

Documento Técnico

24ª Campanha de Vacinação Contra a Influenza

23 de março de 2022

24ª Campanha de Vacinação Contra a Influenza

1. Introdução

O estado de São Paulo realizará em 2022, em consonância com o Ministério da Saúde, a **24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza**, no período de **27 de março a 03 de junho, sendo 27 de março e 30 de abril os dias D de Mobilização**.

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.

Nesse período, serão vacinados crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 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 portadores 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 representará aproximadamente **17,7 milhões** de pessoas. A meta é vacinar 90,0% dos grupos elegíveis.

A vacinação contra a influenza permitirá, ao longo de 2022, prevenir o surgimento de complicações decorrentes da doença e óbitos, minimizar a carga da doença, reduzindo os sintomas nos grupos prioritários, que podem ser confundidos com os da covid-19, além de reduzir sobrecarga sobre os serviços de saúde. As ações de imunizações continuam a ser extremamente importantes para a proteção contra a influenza e devem ser mantidas apesar de todos os desafios frente à circulação do SARS-CoV-2.

A Campanha de Vacinação Contra a Influenza coincidirá com a realização da vacinação contra a covid-19. Assim, **é importante que seja priorizada a administração da vacina covid-19, para as crianças de 5 a 11 anos de idade contempladas no grupo prioritário para a vacina influenza** e que ainda não foram vacinadas contra a covid-19. Nessas situações, **deve-se agendar a vacina influenza, respeitando o intervalo mínimo de 15 dias entre as vacinas**. Além disso, todas as medidas de prevenção à transmissão da covid-19 nas ações de vacinação contra Influenza deverão ser adotadas.

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).

Este informe traz as recomendações para operacionalização da campanha contra a influenza no estado de São Paulo.

2. Influenza

É uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É 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 diferentes vírus, dentre eles o A e B. O vírus A está associado a epidemias e pandemias, tem comportamento sazonal e apresenta aumento no número de casos entre as estações climáticas mais frias. 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 2 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 (lactantes 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. A transmissão por aerossol também pode ocorrer com o vírus influenza. A transmissão pode ainda ocorrer 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 doença tem início, em geral, com febre alta, seguida de dor muscular, dor de garganta, dor de cabeça, coriza e tosse. 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. Alguns casos apresentam complicações graves, como pneumonia, necessitando de internação hospitalar.

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. Nos casos mais graves, geralmente, existe dificuldade respiratória e há necessidade de hospitalização. Nessas situações, denominada Síndrome Respiratória Aguda Grave (**SRAG**), é obrigatória a notificação às autoridades de saúde.

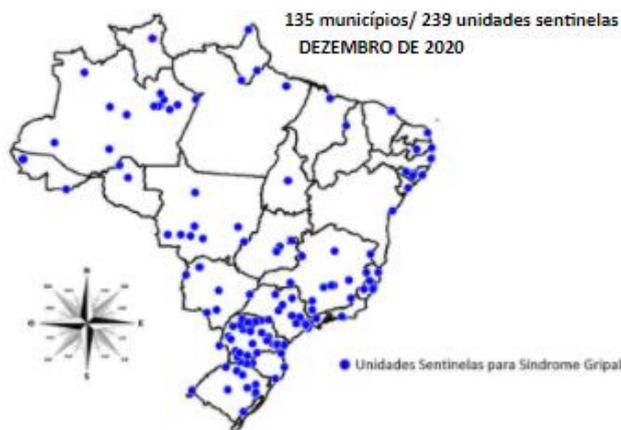
O uso do antiviral está indicado para todos os casos de SRAG e casos de SG com **condições e fatores de risco para complicações por influenza**, de acordo com o **Protocolo de Tratamento de Influenza, do Ministério da Saúde de 2017**. Nos casos de pacientes com SG, o início do tratamento deve ser preferencialmente 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, 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. Neste contexto, a campanha de vacinação consiste em uma ação de

interesse nacional, sendo os grupos prioritários atores sociais importantes no processo de prevenção e controle da doença.

2.1. Vigilância epidemiológica e laboratorial da influenza no Brasil

A vigilância da influenza no Brasil é composta pela vigilância sentinela de SG. O Brasil possui atualmente 135 municípios e 239 unidades sentinelas de síndrome gripal (SG) distribuídas em todas as unidades federadas e regiões do país. Essas unidades de saúde coletam 5 amostras clínicas semanais de casos de SG e encaminham aos laboratórios de referência para a pesquisa de vírus respiratórios (Figura 1).



Fonte: Sivep-gripe.

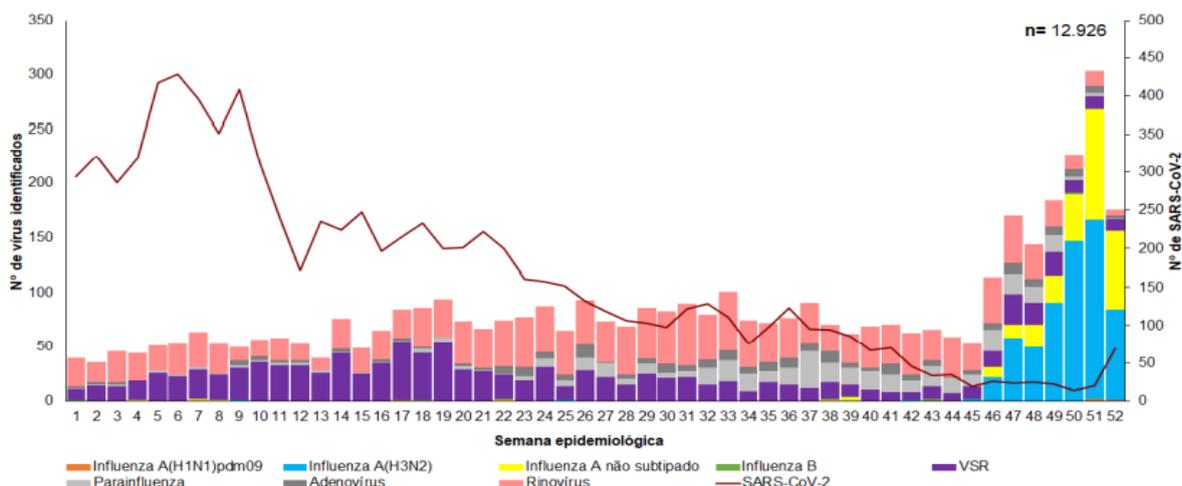
Figura 1. Distribuição espacial das unidades sentinelas de síndrome gripal. Brasil, 2022.

