

Documento Técnico

25ª Campanha de Vacinação Contra a Influenza



31 de março de 2023



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

25ª Campanha de Vacinação Contra a Influenza

São Paulo
31 de março de 2023

25ª Campanha de Vacinação Contra a Influenza

1. Introdução

O estado de São Paulo realizará em 2023, em consonância com o Ministério da Saúde (MS), a **25ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**, no período de **10 de abril a 31 de maio**.

A estratégia de vacinação contra a influenza foi incorporada no Programa Nacional de Imunizações em 1999, com o propósito de reduzir internações, complicações e mortes na população alvo para a vacinação.

A vacinação contra a influenza permite, ao longo do respectivo ano, minimizar a carga e prevenir o surgimento de complicações decorrentes da doença, reduzindo os sintomas nos grupos prioritários 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, 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 e população privada de liberdade. O público-alvo, portanto, no estado de São Paulo (ESP) representará aproximadamente **18,5 milhões** de pessoas. A meta é vacinar 90,0% dos grupos elegíveis.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada ao serviço de saúde, sendo uma de suas prioridades a prevenção da morbimortalidade por meio da vacinação, com o cumprimento do calendário vacinal recomendado pelo Programa Estadual e Nacional de Imunizações. É essencial reforçar a importância do envolvimento das equipes de Saúde da Família (ESF), fortalecendo o papel do agente comunitário de saúde (ACS) na busca ativa dos faltosos e no vínculo com a população no território.

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). 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 de 6 meses a menores de 5 anos de idade, gestantes, pessoas com idade \geq 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.

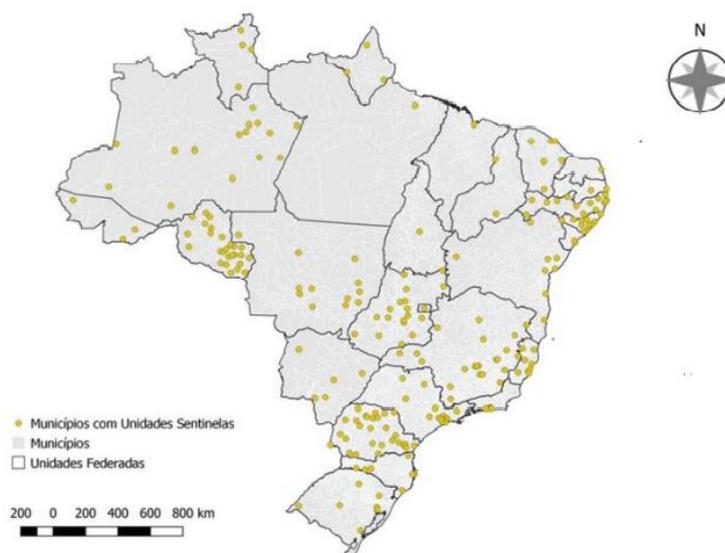
O uso do antiviral está indicado para todos os casos de SRAG e casos de SG com condições e fatores de risco para complicações por influenza, de acordo com o Protocolo de Tratamento de Influenza, do Ministério da Saúde (MS) de 2017, disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_tratamento_influenza_2017.pdf.

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 atualizados em 04/11/2022, sujeitos a alterações.

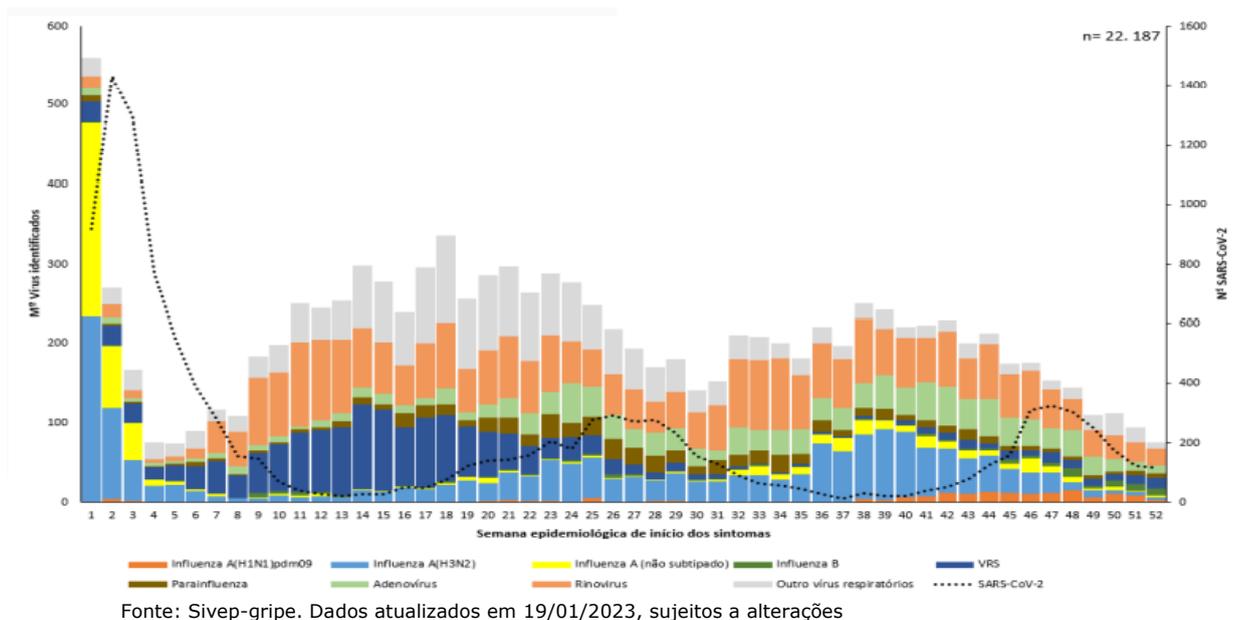
Figura 1. Distribuição espacial das unidades sentinelas de síndrome gripal. Brasil, 2022.

