8	49,4	58,0		52,0	57,6
GVE - XXX JALES	58,4	64,8	50,7	44,9	61,4		61,3	59,5
GVE - XXXI SOROCABA	41,3	60,4	44,8	43,5	61,1	97,1	34,7	52,7
GVE - XXXII ITAPEVA	66,1	99,0	65,8	71,1	68,8		43,4	66,7
GVE - XXXIII TAUBATE	43,7	53,8	44,1	83,8	66,7		39,0	57,0
TOTAL DO ESP	45,8	58,8	44,5	53,4	59,2	113,9	34,5	53,0

Fonte: SIPNI, dados de 2023 acessados em 14/03/2024, sujeitos a alterações.

Quadro 2- Distribuição proporcional das doses aplicadas da vacina influenza nas pessoas com comorbidades. ESP, 2023.

Categoria de Risco Clínico	Doses aplicadas	%
Doença respiratória crônica	339.953	32,6%
Doença cardíaca crônica	293.970	28,2%
Diabetes	194.539	18,7%
Imunossupressão	76.378	7,3%
Doença neurológica crônica	56.651	5,4%
Obesos	44.432	4,3%
Doença renal crônica	16.990	1,6%
Trissomias	7.310	0,7%
Doença hepática crônica	6.929	0,7%
Transplantado	4.706	0,5%
Total	1.041.858	100,0%

Fonte: SIPNI, dados de 2023 acessados em 14/03/2024, sujeitos a alterações.

Nos demais grupos prioritários, incluindo força de segurança e salvamento, forças armadas, população privada de liberdade e funcionários do sistema prisional, caminhoneiros, motoristas de transporte coletivo, portuários e pessoas com deficiência somaram **274.989** doses aplicadas, representando **2,0%** do total de doses. Além disso, durante a campanha de vacinação de 2023 também foram aplicadas **5.332.025** doses em outros grupos sem comorbidades, representando 38% do total de doses aplicadas.

3.2. Estratégia de vacinação contra a influenza em 2024

A Campanha de Vacinação de Vacinação contra a Influenza será realizada com definição de grupos prioritários para receber a vacina, que em 2024 contemplará os seguintes grupos:

✓ **Crianças de 6 meses a menores de 6 anos (5 anos, 11 meses e 29 dias):** todas as crianças que receberam uma ou duas doses da vacina influenza sazonal em anos anteriores, devem receber apenas uma dose em 2024. Para a população indígena e pessoas com comorbidades, a vacina está indicada para as crianças de 6 meses a menores de 9 anos de idade.

- **Deve ser considerado o esquema de duas doses** para as crianças de 6 meses a < 9 anos de idade que serão vacinadas pela primeira vez, devendo-se agendar a segunda dose para 4 semanas após a 1ª dose.

✓ **Trabalhador da Saúde:** todos os trabalhadores de saúde dos **serviços públicos e privados, nos diferentes níveis de complexidade.**

- Os trabalhadores da Saúde são aqueles que atuam em espaços e estabelecimentos de assistência e vigilância à saúde, sejam eles hospitais, clínicas, ambulatórios, laboratórios e outros locais. Assim, compreende tanto os profissionais de saúde – como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, biólogos, biomédicos, farmacêuticos, odontologistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, profissionais de educação física, médicos veterinários e seus respectivos técnicos e auxiliares – quanto os trabalhadores de apoio, como recepcionistas, seguranças, pessoal da limpeza, cozinheiros e auxiliares, motoristas de ambulâncias e outros, ou seja, aqueles que trabalham nos serviços de saúde, mas que não estão prestando serviços diretos de assistência à saúde das pessoas. Incluem-se, ainda, aqueles profissionais que atuam em cuidados domiciliares como os cuidadores de idosos e doulas/parteiras. A vacina também será ofertada aos estudantes da área da saúde que estiverem prestando atendimento na assistência dos serviços de saúde.

✓ **Gestantes:** apresentam maior risco de doenças graves e complicações causadas pela influenza, **podem ser vacinadas em qualquer idade gestacional.** Para este grupo não haverá exigência quanto à comprovação da situação gestacional, sendo suficiente para a vacinação que a própria mulher afirme o seu estado de gravidez.

✓ **Puérperas:** todas as mulheres no período até 45 dias após o parto. Para isso, deverão apresentar documento que comprove o puerpério (certidão de nascimento, cartão da gestante, documento do hospital onde ocorreu o parto, entre outros) durante o período de vacinação.