A vigilância sentinela de SG tem um excelente potencial de resposta para indicar o início da sazonalidade dos vírus influenza, como apresentado na 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.

No Brasil, durante o ano de 2021, dos 13.657 registros de casos de SG em unidades de saúde sentinelas, foi observado que 94,6% (12.926/13.657) tiveram resultado detectável para vírus respiratórios, 3,6% (492/13.657) foram encerrados como outro agente etiológico, 0,9% (124/13.657) não foram especificados e 0,8% (115/13.657) ainda estão em investigação.

Entre os vírus respiratórios identificados, 66,2% (8.556/12.926) foram detectáveis para o vírus SARS-CoV-2, enquanto 7,2% (926/12.926) foram positivos para o vírus influenza e 26,6% das amostras correspondem a outros vírus respiratórios (Vírus Sincicial Respiratório, Parainfluenza, Adenovírus e Rinovírus). Dentre as amostras positivas para o vírus influenza, 67,1% (621/926) foram decorrentes de influenza A(H3N2), 31,6% (293/926) de influenza A não subtipado, 0,9% (8/926) de influenza B e 0,4% (4/926) 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).

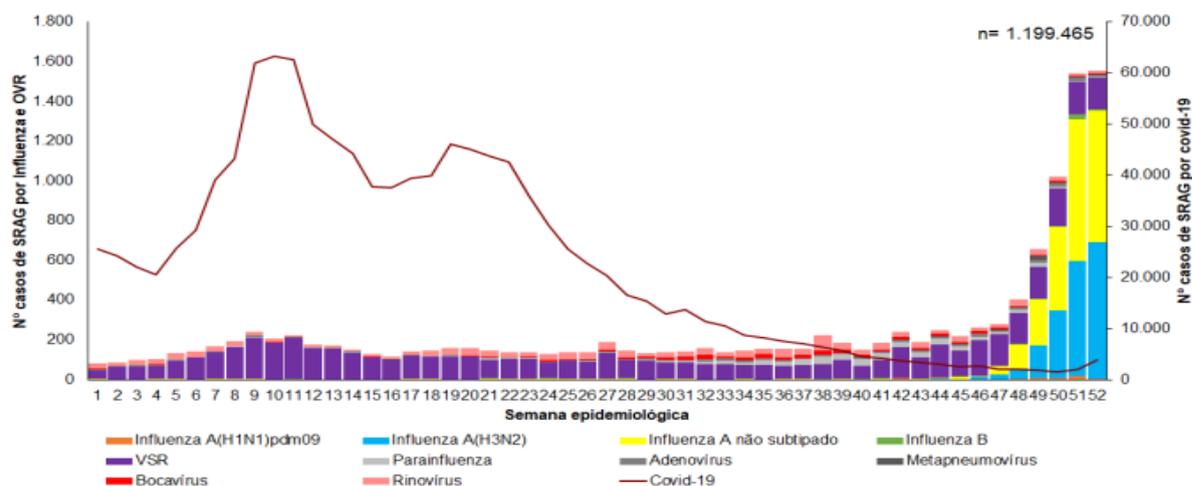
As regiões Sul e Sudeste apresentam, respectivamente, as maiores quantidades de amostras positivas para vírus respiratórios, com destaque para a maior circulação de SARS-CoV-2, Rinovírus, VSR e Influenza A(H3N2). Foi observada a circulação do Rinovírus e VSR em todas as regiões no decorrer de todo ano, concomitante a circulação de SARS-CoV-2, com intensa identificação de Influenza A(H3N2) a partir da SE 46 de 2021.



Fonte: Sivep-gripe. Dados atualizados em 18/01/2022, 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, 2021.

Em relação à vigilância de SRAG, foi observado, no mesmo período, que dos 1.349.107 casos de SRAG hospitalizados notificados até a SE 52 de 2021, 0,3% (4.326) foram confirmados para o vírus influenza, 0,6% (8.548) para outros vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2, 88,0% (1.186.591) para SARS-CoV-2, 7,6% (102.392) foram encerrados como SRAG não especificado, 0,1% (1.221) foram por SRAG por outro agente etiológico e 3,4% (46.029) ainda estão em investigação (Figura 3).



Fonte: Sivep-gripe. Dados atualizados em 18/01/2022, sujeitos a alterações

Figura 3. Distribuição dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, segundo vírus respiratório, por semana epidemiológica do início dos sintomas. Brasil, 2021.

Ressalta-se que, dentre a totalidade dos casos de SRAG hospitalizados (1.349.107), 12.874 (1,0%) tiveram amostras detectáveis para vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2. Dentre os casos de SRAG por Influenza, 53,2% (2.302) foram Influenza A não subtipado, 43,3% (1.871) Influenza A(H3N2), 2,0% (88) Influenza B e 1,5% (65) Influenza A(H1N1)pdm09.

Em relação aos óbitos, foram notificados 389.851 óbitos de SRAG, 0,1% (573) foram confirmados para o vírus Influenza, 0,0% (190) para outros vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2, e 96,5% (376.297) óbitos de SRAG confirmados para SARS-CoV-2.

Ressalta-se que, dentre a totalidade dos óbitos de SRAG hospitalizados (389.851),

763 (0,2%) tiveram amostras detectáveis para vírus respiratórios, com exceção do SARS-CoV-2. Dentre os óbitos de SRAG por Influenza, 53,2% (305) foram Influenza A(H3N2), 40,8% (234) por Influenza A não subtipado, 4,5% (26) Influenza B e 1,4% (8) Influenza A(H1N1)pdm09. Em relação à distribuição geográfica, a região Nordeste registrou o maior número de óbitos de SRAG por Influenza 48,9% (280), com destaque para UF de residência Bahia (81 óbitos de SRAG por Influenza). Seguida do Sudeste com 37,3% (214), com destaque para o vírus Influenza A(H3N2) e A não subtipado nestas regiões.