A vigilância sentinela de SG tem um excelente potencial de resposta para indicar o início da sazonalidade, de epidemias ou surtos pelos vírus influenza (Figura 2). 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.

No Brasil em 2022, foram processadas 53.016 amostras de casos de SG registrados em unidades de saúde sentinelas, destas 41,8% (22.187/53.016) tiveram resultado detectável para vírus respiratórios. Entre os vírus respiratórios identificados, 51,0% (11.337/22.187) foram detectáveis para o vírus da covid-19, enquanto 12,5% (2.772/22.187) foram positivos para influenza e 36,4% (8.078/22.187) das amostras correspondem a outros vírus respiratórios (entre esses, vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza, Adenovírus e Rinovírus) (Figura 2).

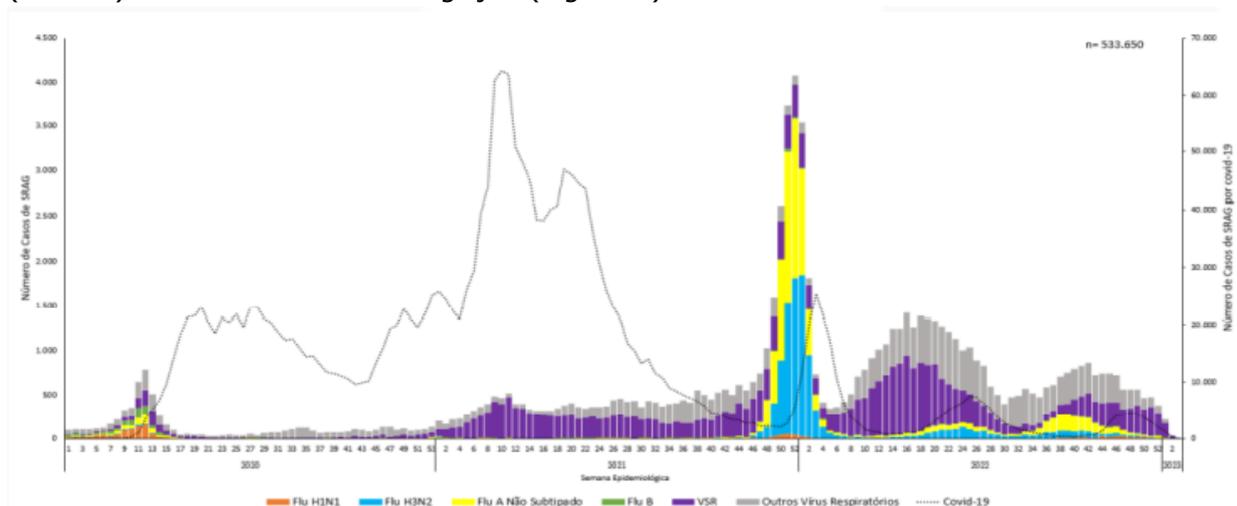
Entre as amostras positivas para influenza, 12,5% (2.772/22.187), 67,6 % (1.875/2.772) foram decorrentes de influenza A(H3N2), 22,2% (616/2.772) de influenza A não subtipado, 4,1% (115/2.772) de influenza B e 6,0% (166/2.772) de influenza A(H1N1)pdm09. Entre os outros vírus respiratórios (excluindo influenza e SARS-CoV-2), houve predomínio da circulação de rinovírus e vírus sincicial respiratório (VSR), 18,6% (1.500/8.078) e 36% (2.907/8.078), respectivamente. As Regiões Sul e Sudeste apresentam, respectivamente, as maiores quantidades de amostras positivas para vírus respiratórios, com destaque para circulação de Rinovírus, VSR e Influenza A (H3N2) (Figura 2).



Fonte: Sivep-gripe. Dados atualizados em 19/01/2023, sujeitos a alterações

Figura 2. Distribuição dos vírus influenza e outros vírus respiratórios na rede de vigilância sentinela, por semana epidemiológica de início dos sintomas. Brasil, 2022.

Em relação à vigilância de SRAG, foi observado, no mesmo período, que dos 533.650 casos de SRAG hospitalizados notificados até a SE 52 de 2022, 2,0% (10.544) foram confirmados para influenza, 6,3% (33.670) para outros vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2, e 43,1% (230.305) para covid-19, 42,4% (226.474) foram encerrados como SRAG não especificado, 0,7% (3.453) foram por SRAG por outro agente etiológico e 5,5% (29.204) ainda estão em investigação (Figura 3).



Fonte: Sivep-gripe. Dados atualizados em 18/01/2023, sujeitos a alterações.

Figura 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, segundo vírus respiratório, por semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2022.

Ressalta-se que, dentre a totalidade dos casos de SRAG hospitalizados (533.650), 44.214 (8,3%) tiveram amostras detectáveis para vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2. Entre os casos de SRAG por influenza (10.544), 43,8% (4.620) foram influenza A não subtipado, 50,4% (5.317) influenza A(H3N2), 2,9% (309) influenza B e 2,8% (298) influenza A(H1N1)pdm09.

Dos outros vírus respiratórios identificados pela rede (excluindo SARS-CoV-2 e Influenza) 33.670, 51,6% (17.384) foram SRAG por vírus sincicial respiratório (VSR) e

24,0% (8.080) por Rinovírus. Em relação à distribuição geográfica, a Região Sudeste registrou o maior número de casos de SRAG por influenza 39,2% (4.135), seguida do Sul com 31,5% (3.324), com destaque para influenza A (H3N2) nestas Regiões.