✓ **Professores e trabalhadores de instituição de ensino básico a superior:** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove sua vinculação ativa como professor ou trabalhador em instituições de ensino. Incluem nesse grupo os trabalhadores da educação das escolas do ensino básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA) e superior, de caráter público e privado.

✓ **Povos indígenas:** todos os povos indígenas aldeados, a partir de 6 meses de idade, atendidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). São incluídos também os indígenas que residem em terras e agrupamentos não homologados, ou seja, os indígenas vivendo fora de terras indígenas, para ficar em conformidade com a decisão do Tribunal Federal por meio da análise da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 709.

- ✓ **Povos e comunidades tradicionais quilombolas:** Pessoas **habitando** em comunidades tradicionais quilombolas.
- ✓ **Indivíduos com 60 anos ou mais de idade** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove a idade.
- ✓ **Profissionais das forças de segurança e salvamento:** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove sua atuação na força de segurança e salvamento.
 - Integram esse grupo: policiais federais, militares, civis e rodoviários; bombeiros militares e civis; e guardas municipais.
- ✓ **Profissionais das Forças Armadas** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove a sua vinculação ativa com o serviço de forças armadas ou apresentação de declaração emitida pelo serviço em que atua.
 - Integram esse grupo: membros ativos das Forças Armadas (Marinha, Exército e Aeronáutica).
- ✓ **Pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais** independentemente da idade (Quadro 3).

Quadro 3 - Categorias de risco clínico com indicação da vacina influenza sazonal.

Categoria de risco clínico	Indicações
Doença respiratória crônica	Asma em uso de corticoide inalatório ou sistêmico (Moderada ou Grave); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Bronquiectasia; Fibrose Cística; Doenças Intersticiais do pulmão; Displasia bronco pulmonar; Hipertensão arterial pulmonar; Crianças com doença pulmonar crônica da prematuridade.
Doença cardíaca crônica	Doença cardíaca congênita; Hipertensão arterial sistêmica com comorbidade; Doença cardíaca isquêmica; Insuficiência cardíaca.
Doença renal crônica	Doença renal nos estágios 3,4 e 5; Síndrome nefrótica; Paciente em diálise.
Doença hepática crônica	Atresia biliar; Hepatites crônicas; Cirrose.
Doença neurológica crônica	Condições em que a função respiratória pode estar comprometida pela doença neurológica; Considerar as necessidades clínicas individuais dos pacientes incluindo: AVC, indivíduos com paralisia cerebral, esclerose múltipla e condições similares; Doenças hereditárias e degenerativas do sistema nervoso ou muscular; Deficiência neurológica grave.
Diabetes	Diabetes Mellitus tipo I e tipo II em uso de medicamentos.
Imunossupressão	Imunodeficiência congênita ou adquirida Imunossupressão por doenças ou medicamentos
Obesos	Obesidade grau III.
Transplantados	Órgãos sólidos; Medula óssea.
Portadores de trissomias	Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Wakany, dentre outras trissomias.

Fonte: CGICI/DPNI/SVSA/MS

- A vacinação desse grupo deve ser realizada em todos os serviços de vacinação da rede pública de saúde.
- Poderão ser utilizados os cadastros já existentes dentro das Unidades de Saúde para atendimento de pessoas com comorbidades.
- Pacientes que são atendidos na rede privada ou conveniada deverão seguir as orientações acima referidas.

✓ **Pessoas com deficiência permanente:** serão considerados indivíduos com deficiência permanente aquelas que apresentem uma ou mais das seguintes limitações:

- Limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.
- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir mesmo com uso de aparelho auditivo.
- Indivíduos com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar mesmo com uso de óculos.
- Indivíduos com alguma deficiência intelectual permanente que limite as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc.

No ato da vacinação, considerar deficiência autodeclarada.

✓ **Caminhoneiros:** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista profissional do transporte rodoviário de cargas (caminhoneiro).

- Integram esse grupo: Motorista de transporte rodoviário de cargas definido no art. 1º, II da Lei nº 13.103, de 2 de março de 2015, que trata da regulamentação da profissão de motorista.

✓ **Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário para passageiros urbano e de longo curso:** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove o exercício efetivo da função de motorista/cobrador profissional do transporte de passageiros. Integram esse grupo: motoristas e cobradores de transporte coletivo rodoviário de passageiros.

✓ **Trabalhadores Portuários:** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove o exercício efetivo da função de trabalhador portuário.