No Brasil, a rede de Laboratórios de Referência (LR) para o vírus Influenza é composta pela Referência Nacional localizada na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no Rio de Janeiro (RJ), e os dois Laboratórios de Referência Regionais localizados no Instituto Adolfo Lutz (IAL), em São Paulo (SP) e no Instituto Evandro Chagas (IEC), em Ananindeua/Pará. Esses três laboratórios são credenciados junto à OMS como centros de referência para influenza (NIC - Nacional Influenza Center) e fazem parte da rede global de vigilância da influenza.

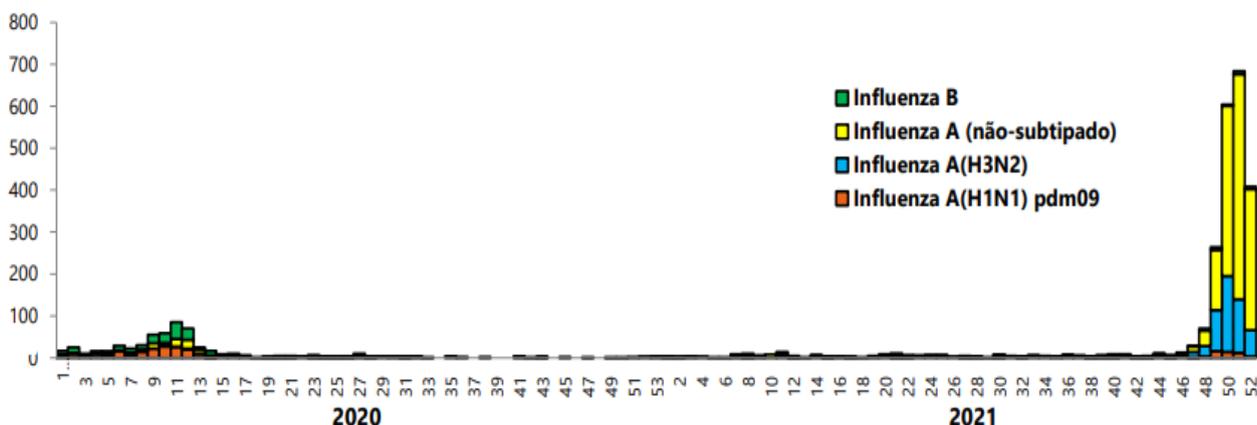
Os LR para o vírus Influenza são responsáveis por realizar o controle de qualidade das amostras encaminhadas pelos Lacen de cada estado, bem como dar suporte na realização do diagnóstico por biologia molecular. São também responsáveis pelas análises complementares dos vírus influenza, pela caracterização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

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

No ano de 2021 (SE 01 a 52), o Estado de São Paulo apresentou 477.471 internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Dentre essas, 2.757 foram causadas pelo vírus Influenza.

Houve registro de 155 óbitos por Influenza, desses 54% ocorreram no sexo feminino e 46% no sexo masculino, com média de idade de 68,9 anos, e os principais fatores de risco foi à presença de alguma doença cardiovascular crônica (53%) e diabetes (22%).

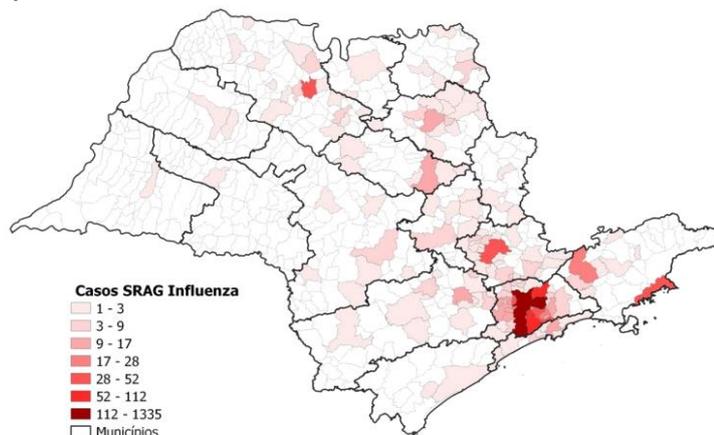
Dentre as amostras processadas, a maioria estava relacionada ao vírus influenza A, sendo que dos casos 21% foram subtipadas como vírus influenza A (H3N2) e 4% influenza A (H1N1)pdm09, já nos óbitos 28% foram subtipadas como vírus influenza A (H3N2) e 5% influenza A (H1N1)pdm09.



Fonte: Sivep-gripe.

Figura 4. Distribuição dos casos de SRAG Influenza segundo subtipo viral por SE de início dos sintomas. ESP, SE 01/2020 à SE 52/2021.

A região da Grande São Paulo, é a que mais concentra números absolutos de casos (Figura 5).



Fonte: Sivep-gripe.

Figura 5- Distribuição espacial dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por influenza, na sazonalidade 2021 (SE 01 – 52/2021). ESP, 2021.

É importante assinalar que as estratégias de mitigação da covid-19, incluídas às restrições sobre viagens, o uso de proteção respiratória e as medidas de distanciamento social, contribuíram para diminuição da circulação viral da influenza em nível global.

3. A importância da vacinação contra a Influenza em tempos de pandemia da covid-19

À medida que o percentual de pessoas vacinadas contra a covid-19 em todo o mundo aumenta, com diminuição das taxas de infecções da doença e crescente tendência de flexibilização das restrições, há uma oportunidade para que ocorra um ressurgimento da circulação de outros vírus respiratórios, como influenza.

Em relação à magnitude da temporada de influenza em 2022 e a possibilidade da cocirculação dos vírus influenza e do SARS-CoV-2, destaca-se a importância das medidas de prevenção da influenza e da morbidade e mortalidade associadas a ela. A vacinação contra a influenza de pessoas pertencentes aos grupos alvo do programa de imunização tem como principal objetivo reduzir a carga da doença, prevenindo hospitalizações, mortes e consultas ambulatoriais e em serviços de emergência.