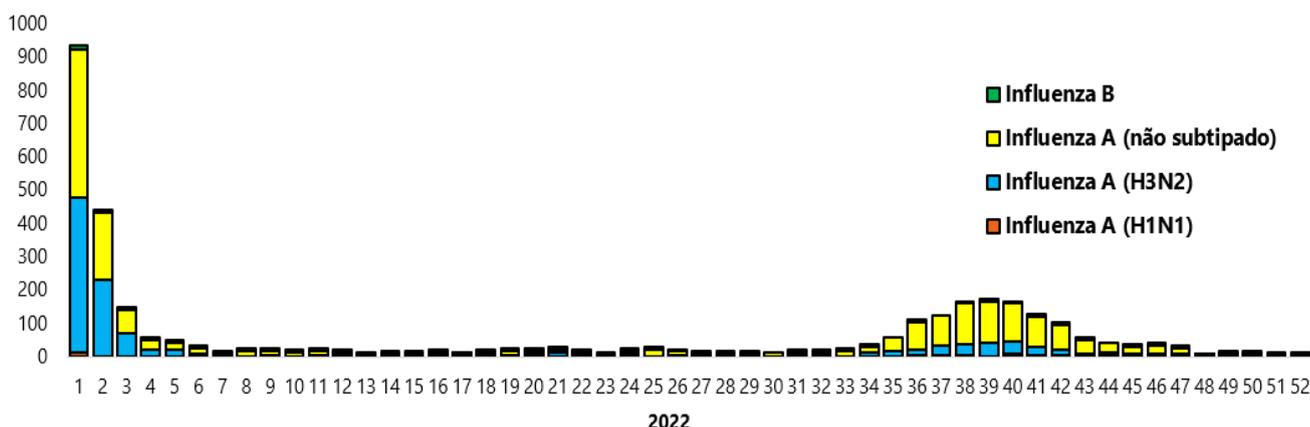
A faixa etária mais frequente entre os casos de SRAG por influenza no Brasil (10.544), no período analisado, foi a de 60 anos ou mais, representando 44,2% (4.661) dos casos, com destaque para SRAG por influenza A (H3N2) (2.710) e influenza A não subtipado (1.777). Entre o total de casos de SRAG por influenza, 52,9% (5.579) eram do sexo feminino e 47,1% (4.965) masculino.

Em relação aos óbitos, foram notificados 88.506 óbitos de SRAG, 1,5% (1.348) foram confirmados para influenza, 0,6% (538) para outros vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2, e 69,6% (61.646) óbitos de SRAG confirmados para covid-19. Quanto aos óbitos de SRAG não especificados, que 26,3% (23.200) dos óbitos notificados, cerca de 0,7% (620) foram por SRAG por outro agente etiológico e 0,9% (801) ainda estão em investigação.

Ressalta-se que, dentre a totalidade dos óbitos de SRAG hospitalizados (88.506), 2.239 (2,5%) tiveram amostras detectáveis para vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2. Entre os óbitos de SRAG por influenza, 0,9% (846) foram influenza A (H3N2), 0,5% (443) por influenza A não subtipado, 0,03% (28) influenza B e 0,035% (31) influenza A(H1N1)pdm09. Dos óbitos de SRAG por outros vírus respiratórios notificados (excluindo SARS-CoV-2 e influenza) 1,0% (891/88.506) desses 0,39% (891/353) foram SRAG por vírus sincicial respiratório (VSR). Em relação à distribuição geográfica, a Região Sudeste registrou o maior número de óbitos de SRAG por influenza 35,2% (475). Seguida do Nordeste com 26,0% (351), com destaque para influenza A(H3N2) e A não subtipado nestas Regiões.

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

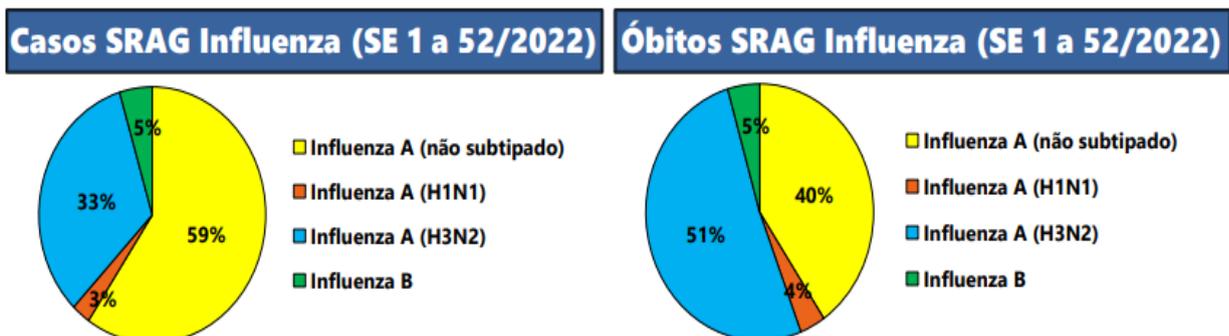
No ano de 2022 (SE 01 a 52), o Estado de São Paulo apresentou **141.729** interações por SRAG. Dentre essas, **3.052 (2,2%)** foram causadas pelo vírus influenza.



Fonte: SIVEP-Gripe.

Figura 4. Distribuição dos casos de SRAG Influenza segundo subtipo viral por SE de início dos sintomas. ESP, SE 01/2021 à SE 52/2022.