- Integram esse grupo: Qualquer trabalhador portuário, incluindo os funcionários da área administrativa.

✓ **População privada de liberdade e funcionários do sistema prisional, adolescentes e jovens menores de 18 anos de idade sob medidas socioeducativas:** o planejamento e operacionalização da vacinação nos estabelecimentos penais deverão ser articulados com as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde e Secretaria Estadual de Justiça (Secretaria Estadual de Segurança Pública ou correlatos), conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) e a Política Nacional de Atenção ao Adolescente e Jovem sob medidas socioeducativas. Os trabalhadores da saúde que são funcionários do sistema de privação de liberdade deverão ser registrados no grupo prioritário de trabalhadores da saúde.

✓ **Pessoas em situação de rua:** deverão receber a vacina influenza todas as pessoas que se encontram nesta situação.

A Campanha de Vacinação contra a Influenza em 2024 não será realizada por etapas, conforme **pactuação tripartite**. A estimativa de pessoas a serem vacinadas em cada grupo

prioritário está demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4- Distribuição dos grupos prioritários, segundo estimativa populacional. ESP, 2024.

Grupos Prioritários	População	%
Crianças de 6 meses a < 6 anos	2.619.758	14,46%
Pessoas de 60 anos e mais	7.650.568	42,22%
Gestantes	384.386	2,12%
Puérperas	63.187	0,35%
Indígenas vivendo fora das terras indígenas	50.313	0,28%
Indígenas vivendo em terra indígena	5.800	0,03%
Quilombolas	11.006	0,06%
Trabalhadores da saúde	1.761.545	9,72%
Pessoas com deficiência permanente	1.580.688	8,72%
Adolescentes em medidas socioeducativas (menores de 18 anos)	7.718	0,04%
População privada de liberdade (18 anos e mais)	197.441	1,09%
Funcionário do Sistema de Privação de Liberdade	37.644	0,21%
Comorbidades	2.361.487	13,03%
Professores	613.306	3,38%
Forças Armadas	34.066	0,19%
Pessoas em situação de rua	56.573	0,31%
Forças de Segurança e Salvamento	105.296	0,58%
Caminhoneiros	400.306	2,21%
Trabalhadores de transporte coletivo rodoviário passageiros urbano e de longo curso	158.695	0,88%
Trabalhadores portuários	21.509	0,12%
Total	18.121.292	100,00%

Fonte: CGICI/DPNI/SVSA/MS e Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES

Diante da situação epidemiológica no ESP em 2024, **é estratégico vacinar** as populações mais vulneráveis às complicações e óbitos atribuíveis ao vírus influenza, e que se **concentram nos dois extremos de idade**, ou seja, os **menores de seis anos e os maiores de 60 anos**, incluídos os portadores de comorbidades. Para isso, é premente realizar a busca das pessoas pertencentes a esses grupos para receberem a vacina. Importante também, que a divulgação da Campanha enfatize a necessidade da adesão à vacinação contra a influenza desses grupos mais vulneráveis.

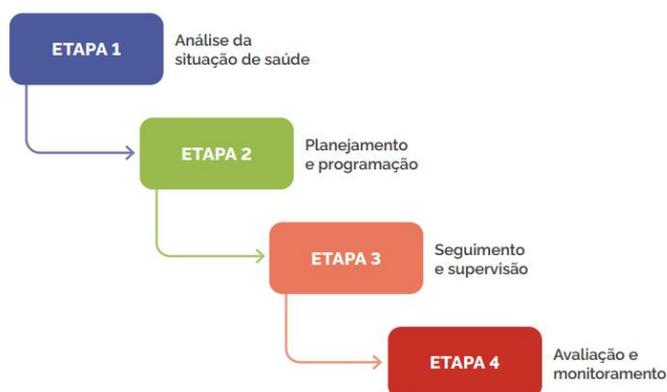
A influenza e a covid-19 continuam sendo ameaças de saúde pública, especialmente para as pessoas não vacinadas. Assim, recomenda-se aproveitar a oportunidade da Campanha de Vacinação contra a Influenza para atualizar a situação vacinal para Covid-19 nos grupos elegíveis.

3.3. Aplicação do Microplanejamento na vacinação contra a influenza

A definição das estratégias de vacinação contra a influenza nos territórios deve ser pensada e desenvolvida segundo as diretrizes do Microplanejamento (MP) para as Atividades de Vacinação de Alta Qualidade. É importante considerar, para tanto, os objetivos, as metas e os grupos prioritários da ação, bem como o dimensionamento e mapeamento do território, a capacidade instalada dos serviços, dos recursos humanos, do perfil epidemiológico da

população e, fundamentalmente, o trabalho integrado entre a vigilância e a atenção primária.