Em um cenário de saturação dos serviços de saúde, em razão do aumento no número de casos de covid-19, a vacinação contra a influenza assume particular relevância para proteger populações vulneráveis em risco de desenvolver formas graves da doença e reduzir o impacto das complicações respiratórias atribuídas à influenza, aliviando a sobrecarga no sistema de saúde durante a pandemia pela covid-19. Dessa forma, os profissionais da saúde devem se valer de todas as oportunidades durante a temporada de vacinação contra a influenza para vacinar todas as pessoas elegíveis.

A OMS definiu como grupos de elevada prioridade para a vacinação os profissionais da área da saúde e os idosos. A seguir, sem ordem de prioridade, viriam as crianças de 6 meses a menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias), gestantes e portadores de determinadas doenças crônicas. No Brasil, outros grupos também são contemplados nesta campanha considerando o risco a que estão expostos.

A vacinação da população-alvo pode reduzir as sobrecargas nos sistemas de saúde e contribuir com a prevenção de possíveis novos surtos de doenças respiratórias pelo vírus da influenza, além de reduzir o absenteísmo e possibilitar a manutenção do funcionamento de serviços essenciais.

4. Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza

4.1. Desempenho das Campanhas de Vacinação Contra a Influenza

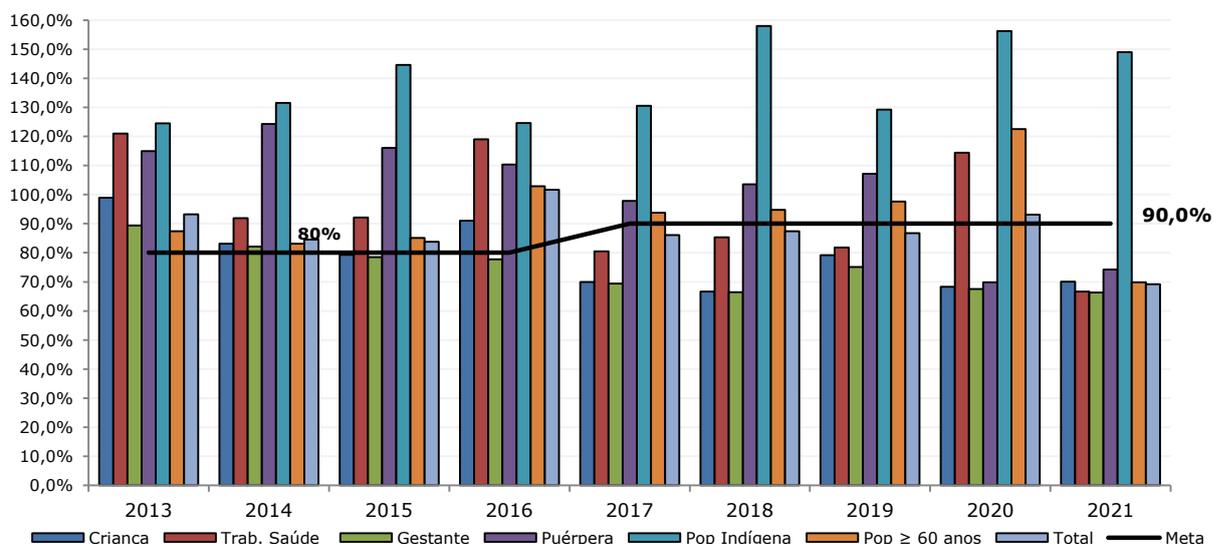
As campanhas de vacinação nacional contra influenza sazonal, desde sua implantação em 1999 tendo como público-alvo a população ≥ 65 anos naquele ano, passando para ≥ 60 anos desde 2000 até os dias atuais, foram bem-sucedidas demonstrando boa adesão desse grupo ao chamado à vacinação.

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. Apesar do aumento no total da população a vacinar, manteve-se o bom desempenho, em especial no grupo de pessoas ≥ 60 anos, ressaltando-se nesse grupo possível subestimação do denominador gerando coberturas vacinais (CV) superdimensionadas.

Na Figura 6 é apresentada uma série histórica (2013 a 2021) de cobertura vacinal (CV) no estado de São Paulo (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.

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 incluiu crianças de 6 meses até < 5 anos de idade e em 2019 até os < 6 anos de idade. Na série histórica apresentada, pode-se observar que desde 2017 o ESP não atingiu a meta.

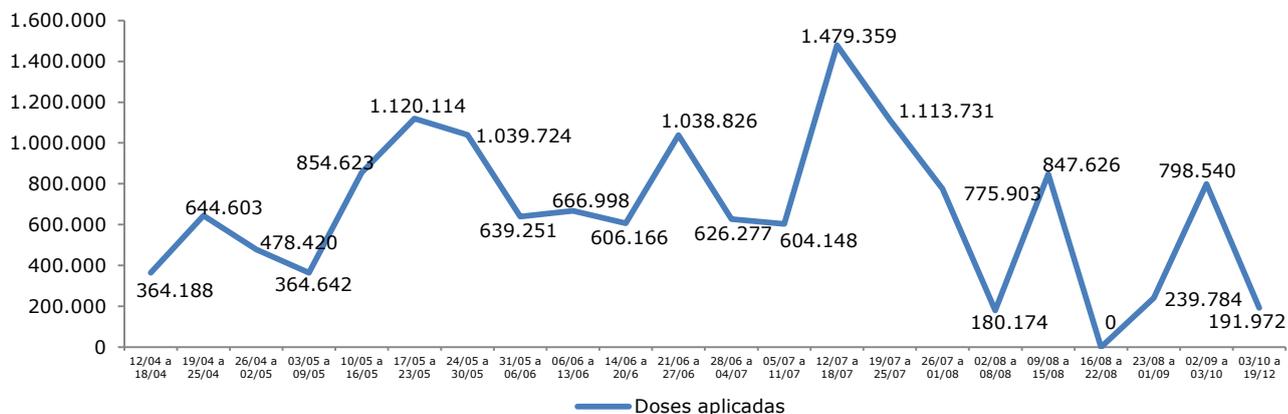
No grupo de gestante, constata-se que somente nos anos de 2013 e 2014 que se atingiu o preconizado pelo PNI. Para os trabalhadores da saúde, observa-se que no período de 2017 até 2019 e em 2021 o ESP não atingiu a meta de vacinação. No grupo de puérperas, somente nos anos de 2020 e 2021 o ESP não atingiu o preconizado pelo PNI. 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 2021 acessados em 24/01/2022, sujeitos a alterações.