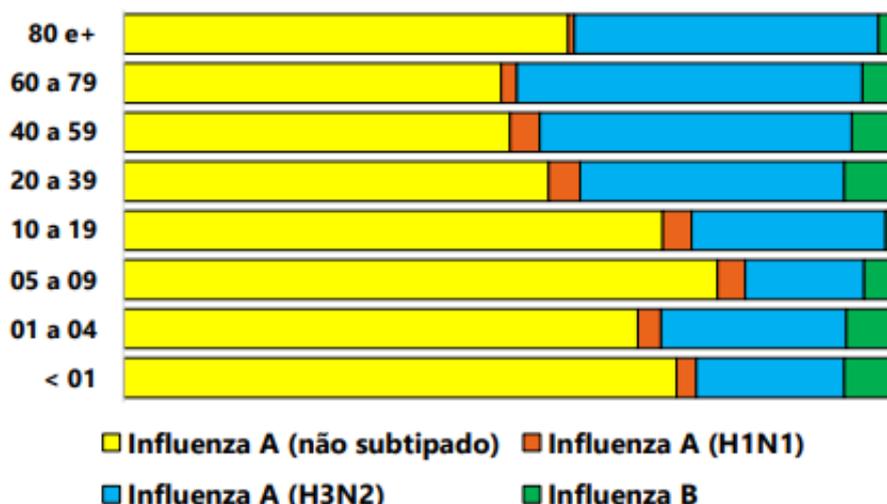
Dos casos e óbitos hospitalizados por SRAG em 2022, o vírus influenza A (não subtipado) foi o predominante durante o período, seguido de influenza A(H3N2). Casos e óbitos por influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B também foram notificados (Figura 5).



Fonte: SIVEP-Gripe.

Figura 5. Distribuição dos casos e óbitos de SRAG Influenza segundo subtipo viral. ESP, SE 01/2022 à SE 52/2022.

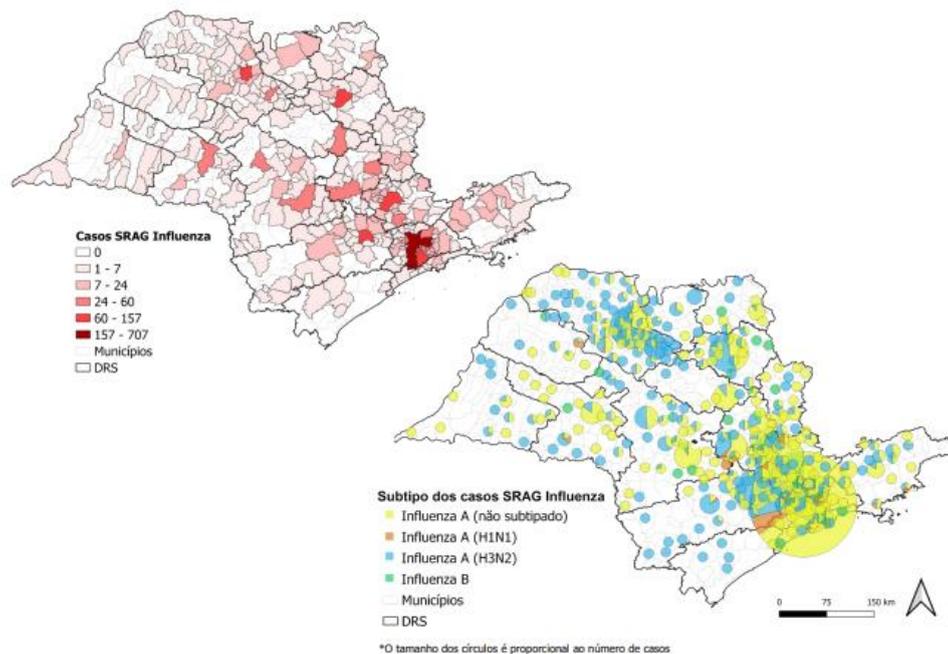
Notadamente em 2022, o vírus Influenza A(H3N2) acometeu mais as pessoas com 40 anos ou mais, especialmente idosos (Figura 6). Houve registro de **331** óbitos por Influenza, desses 50,4% ocorreram no sexo feminino e 49,6% no sexo masculino, com média de idade de 69 anos, e os principais fatores de risco foi à presença de alguma doença cardiovascular crônica (42,3%) e diabetes (22%).



Fonte: SIVEP-Gripe.

Figura 6. Distribuição dos casos de SRAG influenza segundo subtipo viral e faixa etária. ESP, SE 01/2022 à SE 52/2022.

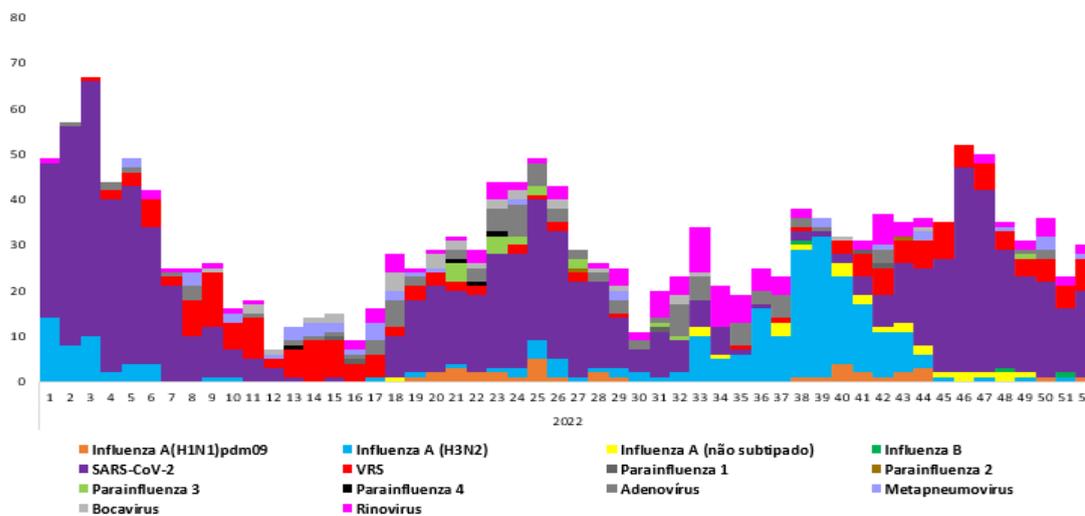
A região da Grande São Paulo, é a que mais concentra números absolutos de casos de SRAG Influenza em 2022. Pode-se observar na Figura 7 que os casos de SRAG Influenza, a Influenza A (não subtipado) seguida Influenza A (H3N2) foram identificados na maioria das regiões do ESP.