A vacinação será realizada simultaneamente nos **645 municípios**, conforme **acordo bipartite**. Cada município deverá buscar estratégias para garantir o acesso dos grupos prioritários para vacinação, de acordo com suas particularidades, dentro de suas necessidades e cenário epidemiológico. Nesse sentido, sugere-se que cada localidade siga as etapas do Microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade, conforme a Figura 12.



Fonte: SVSA/MS

Figura 12- Etapas do Microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade.

Atividades que podem ser adotadas para implementar a estratégia de vacinação:

- Articular ação conjunta das secretarias de saúde com as secretarias de educação a fim de realizar capacitação para os profissionais da educação, frisando a importância da imunização. Ter equipe preparada para oportunizar esse momento e vaciná-los.
- Articular com as secretarias de educação ações estratégicas para vacinação em creches e escolas.
- Articular as secretarias de saúde com as equipes dos consultórios na rua para realizar a vacinação.
- Articular com o Departamento de Estradas e Rodagens (DER) e Concessionárias de Rodovias a montagem de um plano de vacinação em rodovias, pedágios, entre outros.
- Envolver na vacinação as equipes responsáveis pelas consultas pré-natal nas unidades para que ofertem a vacina.
- Articular com os conselhos estaduais e municipais das diversas áreas da saúde as ações de imunização.
- Articular com a Federação Nacional das Operações Portuárias (FENOP) a montagem de um plano de vacinação em portos devido à alta circulação de pessoas nesses locais.
- A articulação com lideranças comunitárias, associações e líderes religiosos que atuam nessas regiões pode ajudar nessas definições.
- Articular ações com as equipes itinerantes para as áreas de mais difícil acesso.
- Mapear as equipes que atendem as populações (indígenas, quilombolas e rurais) que vivem nas áreas de difícil acesso geográfico para traçar a estratégia do Microplanejamento.
- Para as áreas de difícil acesso geográfico que não possuem energia elétrica contínua e acesso à internet e cuja saúde é precarizada: evidenciar comunicações mais específicas via rádio local, rádio amador, jornal local, mídia de comunicação física e redes sociais, além da produção de material gráfico, transmitindo informações sobre a estratégia, em uma linguagem mais simples e clara, para melhor entendimento do público-alvo.
- Considerar que a vacinação deve ser planejada incluindo os povos indígenas a partir dos 6 meses de idade, tanto os que vivem em terras indígenas quanto os que vivem fora delas. Destaca-se que os indígenas que vivem em terras indígenas são contabilizados nas estimativas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS),

e os indígenas que vivem fora delas são de responsabilidade da Atenção Primária à Saúde, em conformidade com decisão do Tribunal Federal por meio da análise da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) no 709. É importante ressaltar que as vacinas não devem ser negadas, mesmo que o indígena esteja fora do território. As estratégias de vacinação são articuladas entre o DPNI e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai).

- Mobilizar todos os meios de comunicação: jornais, rádios locais, televisão, carro de som, megafones, influenciadores regionais, mídias sociais, entre outros. É fundamental que uma intensa ação de comunicação e mobilização seja lançada de forma regionalizada, seguindo as especificidades de cada localidade e o público-alvo da estratégia a fim de obter maior abrangência de informação.
- Realizar vacinação casa a casa para ampliar o acesso à vacina.
- Articular a identificação da população em conjunto com agentes comunitários de saúde, identificando os acamados, os pacientes com comorbidades, as gestantes, as puérperas, entre outros.
- Criar estratégia com os enfermeiros para vacinação em domicílio, de forma organizada e efetiva, atendendo aqueles que têm dificuldade para comparecer aos serviços de saúde.
- Articular a ampliação dos pontos de vacinação e o funcionamento em horário estendido.
- Articular ações com as equipes itinerantes para realização da vacinação em locais sem cobertura permanente da APS.
- Articular com a assistência social ou com bancos a organização das ações de vacinação nos dias e nos locais de recebimento de benefícios sociais.
- Realizar parceria com instituições de serviços públicos e privados e ofertar vacinas a fim de atingir todos os grupos prioritários.
- Garantir recursos financeiros para a introdução e a operacionalização da vacinação.
- Capacitar os profissionais de saúde para as atividades das salas de vacinação.
- Promover a Capacitação e Formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) visando fortalecer as ações de imunização nos territórios. O agente indígena de saúde visa à implementação do conhecimento e dos recursos técnicos da medicina ocidental em parceria com a medicina tradicional, promovendo melhoria no atendimento.
- Ampliar as equipes de imunização.
- Articular as logísticas de execução das ações em todos os territórios, avaliando sua densidade demográfica.
- Articular parcerias com sindicatos, concessionárias de transporte (metrô, ônibus, trem etc.), aeroportos, shoppings, clubes, universidades, entre outros.