Figura 6- Coberturas vacinais da campanha contra a influenza por grupo prioritário. ESP, 2013 a 2021.

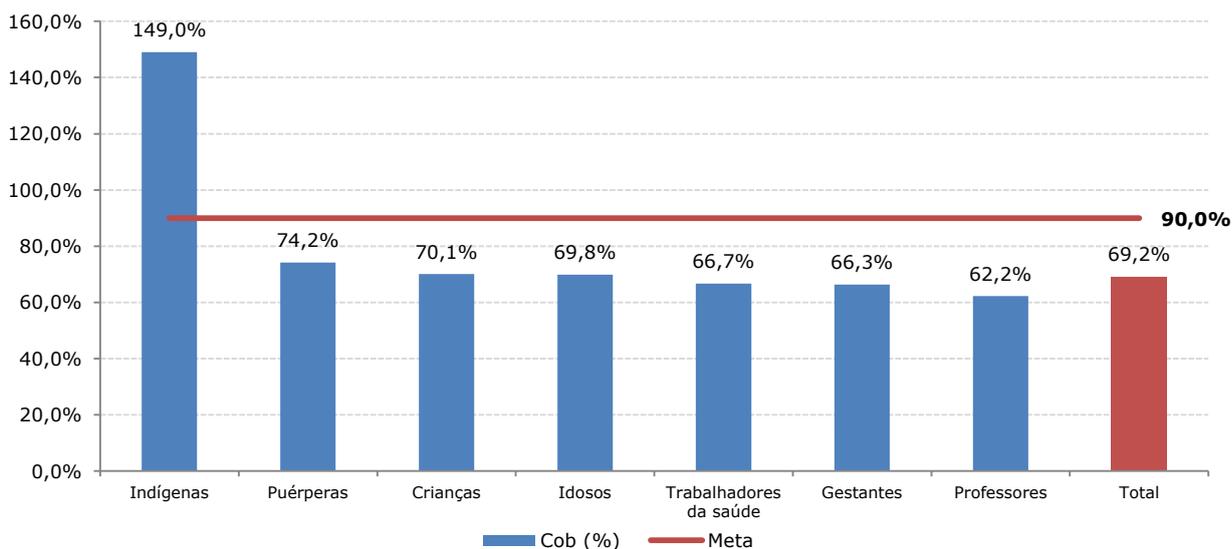
No estado de São Paulo foram aplicadas **14.465.661** doses da vacina influenza durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. O total de doses aplicadas da vacina influenza no período analisado pode ser observado na Figura 7. Chama atenção que no período de 16 a 22/08 não houve incremento nas doses aplicadas, pois houve correção dos registros no sistema de informação.



Fonte: SIPNI, dados de 2021 acessados em 24/01/2022, sujeitos a alterações.

Figura 7- Total de doses aplicadas segundo semana da Campanha de Vacinação contra a Influenza. ESP, 2021.

Os dados da Campanha de Vacinação contra a Influenza no estado de São Paulo em 2021 mostraram que a cobertura vacinal dos grupos elegíveis para análise foi de 69,2%, ficando muito abaixo da meta preconizada pelo Ministério da Saúde (90%). Considerando as coberturas vacinais segundo grupo prioritário, apenas a população indígena alcançou a meta de vacinação (90,0%). Dentre esses grupos a população indígena apresentou uma maior proporção de vacinados (149,0%) e os professores os que menos foram vacinados (2,2%) (Figura 8).



Fonte: SIPNI, dados de 2021 acessados em 24/01/2022, sujeitos a alterações.

Figura 8- Cobertura da vacina influenza, segundo grupo prioritário. ESP, 2021.

Analisando os dados por regional estadual (27 Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE e a Capital), verifica-se que nenhuma 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 (149,0%), 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 246,3% a 73,5%.

A adesão do grupo de puérperas segundo regional, apenas 10 (35,7%) atingiram ou ultrapassaram a meta e a cobertura variou entre 142,0% a 53,1%. Nos grupos de gestantes e professores apenas uma regional alcançou o preconizado pelo PNI, para as gestantes a meta foi atingida no GVE de Ribeirão Preto e o GVE de Jales alcançou o preconizado para o grupo de professores. Em relação aos grupos prioritários de crianças, trabalhador da saúde e idosos nenhuma regional alcançou o preconizado de 90% para o período. (Quadro 1).

Supõe-se que a pandemia de covid-19 possa ter contribuído para baixa cobertura vacinal, assim como a pouca divulgação do período da Campanha de Vacinação Contra a Influenza na grande mídia.

Quadro 1- Cobertura da vacina influenza, segundo GVE e grupos prioritários. ESP, 2021.