Fonte: SIVEP-Gripe.

Figura 7- Distribuição espacial dos casos de SRAG por influenza, na sazonalidade 2022 (SE 01 – 52/2022). ESP, 2022.

Dentre as 5.017 amostras processadas pela **Vigilância Sentinela** no ESP em 2022, **1.484 (29,6%)** testaram positivas para algum vírus respiratório, dentre eles Influenza A (H3N2) (231), SARS-Cov-2 (814), VSR (165) e Rinovírus (113).(Figura 8)



Fonte: SIVEP-Gripe.

Figura 8- Circulação viral nas unidades sentinelas de síndrome gripal do Estado de São Paulo, SE 01 – 52/2022.

Até a **SE 12/2023**, o ESP registrou **17.106** internações por SRAG, sendo **305** atribuídas ao vírus influenza. Houve predomínio de 53,4% das hospitalizações no sexo masculino; **69% de influenza B**, 7% influenza A(H1N1) pdm09 e 24% influenza A não subtipado.

Contabilizaram-se **16 óbitos** por influenza até a SE 12/2023, desses 62,5% ocorreram no sexo masculino, com mediana de idade de 62 anos, e os principais fatores de risco foram à presença de alguma doença cardiovascular crônica, diabetes e imunodepressão. Adicionem-se **63% influenza B**, 6% influenza A(H1N1) pdm09 e 31% influenza A não subtipado.

Em relação à faixa etária, as internações por SRAG até a SE 12/2023, concentraram-se em indivíduos menores de **nove anos (46,2%)**, seguido pelo grupo entre **10 e 59 anos (39,9%)** e aqueles **acima de 60 anos (13,9%)**. Considerando apenas os óbitos, os indivíduos **maiores de 60 anos representaram 56%** do total.

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/agrivos/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.

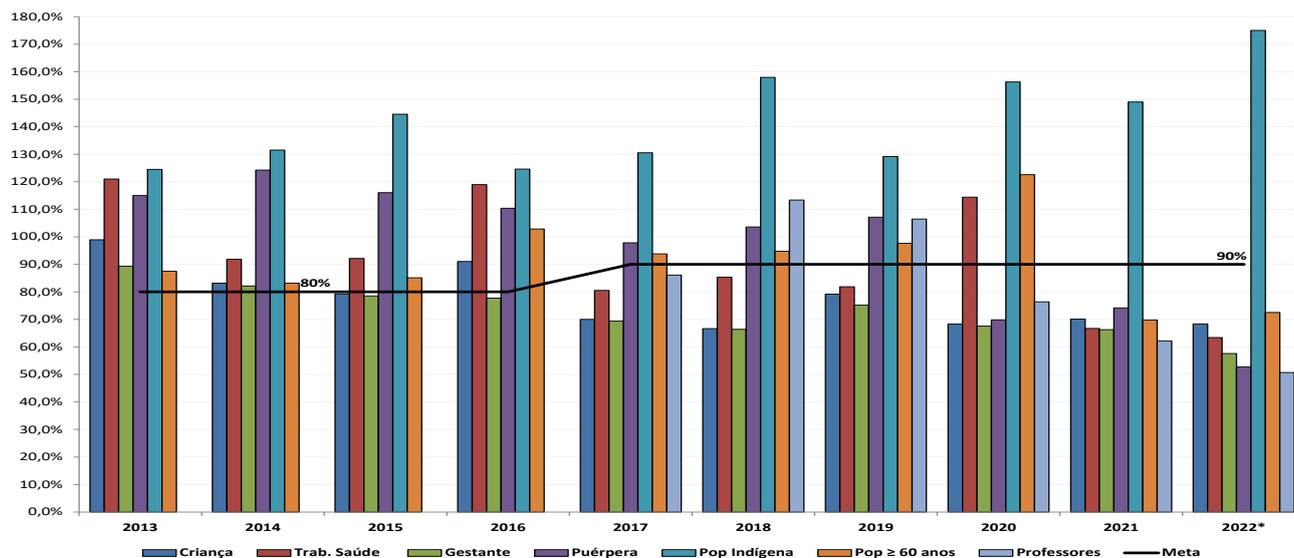
A partir de 2011, progressivamente, novos grupos vêm sendo incorporados como alvos da campanha. Destaca-se que no curso dos anos, houve mudança nas metas de cobertura da vacinação avançando de 70% da população alvo desde 1999 para 80% em 2008 e 90% a partir de 2017, justamente pelo bom desempenho da 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. Cabe destacar que nos anos 2021 e 2022 (anos pandêmicos) o ESP não atingiu a meta de 90%, exceto para a população indígena.

Na Figura 9 é apresentada uma série histórica (2013 a 2022) de CV no ESP nos seguintes grupos: população ≥ 60 anos, crianças, gestante, trabalhador da saúde, puérpera, população indígena. Para a população ≥ 60 anos pode-se observar que nos anos analisados o ESP atingiu ou ultrapassou a meta preconizada pelo PNI, exceto em 2021 e 2022.

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 contemplou as crianças de 6 meses a < 6 anos de idade. Na série histórica apresentada, pode-se observar que desde 2017 o ESP não atingiu a meta preconizada.