3.4. Objetivos

Reduzir as complicações, as internações e a mortalidade decorrentes das infecções pelo vírus da influenza, na população alvo para a vacinação.

3.5. Meta

A meta é vacinar, pelo menos, 90% de cada um dos grupos prioritários contra influenza: crianças, gestantes, puérperas, pessoas ≥ 60 anos de idade e povos indígenas vivendo em terras indígenas. Para os demais grupos prioritários, serão disponibilizados os dados de doses aplicadas no período da campanha, considerando a indisponibilidade de denominadores para os referidos grupos, incluindo povos indígenas vivendo fora das terras indígenas.

A estimativa de pessoas a serem vacinadas representa aproximadamente **18 milhões**. No entanto, sabe-se que existem grupos que não apresentam denominadores definidos, o que pode levar à sobreposição da população em diferentes categorias de modo simultâneo como observado em campanhas anteriores.

3.6. A vacina influenza trivalente (fragmentada e inativada)

Conforme a Instrução Normativa (IN) nº 261, de 25 de outubro de 2023 da ANVISA, a vacina influenza trivalente utilizada no Brasil a partir de fevereiro de 2024 apresenta três tipos de cepas de vírus em combinação:

- A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09;
- A/Thailand/8/2022 (H3N2);
- B/Austria/1359417/2021 (linhagem B/Victoria)

3.6.1. Especificações da vacina influenza trivalente (fragmentada e inativada)

A vacina influenza (fragmentada, inativada) é uma suspensão composta por diferentes cepas do vírus *Myxovirus influenzae* inativados, fragmentados e purificados. As especificações da vacina influenza que será utilizada na 26ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Especificações da vacina influenza trivalente (fragmentada e inativada) - 2024.

Laboratório fornecedor	Instituto Butantan
Indicação de uso	Imunização ativa contra a influenza causadas pelos tipos A e B de vírus influenza contidos nesta vacina para indivíduos dos grupos prioritários a partir de 6 meses de idade.
Forma Farmacêutica	Suspensão injetável
Apresentação	Frasco - ampola com 10 doses de 0,5 mL
Via de administração	Intramuscular ou subcutânea profunda
Composição por dose de 0,5 mL	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09 – cepa análoga (A/Victoria/4897/2022, IVR-238).....15 microgramas de hemaglutinina; A/Thailand/8/2022 (H3N2) – cepa análoga (A/Thailand/8/2022, IVR-237).....15 microgramas de hemaglutinina; B/Austria/1359417/2021 – cepa análoga (B/Austria/1359417/2021, BVR-26).....15 mcg de hemaglutinina; timerosal (conservante).....1 mcg; solução fisiológica tamponadaq.s.p. 0,5 ml. Composição da solução fisiológica tamponada a pH = 7,2: cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monohidratado e água para injetáveis. Pode conter até 30 mcg de formaldeído, traços de neomicina, Triton-X-100 (octoxinol 9) e de ovalbumina.
Composição por dose de 0,25 mL	A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09 – cepa análoga (A/Victoria/4897/2022, IVR-238).....7,5 microgramas de hemaglutinina; A/Thailand/8/2022 (H3N2) – cepa análoga (A/Thailand/8/2022, IVR-237)..... 7,5 microgramas de hemaglutinina; B/Austria/1359417/2021 – cepa análoga (B/Austria/1359417/2021, BVR-26)7,5 mcg de hemaglutinina; timerosal (conservante).....1 mcg; solução fisiológica tamponada.... q.s.p. 0,25 ml. Composição da solução fisiológica tamponada a pH = 7,2: cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monohidratado e água para injetáveis. Pode conter até 15 mcg de formaldeído, traços de neomicina, Triton-X-100 (octoxinol 9) e de ovalbumina
Contraindicação	Crianças menores de 6 meses de idade.
Prazo de validade e conservação	12 meses a partir da data de fabricação se conservado na temperatura entre +2°C e +8°C.
Utilização após abertura do frasco	7 (sete) dias desde que mantidas as condições assépticas e temperatura de +2°C e +8°C.
Rótulo do frasco-ampola	
Temperatura de armazenamento	Entre +2°C e +8°C. NÃO CONGELAR

Fonte: Bula do Instituto Butantan/2024.