Regional	Crianças	Gestantes	Trabalhador da Saúde	Puérperas	Idosos	Indígenas	Professores	Total
	Cob (%)	Cob (%)	Cob (%)	Cob (%)	Cob (%)	Cob (%)	Cob (%)	Cob (%)
CAPITAL	73,6%	57,2%	64,2%	59,5%	79,4%	198,1%	65,1%	74,5%
GVE - VII SANTO ANDRE	65,5%	61,0%	65,9%	66,6%	61,1%	-	61,0%	62,8%
GVE - VIII MOGI DAS CRUZES	62,7%	67,0%	69,3%	60,3%	64,7%	-	56,4%	64,2%
GVE - IX FRANCO DA ROCHA	68,6%	73,3%	60,0%	83,3%	59,7%	-	58,7%	63,6%
GVE - X OSASCO	66,6%	60,8%	57,5%	69,0%	61,1%	-	48,0%	62,0%
GVE - XI ARACATUBA	73,5%	72,1%	65,8%	92,9%	69,7%	111,6%	64,9%	70,1%
GVE - XII ARARAQUARA	62,5%	67,1%	70,8%	91,0%	63,0%	-	64,3%	64,1%
GVE - XIII ASSIS	66,2%	72,4%	86,1%	95,9%	67,5%	-	74,3%	69,6%
GVE - XIV BARRETOS	72,5%	69,0%	76,7%	90,1%	66,5%	-	75,8%	69,8%
GVE - XV BAURU	63,3%	73,1%	58,2%	72,1%	60,9%	229,2%	62,5%	61,9%
GVE - XVI BOTUCATU	72,8%	70,8%	64,7%	93,0%	68,0%	103,1%	65,8%	68,9%
GVE - XVII CAMPINAS	66,0%	67,9%	70,2%	80,5%	65,3%	-	59,4%	65,9%
GVE - XVIII FRANCA	65,2%	62,5%	70,9%	83,5%	61,5%	-	66,5%	63,7%
GVE - XIX MARILIA	68,1%	66,1%	46,4%	58,8%	66,5%	97,2%	65,0%	64,2%
GVE - XX PIRACICABA	65,6%	66,5%	62,0%	76,7%	60,7%	-	47,6%	61,7%
GVE - XXI PRES PRUDENTE	77,3%	65,3%	65,1%	80,5%	70,0%	-	74,9%	71,1%
GVE - XXII PRES VENCESLAU	84,4%	73,3%	66,7%	108,6%	70,5%	-	75,0%	73,5%
GVE - XXIII REGISTRO	71,8%	78,2%	71,1%	92,8%	69,2%	95,1%	49,2%	70,0%
GVE - XXIV RIBEIRAO PRETO	85,8%	96,1%	82,5%	142,0%	73,9%	-	63,8%	78,4%
GVE - XXV SANTOS	78,9%	83,0%	75,2%	102,9%	77,5%	73,5%	59,8%	77,2%
GVE - XXVI S J DA BOA VISTA	70,1%	62,8%	68,5%	82,4%	63,2%	-	57,0%	65,1%
GVE - XXVII S J DOS CAMPOS	58,3%	78,9%	68,1%	57,6%	64,7%	-	47,6%	63,2%
GVE - XXVIII CARAGUATATUBA	65,5%	58,9%	60,0%	53,1%	70,9%	117,6%	61,2%	67,6%
GVE - XXIX S J DO RIO PRETO	76,6%	70,7%	72,3%	60,8%	69,0%	-	71,1%	71,1%
GVE - XXX JALES	88,2%	83,5%	71,7%	88,3%	72,1%	-	97,9%	76,2%
GVE - XXXI SOROCABA	67,7%	71,1%	64,4%	80,7%	67,6%	246,3%	66,2%	67,5%
GVE - XXXII ITAPEVA	76,1%	75,4%	68,5%	79,0%	64,1%	-	76,8%	69,1%
GVE - XXXIII TAUBATE	80,7%	77,0%	78,4%	108,4%	74,9%	-	72,4%	76,9%
TOTAL DO ESP	70,1%	66,3%	66,7%	74,2%	69,8%	149,0%	62,2%	69,2%

Fonte: SIPNI, dados de 2021 acessados em 24/01/2022, sujeitos a alterações.

Em 2021 no estado foram registradas 1.258.483 de doses nos diferentes grupos com comorbidades, correspondendo a 10,3% de todas as doses registradas durante o período da campanha. O grupo com doença respiratória crônica, respondeu por 41,7% das

doses (525.278), seguido pelos grupos com doenças cardíacas crônicas e diabetes, representando respectivamente 28,1% (354.032) e 16,1% (202.350) das doses aplicadas. O menor número de doses registradas foi no grupo de transplantados com o registro de 5.281 doses, o equivalente a 0,4% do total de doses nesse grupo (Quadro 2).

Quadro 2- Distribuição proporcional das doses aplicadas da vacina influenza nas pessoas com comorbidades. ESP,2021.

Categoria de Risco Clínico	Doses aplicadas	%
Doença respiratória crônica	525.278	41,7%
Doença cardíaca crônica	354.032	28,1%
Diabetes	202.350	16,1%
Imunossupressão	59.613	4,7%
Doença neurológica crônica	47.287	3,8%
Obesos	29.967	2,4%
Doença renal crônica	19.142	1,5%
Doença hepática crônica	8.017	0,6%
Trissomias	7.515	0,6%
Transplantados	5.281	0,4%
Total	1.258.483	100,0%

Fonte: SIPNI, dados de 2021 acessados em 24/01/2022, 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 285.723 doses aplicadas, representando 2% do total de doses.

4.2. Estratégia de vacinação contra a influenza em 2022

A Campanha Nacional de Vacinação será realizada com definição de grupos prioritários para receber a vacina, em 2022 a Campanha de Vacinação contra a Influenza contemplará os seguintes grupos:

✓ **Crianças de 6 meses a menores de 5 anos (4 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 2022.

- **Deve ser considerado o esquema de duas doses** para as crianças de 6 meses a < 5 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/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 estão incluídas no grupo alvo de vacinação. Para isso, deverão apresentar documento que comprove a gestação (certidão de nascimento, cartão da gestante, documento do hospital onde ocorreu o parto, entre outros) durante o período de vacinação.
- ✓ **Professores do ensino básico e superior:** deverão receber a vacina influenza, mediante apresentação de documento que comprove sua vinculação ativa como professor dessas escolas. 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:** toda população indígena, a partir dos seis meses de idade. A programação de rotina é articulada entre o PNI e a Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (SESAI).
 - **Deve ser considerado o esquema de duas doses** para as crianças indígenas 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.
- ✓ **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 broncopulmonar; 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: CGPNI/DEIDT/SVS/MS

- Para as crianças ≥ 5 anos de idade com comorbidade que serão vacinadas pela primeira vez, terão esquema de vacinação de 2 doses devendo-se agendar a segunda dose para 4 semanas após a 1ª dose.
- A vacinação desse grupo deve ser realizada em todos os serviços de vacinação da rede pública de saúde.
- Indivíduos pertencentes a esses grupos poderão estar pré-cadastrados no SIPNI. Aqueles que não tiverem sido pré-cadastrados poderão apresentar qualquer comprovante que demonstre pertencer a um desses grupos de risco (exames, receitas, relatório médico, prescrição médica etc.). Adicionalmente, poderão ser utilizados os cadastros já existentes dentro das Unidades de Saúde.
- Pacientes que são atendidos na rede privada ou conveniada deverão seguir as orientações acima referidas.