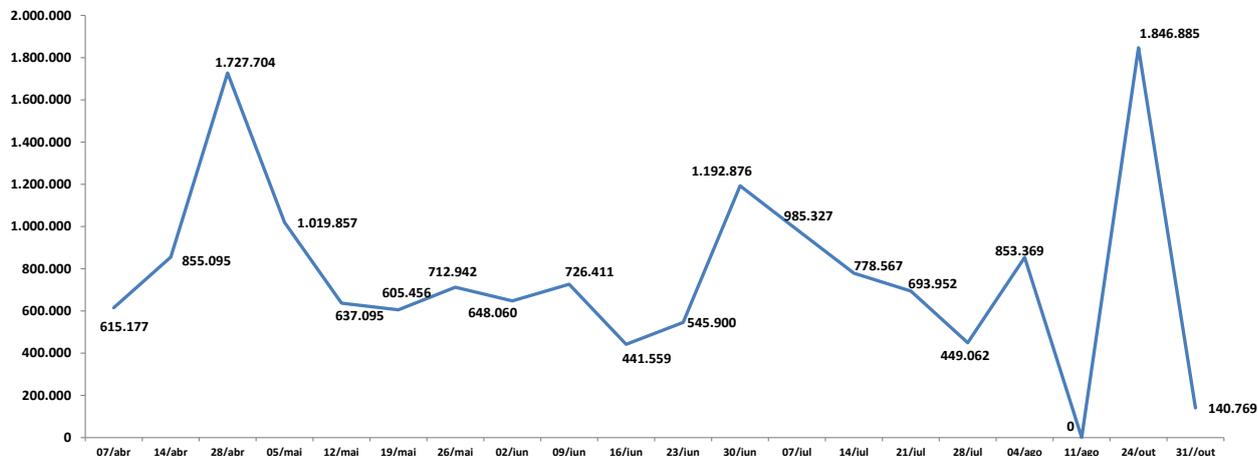
No grupo de gestante, constata-se que somente nos anos de 2013 e 2014 que se atingiu o preconizado pelo PNI. Para os trabalhadores da saúde, observa-se que no período de 2017 até 2019, em 2021 e 2022 o ESP não atingiu a meta de vacinação. No grupo de puérperas, o ESP não atingiu o preconizado pelo PNI nos anos de 2020 a 2022. Na população indígena observa-se que em todos os anos analisados a meta foi ultrapassada, este fato pode ser justificado por ser um grupo populacional pequeno no Estado, possui uma característica migratória entre a população aldeada e entre os Estados e a Capital possui um grupo indígena residente numa comunidade que está incluído no numerador e não no denominador.



Fonte: SI-PNI, dados de 2022 acessados em 17/03/2023, sujeitos a alterações.

Figura 9- Coberturas vacinais da campanha contra a influenza por grupo prioritário. ESP, 2013 a 2022.

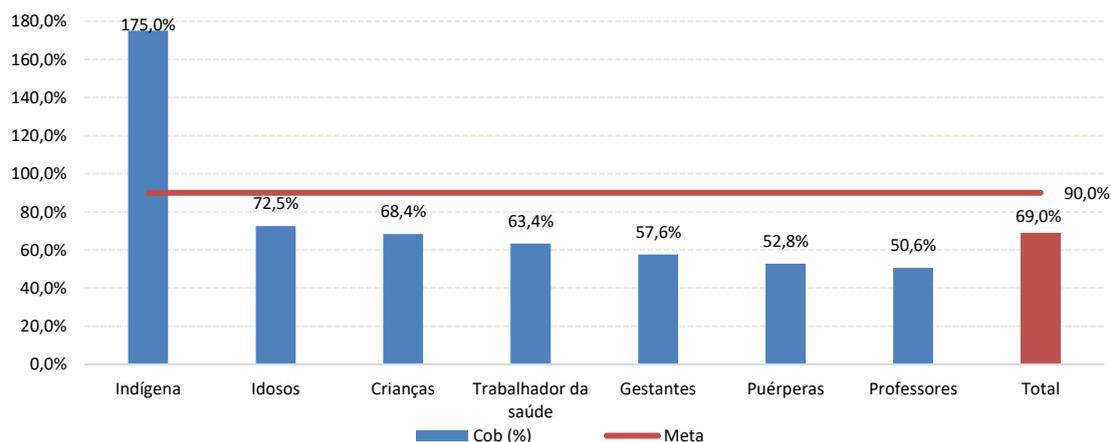
Referente à Campanha de Vacinação contra a Influenza de 2022, houve registro de dados até 31 de outubro de 2022, totalizando **15.406.376** doses da vacina influenza aplicadas no ESP. O total de doses aplicadas da vacina influenza no período analisado pode ser observado na Figura 10. Chama atenção que no período de 04 a 11/08 não houve incremento nas doses aplicadas, pois houve correção dos registros no sistema de informação.



Fonte: SIPNI, dados de 2022 acessados em 17/03/2023, sujeitos a alterações.

Figura 10- Total de doses aplicadas segundo semana da Campanha de Vacinação contra a Influenza. ESP, 2022.

Os dados da Campanha de Vacinação contra a Influenza no ESP em 2022 mostraram que a CV dos grupos elegíveis para análise foi de 69,0%, 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 (175,0%) e os professores os que menos foram vacinados 50,6% (Figura 11).



Fonte: SIPNI, dados de 2022 acessados em 17/03/2023, sujeitos a alterações.

Figura 11- Cobertura da vacina influenza, segundo grupo prioritário. ESP, 2022.

Analisando os dados por regional estadual (27 Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE e a Capital), verifica-se que apenas o GVE Osasco alcançou a cobertura vacinal (CV) do total dos grupos elegíveis (104,0%).

Quando analisamos os dados segundo grupo prioritário, observa-se que o ESP atingiu a meta de 90,0% apenas na população indígena (175,0%), das regionais (8 GVE e a Capital) que possuem essa população na sua área de abrangência **08** (88,9%) atingiram ou ultrapassaram o preconizado pelo PNI e a cobertura vacinal variou de 193,6% a 82,2%.

Nos grupos de crianças de 6 meses a < 5 anos e idosos apenas o GVE Osasco alcançou o preconizado pelo PNI (90,0%), atingido 94,3% e 121,0% respectivamente. Quanto ao grupo de professores, apenas o GVE Itapeva ultrapassou a meta do MS, atingindo 99,1%. Em relação aos grupos de gestantes, trabalhador da saúde e puérperas nenhuma regional alcançou a meta de 90% para o período. (Quadro 1).