3.6.2. Recomendações de transporte e armazenamento

O transporte requer o uso de caixas térmicas especialmente designadas para a conservação de vacinas, possuindo qualificação térmica que assegure homogeneidade térmica interna.

A temperatura recomendada para o transporte e o armazenamento situa-se entre + 2°C e + 8°C, sendo essencial registrar a temperatura na expedição e no momento do recebimento de cada caixa. Ao longo de todo o percurso, é imperativo realizar o monitoramento contínuo da temperatura, preferencialmente através de dataloggers que permitam a geração de relatórios eletrônicos.

Durante o recebimento, a conferência e a expedição da vacina, é crucial minimizar a exposição à temperatura ambiente. Os equipamentos de refrigeração destinados à guarda e à conservação de vacinas devem seguir padrões regulatórios estabelecidos pela ANVISA. Além disso, é essencial que sejam exclusivos para o armazenamento de imunobiológicos.

Esses equipamentos precisam estar equipados com instrumentos e dispositivos necessários ao controle e ao monitoramento da temperatura, sendo recomendado o uso de registrador eletrônico que permita a extração de relatórios, além da fonte primária de energia elétrica, uma fonte alternativa capaz de efetuar o suprimento imediato de energia, no caso de falhas da fonte primária.

O monitoramento e o controle da temperatura durante o transporte e a armazenagem devem ser registrados. Salienta-se a importância da elaboração de planos de contingência para preservar as vacinas em casos de exposição a temperaturas fora das recomendações. Ressalta-se que tais precauções são essenciais para garantir a integridade e a eficácia das vacinas, assegurando que sejam armazenadas e transportadas obedecendo aos parâmetros adequados.

3.6.3. Esquema de vacinação

O esquema vacinal e a recomendação da vacina **em crianças** são definidos com base na idade no momento da primeira dose da vacina influenza e no número de doses de vacina recebidas em temporadas anteriores (pelo menos uma dose).

A vacinação está indicada para toda população indígena, a partir de seis meses de idade, com atenção para o esquema descrito a seguir (Tabela 1).

Tabela 1 - Demonstrativo do esquema vacinal para influenza por idade, número de doses, volume por dose e intervalo entre as doses, Brasil, 2024.

Idade	Número de doses	Volume por dose	Observações
Crianças de 6 meses a 2 anos de idade	1 ou 2 doses*	0,25 ml	Intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses. Deverão ser aplicadas duas doses para crianças vacinadas pela primeira vez.
Crianças de 3 a 8 anos de idade	1 ou 2 doses*	0,5 ml	Intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses. Deverão ser aplicadas duas doses para crianças vacinadas pela primeira vez.
Crianças a partir de 9 anos de idade e adultos	Dose Única	0,5 ml	-

Fonte: CGICI/Dimu/SVSA/MS

* As crianças < 9 anos de idade, **primovacinadas**, deverão receber 2 doses da vacina influenza com intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses.

3.6.4. Via de administração

A vacina influenza trivalente (fragmentada e inativada) deve ser administrada por via intramuscular profunda.

Recomenda-se a administração da vacina por via subcutânea em pessoas que apresentam discrasias sanguíneas ou estejam utilizando anticoagulantes orais.

3.6.5. Administração simultânea com outras vacinas ou medicamentos

A **vacina influenza pode ser administrada na mesma ocasião de outras vacinas do Calendário Estadual e Nacional de Vacinação** e com outros medicamentos, procedendo-se às administrações com seringas e agulhas diferentes em locais anatômicos distintos.

Os tratamentos com imunossuppressores ou radioterapia podem reduzir ou anular a resposta imunológica. Esse fenômeno não se aplica aos corticosteroides utilizados na terapêutica de reposição, em tratamentos sistêmicos de curto prazo (menos de duas semanas) ou por outras vias de administração que não causem imunossupressão. Os tratamentos com imunossuppressores ou radioterapia podem reduzir ou anular a resposta imunológica.