✓ **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 será realizada por etapas e grupos prioritários, conforme Quadro 4.

Quadro 4- Distribuição dos grupos prioritários por etapas e datas para início de vacinação. 2022

Etapas	Data Introdução	Grupos prioritários	População	População agrupada	% da pop por etapa
1ª etapa	a partir de 27/03	Idosos 80 e + anos	1.077.444	7.748.633	43,8%
	a partir de 04/04	Idosos 60 a 79 anos	6.195.536		
		Trabalhador da Saúde	1.553.097		
2ª etapa	a partir de 02/05	Crianças (6m a < 5 anos)	2.651.118	3.133.231	17,7%
		Gestantes	414.050		
		Puérperas	68.063		
	a partir de 09/05	Povos indígenas	5.489	4.745.742	26,8%
		Professores	544.721		
		Pessoas portadoras de deficiência	1.412.569		
		Comorbidades	2.782.963		
	a partir de 16/05	Caminhoneiros	341.989	993.151	5,6%
		Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário Passageiros Urbano e de Longo Curso	192.592		
		Trabalhadores Portuários	21.509		
Forças de Segurança e Salvamento		142.758			
Forças armadas		34.066			
Funcionários do sistema prisional		33.201			
População privada de liberdade e adolescentes e jovens sob medida socioeducativa	227.036				
Total			17.698.201	17.698.201	100%

Fonte: GPNI/DEIDT/SVS/MS e Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES

A vacinação será realizada simultaneamente, nos 645 municípios e os grupos serão cumulativos no decorrer das etapas definidas.

4.3. Objetivos

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

4.4. Meta

A meta é vacinar, pelo menos, 90% de cada um dos grupos prioritários contra influenza: crianças, gestantes, puérperas, pessoas ≥ 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 em cada grupo prioritário representa aproximadamente 17,7 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 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

4.5. 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 Resolução-RE Nº 3.903, de 14 de outubro de 2021 da ANVISA, a vacina influenza trivalente utilizada no Brasil em 2022 apresenta três tipos de cepas de vírus em combinação:

- A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09 b.
- A/Darwin/9/2021 (H3N2)
- B/Australia/02/1359417/2021 (linhagem B/Victoria)

4.5.1. 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 24ª 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/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09-like – cepa análoga (A/Victoria/2570/2019, IVR- 215)15mcg de hemaglutinina; A/Hong 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. 0,5ml. 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/2570/2019 (H1N1)pdm09-like – cepa análoga (A/Victoria/2570/2019, IVR- 215)7,5mcg 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. 0,25ml. 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/2022.

4.5.2. 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) (Tabela 1).

Tabela 1 - Demonstrativo do esquema vacinal para influenza por idade, número de doses, volume por dose e intervalo entre as doses, Brasil, 2022.

Idade	Número de doses	Volume por dose	Observações
Crianças de 6 meses a 2 anos de idade	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	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: CGPNI/DEVIT/SVS/MS

4.5.3. Via de administração

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

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

4.5.4. Administração simultânea com outras vacinas ou medicamentos

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

As vacinas covid-19 **poderão ser administradas de maneira simultânea ou com qualquer intervalo com as demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação, na população a partir de 12 anos de idade.** No entanto, **as crianças de 5 a 11 anos de idade deverão aguardar um período de 15 dias entre as vacinas covid e as demais vacinas do calendário, incluindo a vacina influenza.**

As crianças de 5 a 11 anos de idade, contempladas no grupo prioritário para a vacinação contra influenza, que comparecerem a uma Unidade Básica de Saúde e ainda não foram vacinadas contra a covid-19, **preferencialmente, deve ser administrada a vacina covid-19 e agendada a vacina influenza, respeitando o intervalo mínimo de 15 dias.**

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.

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**.

4.5.5. Imunogenicidade

A detecção de anticorpos protetores se dá entre 2 a 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.

4.5.6. Precauções

- ✓ Doenças febris agudas, moderadas ou graves: 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.

4.5.7. Contraindicações

- ✓ Crianças menores de 6 meses de idade;
- ✓ Pessoas com história de anafilaxia grave a doses anteriores ou a algum componente da vacina.

4.5.8. Vigilância dos eventos adversos pós-vacinação

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

Entretanto, eventos adversos pós-vacinação (EAPV) 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 enduração são mais comum 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 eventos adversos graves, raros e inusitados e erros de imunização (programáticos). Nesse momento recomenda-se a notificação no SI-PNI Web/EAPV.

5. Vacinação contra influenza de pessoas com infecção por SARS-CoV-2 (covid-19)

Não há evidências, até o momento, de qualquer preocupação de segurança na vacinação de indivíduos com história anterior de infecção ou com anticorpo detectável pelo SARS-CoV-2.

É improvável que a vacinação de indivíduos infectados (em período de incubação) ou assintomáticos tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, **recomenda-se o adiamento da vacinação contra a influenza nas pessoas com quadro sugestivo de infecção pela covid-19 em atividade** para se evitar confusão com outros diagnósticos diferenciais. Como a piora clínica pode ocorrer até duas semanas após a infecção, idealmente a vacinação deve ser adiada até a recuperação total do quadro respiratório e pelo menos quatro semanas após o início dos sintomas ou quatro semanas a partir da primeira amostra de PCR positiva em pessoas assintomáticas.