Supõe-se que a pouca divulgação do período da Campanha de Vacinação Contra a Influenza na grande mídia possa ter contribuído para baixa cobertura vacinal.

Quadro 1- Cobertura da vacina influenza, segundo GVE e grupos prioritários. ESP, 2022.

Regional	Crianças Cob (%)	Gestantes Cob (%)	Trabalhador da Saúde Cob (%)	Puérperas Cob (%)	Idosos Cob (%)	Indígenas Cob (%)	Professores Cob (%)	TOTAL Cob (%)
CAPITAL	70,2	47,8	57,6	40,9	68,6	193,6	33,3	64,9
GVE - VII SANTO ANDRE	63,7	53,2	66,7	51,0	74,6	-	51,3	69,6
GVE - VIII MOGI DAS CRUZES	63,2	55,4	63,2	30,5	68,2	-	45,5	64,5
GVE - IX FRANCO DA ROCHA	64,3	59,2	69,5	70,6	73,7	-	62,2	69,3
GVE - X OSASCO	94,3	79,8	69,1	75,3	121,0	-	77,8	104,0
GVE - XI ARACATUBA	51,2	48,5	61,4	43,2	63,2	121,5	50,6	59,9
GVE - XII ARARAQUARA	68,4	61,0	64,5	54,5	68,9	-	59,7	67,6
GVE - XIII ASSIS	62,8	63,3	67,8	75,0	69,9	-	63,6	67,8
GVE - XIV BARRETOS	67,7	60,1	78,5	58,7	71,4	-	75,6	71,5
GVE - XV BAURU	59,6	62,6	59,7	48,2	64,9	136,0	51,8	62,6
GVE - XVI BOTUCATU	71,1	73,1	74,3	85,5	80,2	117,6	78,8	77,3
GVE - XVII CAMPINAS	63,0	56,9	69,9	55,4	70,3	-	49,5	67,4
GVE - XVIII FRANCA	64,3	52,5	64,5	49,0	68,5	-	59,8	66,2
GVE - XIX MARILIA	67,7	61,9	50,9	44,8	68,4	106,9	58,1	65,4
GVE - XX PIRACICABA	63,8	60,9	67,4	52,3	65,4	-	42,0	64,0
GVE - XXI PRES PRUDENTE	81,9	71,3	63,3	73,3	73,2	-	65,7	73,1
GVE - XXII PRES VENCESLAU	74,5	60,2	55,8	87,9	71,2	-	70,7	69,7
GVE - XXIII REGISTRO	65,1	70,7	79,9	66,4	75,2	82,2	75,1	73,1
GVE - XXIV RIBEIRAO PRETO	67,0	60,6	82,2	71,1	66,8	-	48,4	67,8
GVE - XXV SANTOS	62,3	60,0	54,7	71,1	68,2	119,3	54,5	64,7
GVE - XXVI S J DA BOA VISTA	57,6	63,5	62,6	73,3	67,8	-	55,1	64,7
GVE - XXVII S J DOS CAMPOS	57,7	40,5	53,3	49,2	73,2	-	52,2	65,7
GVE - XXVIII CARAGUATATUBA	64,1	53,4	66,3	34,6	73,8	92,2	53,2	68,6
GVE - XXIX S J DO RIO PRETO	72,5	66,6	73,4	53,4	69,1	-	60,6	69,8
GVE - XXX JALES	83,9	71,2	77,7	57,0	77,9	-	82,2	78,7
GVE - XXXI SOROCABA	63,0	61,8	63,2	50,5	72,2	108,6	65,3	68,3
GVE - XXXII ITAPEVA	81,3	88,9	84,7	50,6	79,6	-	99,1	81,6
GVE - XXXIII TAUBATE	73,1	61,0	67,9	77,4	77,8	-	60,8	74,4
TOTAL DA UF	68,4	57,6	63,4	52,8	72,5	175,0	50,6	69,0

Fonte: SIPNI, dados de 2022 acessados em 17/03/2023, sujeitos a alterações.

Em 2022 no estado foram registradas 1.117.361 doses da vacina influenza nos diferentes grupos com comorbidades, correspondendo a 7,3% de todas as doses registradas durante o período da campanha. O grupo com doença respiratória crônica, respondeu por 36,6% das doses (408.480), seguido pelos grupos com doenças cardíacas crônicas e diabetes, representando respectivamente 26,0% (290.402) e 17,8% (199.390) das doses aplicadas. O menor número de doses registradas foi no grupo de transplantados com o registro de 6.290 doses, o equivalente a 0,6% do total de doses nesse grupo (Quadro 2).

Quadro 2- Distribuição proporcional das doses aplicadas da vacina influenza nas pessoas com comorbidades. ESP, 2022.

Categoria de Risco Clínico	Doses aplicadas	%
Doença respiratória crônica	408.480	36,6%
Doença cardíaca crônica	290.402	26,0%
Diabetes	199.390	17,8%
Imunossupressão	75.534	6,8%
Doença neurológica crônica	56.652	5,1%
Obesos	39.509	3,5%
Doença renal crônica	20.602	1,8%
Doença hepática crônica	10.304	0,9%
Trissomias	10.198	0,9%
Transplantados	6.290	0,6%
Total	1.117.361	100,0%

Fonte: SIPNI, dados de 2022 acessados em 17/03/2023, 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 **287.158** doses aplicadas, representando 2,0% do total de doses. Além disso, durante a campanha de vacinação de 2022 também foram aplicadas **5.372.727** doses em outros grupos sem comorbidades, representando 34,9% do total de doses aplicadas.