Doadores de sangue

De acordo ANVISA, os candidatos elegíveis à doação que tiverem sido vacinados contra influenza devem ser considerados como **inaptos temporariamente**, por um período de **48 horas após a vacinação**.

3.6.6. Imunogenicidade

A detecção de anticorpos protetores se dá entre 2 e 3 semanas, após a vacinação e apresenta, geralmente, duração de 6 a 12 meses. O pico máximo de anticorpos ocorre após 4 a 6 semanas, embora em idosos os níveis de anticorpos possam ser menores. Os níveis declinam com o tempo e se apresentam aproximadamente duas vezes menores após seis meses da vacinação, em relação aos obtidos no pico máximo, podendo ser reduzidos mais rapidamente em alguns grupos populacionais, como indivíduos institucionalizados, doentes renais, entre outros. A proteção conferida pela vacinação é de aproximadamente um ano, motivo pelo qual é feita anualmente.

A imunogenicidade em crianças varia de 30 a 90% sendo diretamente proporcional à idade. Em crianças menores de seis anos de idade, aproximadamente 40 a 80% apresentam soroconversão após uma única dose da vacina, enquanto para crianças maiores de 6 anos, a taxa de soroconversão sobe para 70 a 100%. Mais de 50% das crianças menores de três anos e cerca de 30% das crianças até nove anos de idade são soronegativas para o vírus da influenza. Tal fato resulta na recomendação de duas doses da vacina influenza em primovacinação e uma dose nos anos subsequentes.

A vacinação contra o vírus influenza em gestantes é uma estratégia eficaz de proteção para a mãe e para o lactente. Estudos realizados com acompanhamento de bebês de mães vacinadas durante a gestação demonstraram que a proteção contra influenza confirmada por testes laboratoriais foi superior a 60% nos primeiros seis meses de vida. Além de proteger a mãe, a vacinação durante a gestação reduz o impacto da doença em bebês e o risco de hospitalização que é extremamente elevado nos primeiros meses de vida.

De modo geral, a proteção é maior quando há concordância entre a cepa vacinal e cepa circulante.

3.6.7. Precauções

- ✓ Doenças febris agudas, moderadas ou graves e caso confirmado de covid-19 (RT-PCR e TR Ag): recomenda-se adiar a vacinação até a resolução do quadro, com o intuito de não se atribuir à vacina as manifestações da doença;
- ✓ História de alergia a ovo:
 - pessoas que após ingestão de ovo apresentaram apenas urticária, administrar a vacina influenza, sem qualquer cuidado especial.
 - pessoas que após ingestão de ovo apresentaram quaisquer outros sinais de anafilaxia (angioedema, desconforto respiratório ou vômitos repetidos), a vacina pode ser administrada, desde que em ambiente adequado para tratar manifestações alérgicas graves (atendimento de urgência e emergência). A vacina deve ser administrada sob supervisão médica, preferencialmente.
- ✓ Em caso de ocorrência de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) no período de até 30 dias após recebimento de dose anterior, recomenda-se realizar avaliação médica criteriosa sobre benefício e risco da vacina antes da administração de uma nova dose.

3.6.8. Contraindicações

- ✓ Crianças menores de 6 meses de idade;
- ✓ Pessoas com história de anafilaxia grave a doses anteriores.

3.6.9. Vigilância dos Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização - ESAVI

As vacinas influenza sazonais têm um perfil de segurança excelente e são bem toleradas. A vacina utilizada pelo PNI durante as campanhas é constituída por vírus inativados, fracionados e purificados, portanto, não contêm vírus vivos e não causam a doença.

Entretanto, ESAVI podem ocorrer, sendo a grande maioria deles não graves e autolimitados e, muito raramente, podem ser graves, necessitando de assistência de saúde. De acordo com as manifestações clínicas, estas podem ser locais ou sistêmicas.