3.2. Estratégia de vacinação contra a influenza em 2023

A Campanha de Vacinação de Vacinação contra a Influenza será realizada com definição de grupos prioritários para receber a vacina, que em 2023 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 2023. Para a população indígena e pessoas com comorbidades, a vacina está indicada para as crianças de 6 meses a menores de 8 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 da 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/parteirias. 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 estão incluídas no grupo alvo de vacinação. 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 do ensino básico a superior:** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove sua vinculação ativa como professor. Incluem nesse grupo todos os professores 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, e para ficar em conformidade com a decisão do Tribunal Federal por meio da análise da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF), os indígenas vivendo fora de terras indígenas serão vacinados.

✓ **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 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.
- ✓ **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/Dimu/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.

Nota: Devido à natureza de registro de doses aplicadas ser realizado de forma consolidada, ou seja, sem identificação do cidadão, não há possibilidade de pré-cadastros de indivíduos pertencentes aos grupos com doenças crônicas não transmissíveis e outras condições clínicas especiais no sistema de informação.

✓ **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 de 12 a 21 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.

A Campanha de Vacinação contra a Influenza em 2023 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, 2023.

Grupos prioritários	População	% da pop por etapa
Idosos ≥ 60 anos de idade	7.555.617	40,93%
Trabalhador da Saúde	1.553.097	8,41%
Crianças de 6m a < 6 anos (5 anos, 11 meses e 29 dias)	3.223.170	17,46%
Gestantes	393.651	2,13%
Puérperas	64.710	0,35%
Povos e comunidades tradicionais quilombolas	10.366	0,06%
Povos indígenas	48.909	0,26%
Professores	613.306	3,32%
Comorbidades	2.361.487	12,79%
Pessoas portadoras de deficiência	1.673.091	9,06%
Caminhoneiros	400.306	2,17%
Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário Passageiros Urbano e de Longo Curso	158.695	0,86%
Trabalhadores Portuários	21.509	0,12%
Forças de Segurança e Salvamento	105.296	0,57%
Forças armadas	34.066	0,18%
Funcionários do sistema prisional	37.644	0,20%
População privada de liberdade e adolescentes e jovens sob medida socioeducativa	197.441	1,07%
Adolescentes e jovens em medidas socioeducativas	7.718	0,04%
Total	18.460.079	100,00%

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

Diante da situação epidemiológica no ESP em 2023, **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 vacinação será realizada simultaneamente nos **645 municípios** e, conforme **acordo bipartite**, não haverá um **dia "D" de mobilização**, no entanto, 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, tais como: horários alternativos, carro da vacina, abertura de unidades de saúde aos sábados, vacinação na área rural, postos volantes, entre outras.

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. Objetivos

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

3.4. Meta

A meta é vacinar, pelo menos, 90% de cada um dos grupos prioritários contra influenza: crianças, gestantes, puérperas, pessoas \geq 60 anos de idade, povos indígenas, professores e trabalhadores da saúde. 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.

A estimativa de pessoas a serem vacinadas representa aproximadamente **18,5 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.

O Ministério da Saúde adquirirá mais de 80 milhões de doses para a vacinação da população-alvo. Esta medida tem como intuito alcançar a cobertura vacinal e otimizar o uso do imunobiológico nos grupos prioritários

3.5. A vacina influenza trivalente (fragmentada e inativada)

A composição da vacina é estabelecida anualmente pela OMS, com base nas informações recebidas de laboratórios de referência sobre a prevalência das cepas circulantes. A recomendação sobre a composição da vacina ocorre no segundo semestre de cada ano, para atender às necessidades de proteção contra influenza no inverno do Hemisfério Sul.

Conforme a Instrução Normativa (IN) nº 189, de 26 de outubro de 2022 da ANVISA, a vacina influenza trivalente utilizada no Brasil a partir de fevereiro de 2023 apresenta três tipos de cepas de vírus em combinação: A/Sydney/5/2021 (H1N1)pdm09; A/Darwin/9/2021 (H3N2); B/Áustria/1359417/2021 (linhagem B/Victoria).

3.5.1. 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 25ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza estão descritas no Quadro 5.

Quadro 5 - Especificações da vacina influenza trivalente (fragmentada e inativada), Brasil, 2022.

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/Sydney/5/2021 (H1N1)pdm09 – cepa análoga (A/Sydney/5/2021, IVR-229) 15 mcg de hemaglutinina; A/Darwin/9/2021 (H3N2) - like – cepa análoga (A/Darwin/9/2021, NIB-126) 15 mcg de hemaglutinina; B/Austria/1359417/2021 – cepa análoga (B/Austria/1359417/2021, BVR-26)15 mcg de hemaglutinina; timerosal (conservante)....2 mcg; solução fisiológica tamponada.... qsp. 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/Sydney/5/2021 (H1N1)pdm09 – cepa análoga (A/Sydney/5/2021, IVR-229) 7,5 mcg de hemaglutinina; A/Darwin/9/2021 (H3N2) - like – cepa análoga A/Darwin/9/2021, NIB-126)....7,5 mcg 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.... qsp. 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/2023.

3.5.2. 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, 2023.

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.

3.5.3. 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.

3.5.4. Administração simultânea com outras vacinas ou medicamentos

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

Os tratamentos com imunossupressores 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 imunossupressores 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**.

3.5.5. 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 primovacinados 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.

3.5.6. 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.

3.5.7. Contraindicações

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

3.5.8. 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, **competete aos serviços de vacinação** registrar as informações referentes às vacinas no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde (MS). Essa atividade está em acordo com o Decreto n.º 78.231, de 12 de agosto de 1976, que regulamenta a Lei, n.º 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.

De acordo com deliberação em âmbito Tripartite, o registro das doses aplicadas na Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza 2023 será de forma **consolidada**. As orientações quanto ao registro serão repassadas em documento específico em tempo oportuno.

4. Bibliografia consultada

Brasília. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. Informe técnico - 25ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Brasília, março de 2023.

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 2022 (SE 01 - 52/2022), 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