- ✓ **Manifestações locais:** como dor no local da injeção, eritema e endurecimento são mais comuns e ocorrem em 15% a 20% dos pacientes, sendo benignas autolimitadas geralmente resolvidas em 48 horas.
- ✓ **Manifestações sistêmicas:** são benignas, autolimitadas, como febre, mal-estar e mialgia que podem começar de 6 a 12 horas após a vacinação e persistir por um a dois dias, sendo notificadas em menos de 10% dos vacinados. Estas manifestações são mais frequentes em pessoas que não tiveram contato anterior com os antígenos da vacina. A vacinação não agrava sintomas de pacientes asmáticos nem induz sintomas respiratórios.
- ✓ **Reações de hipersensibilidade:** reações anafiláticas (hipersensibilidade do tipo I) são extremamente raras e podem ser associadas a qualquer componente da vacina.
- ✓ **Manifestações neurológicas:** raramente a aplicação de algumas vacinas pode anteceder o início da *Síndrome de Guillain-Barré (SGB)*. Geralmente, os sintomas aparecem entre 1 a 21 dias e no máximo até 6 semanas após administração da vacina. É importante citar que o próprio vírus influenza pode desencadear a SGB, e que a frequência de 1 caso por milhão de doses administradas, encontrada em alguns estudos, é muito menor que o risco de complicações da influenza que podem ser prevenidas pela imunização.

Para fins de vigilância epidemiológica a ocorrência coincidente com outras doenças

neurológicas de natureza inflamatória ou desmielinizante, tais como encefalite aguda disseminada (ADEM), neurite óptica e mielite transversa, no período entre 1 dia e 6 semanas após a aplicação da vacina, devem ser notificadas e investigadas.

Notificar e investigar todos os casos suspeitos de ESAVI graves, raros e inusitados e erros de imunização (programáticos) no e-SUS Notifica, disponível em: <https://notifica.saude.gov.br/notificacoes>.

4. Gerenciamento de Resíduos Provenientes da Vacinação

O gerenciamento e o manejo dos resíduos resultantes das atividades de vacinação devem estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 222, de 28 de março de 2018 e atualizações, que "regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências" e na Resolução do Conama n.º 358, de 29 de abril de 2005 e atualizações, que "dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS)".

Cada serviço de saúde deve possuir o seu Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS) mantendo esse material disponível no local de trabalho e os profissionais capacitados para o manejo e descarte correto.

5. Registro e Informação da Campanha de Vacinação de Influenza

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – RDC no 197, de 26 de dezembro de 2017, publicada no DOU no 248, de 28 de dezembro de 2017, compete aos serviços de vacinação registrar as informações referentes às vacinas no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde (MS). Essa atividade está de acordo com o Decreto no 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica e do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a transferência, pelos estabelecimentos de saúde, das informações sobre vacinação ao Ministério da Saúde.

Conforme pactuação, em âmbito Bipartite, o registro das doses aplicadas durante a Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza 2024, **no Estado de São Paulo, deverá ocorrer exclusivamente no sistema SI-PNI novo**, no *banner* específico para a Campanha contra Influenza (<https://si-pni.saude.gov.br/#/login>).

Para a Campanha de Vacinação contra Influenza 2024, o registro das doses aplicadas na estratégia será **NOMINAL**, com a identificação individualizada, mediante apresentação do **Cadastro de Pessoa Física (CPF)** ou do **Cartão Nacional de Saúde (CNS)** do cidadão que procurar os serviços de vacinação (público ou privado). Esses dados serão enviados à Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) e disponibilizados nos relatórios para uso de profissionais e gestores das três esferas de governo e na Carteira Nacional de Vacinação Digital do cidadão no Meu SUS Digital (anteriormente "ConecteSUS").

Observação: a partir do registro nominal (Pactuado em CIT no mês de setembro de 2023), os grupos prioritários possuem entradas específicas para cada categoria.

Durante a Campanha, a **movimentação de imunobiológico** na sala de vacina (entradas e saídas) será feita no módulo exclusivo do **SI-PNI**.

Em tempo oportuno, será enviado documento com as orientações referentes ao processo de digitação das doses aplicadas e movimento de imunobiológicos no SI-PNI durante a Campanha.

6. Bibliografia consultada

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Informe técnico – Estratégia de vacinação contra a influenza nas Regiões Nordeste, Centro-oeste, Sul e Sudeste – 2024/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento do Programa Nacional de Imunizações – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de microplanejamento para as atividades de vacinação de alta qualidade. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria de Saúde Indígena. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/avaq/publicacoes/manual-de-microplanejamento-para-as-atividades-de-vacinacao-de-alta-qualidade/view>.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória. Boletim Epidemiológico da Influenza - sazonalidade 2023 (SE 01 – 52/2023), Secretaria Estadual de Saúde, Estado de São Paulo.

Elaboração

Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES

Divisão de Doenças de Transmissão Respiratória/CVE/CCD/SES

CVE CENTRO DE VIGILÂNCIA
EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"

CCD
COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS

Secretaria de  **SÃO PAULO**
Saúde GOVERNO DO ESTADO