6. Medidas de Prevenção à Transmissão da covid-19 nas ações de vacinação contra a influenza.

6.1. Direcionadas ao público-alvo da vacinação

Considerando o atual cenário de transmissão comunitária da covid-19, faz-se necessária a manutenção das medidas não farmacológicas de prevenção à transmissão do vírus. O uso de máscaras de proteção individual é fortemente recomendado a toda população que busca atendimento nas unidades de saúde ou for atendido por ocasião da vacinação. No contexto da pandemia em curso, realizar uma Campanha de Vacinação em massa de forma efetiva, com segurança e qualidade, requer cuidados, planejamento e uma boa avaliação da capacidade do sistema de saúde.

Durante o momento da campanha, vários formatos de organização do processo de trabalho das equipes podem ser admitidos com intuito de vacinar o maior número de pessoas do público-alvo evitando aglomerações. Faz parte da estratégia na Campanha de Vacinação que várias ações possam ocorrer em paralelo para o alcance do público-alvo, como:

- Vacinação em postos fixos e volantes;
- Vacinação de acamados;
- Vacinação para pacientes institucionalizados;
- Vacinação no formato "drive thru".

Todas devem considerar as Boas Práticas e os Certos de Vacinação, a conservação adequada das vacinas e o alcance da população-alvo no prazo proposto.

Sugerem-se as seguintes estratégias que podem ser adotadas isoladamente ou de forma combinada pelos serviços:

- Articular e organizar a Atenção Primária a Saúde (APS) mantendo, quando possível e necessário, horário estendido, a fim de aumentar a oferta de vacinação e ampliar o acesso da população. Nesse cenário, faz-se necessário dimensionar o quantitativo de vacinas, incluindo a demanda estimada nos horários estendidos;
- Se necessário, buscar parcerias com cursos de graduação da área da saúde com o objetivo de ter equipes de apoio adicional às estratégias de vacinação;
- Buscar parceria com outros estabelecimentos de saúde como clínicas privadas ou farmácias com licença para vacinação, considerando ser uma ação relevante e de interesse para facilitar o acesso à vacinação, desde que sejam respeitadas as normativas vigentes (RDC/ANVISA nº 197 de 26/12/2017, Resolução Estadual SS 24 de 08/03/2000);
- Recomenda-se, quando possível, reservar um local específico na unidade de saúde para administração da vacina da influenza, de modo que esta ação não prejudique os demais atendimentos na APS, a vacinação de rotina e a campanha de vacinação contra a covid-19;
- Realizar triagem rápida para identificar situações de adiamento, precauções

- gerais e contraindicações à vacinação ou com necessidade de precauções adicionais;
- Vacinação extramuros de acordo com as especificidades dos grupos elencados para vacinação;
 - Realizar vacinação extramuros para aqueles com dificuldade de locomoção: idosos, acamados, pessoas portadoras de necessidades especiais, entre outros;
 - Realizar a vacinação nos serviços de saúde priorizados, como: instituições de longa permanência de idosos e de pessoas com deficiência (incluindo seus trabalhadores).
 - Realizar vacinação extramuros de forma a atender as especificidades dos povos indígenas e trabalhadores da saúde que prestam cuidados a estes povos.

6.2. Direcionada aos trabalhadores da saúde/ vacinadores

- Realizar a higiene das mãos com frequência
 - Antes de tocar o paciente;
 - Antes de realizar qualquer procedimento limpo ou asséptico;
 - Após a exposição a fluidos corporais;
 - Após tocar o paciente;
 - Após tocar em áreas próximas ao paciente.
- Limpar o celular de forma adequada e não usar o celular durante o atendimento aos usuários;
- Se apresentar sintomas como tosse ou febre, não deve comparecer ao trabalho e deve procurar atendimento à saúde.

6.2.1. Uso de equipamentos de proteção individual

A utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) **pelos trabalhadores de saúde envolvidos na Campanha Nacional de Vacinação Contra a Influenza** tem como objetivo a proteção desses trabalhadores, bem como a segurança dos indivíduos que serão atendidos pela vacinação. Nesse sentido, seguem abaixo as orientações:

- **EPI obrigatórios durante a rotina de vacinação:**
 - Máscara cirúrgica: obrigatória durante todo o período de vacinação, prevendo-se a troca sempre que estiver suja ou úmida;
- **EPI recomendados durante a rotina de vacinação**
 - Proteção ocular: Protetor facial (face shield) ou óculos de proteção;
 - Avental descartável para uso diário ou avental de tecido higienizado diariamente;
- **EPI com possibilidade de uso eventual (somente para situações específicas)**
 - Luvas: não está indicada na rotina de vacinação. Dispor de quantitativo na unidade somente para indicações específicas: vacinadores com lesões abertas nas mãos ou raras situações que envolvam contato com fluidos corporais do paciente. Se usadas, devem ser trocadas entre os pacientes, associadas à adequada higienização das mãos.

6.3. Direcionadas às Unidades de Saúde e locais de vacinação

- Disponibilizar mídias para comunicação à população sobre as medidas de prevenção e controle (etiqueta respiratória), sinais e sintomas de síndrome gripal e outras informações sobre a covid-19;
- Organizar os serviços conforme protocolos locais de prevenção da covid-19 e/ou manuais do Ministério da Saúde para a porta de entrada dos atendimentos na

- UBS e para os locais de vacinação;
- Disponibilizar locais para higienização das mãos ou ofertar dispenser com álcool em gel na concentração de 70%, para facilitar a higienização das mãos dos profissionais e da população que buscar a vacinação em locais de destaque;
 - Sempre que possível utilizar sistema de agendamento para evitar aglomeração de pessoas na sala de espera e mesmo na fila que aguarda a vacinação;
 - Utilizar organizadores de fila para evitar aglomerações e garantir o distanciamento entre pessoas;
 - Organizar o fluxo da vacinação de forma a não coincidir com outros fluxos na unidade de saúde (consultas, agendamento de consultas e exames, procedimentos, etc.);
 - Orientar sobre o distanciamento entre uma pessoa e outra nas filas (no mínimo um metro). Para tanto, sugere-se a marcação no chão para orientar a distância entre as pessoas na fila;
 - Realizar com mais frequência a limpeza de pisos, corrimãos, maçanetas e banheiros com solução de água sanitária e a desinfecção de fômites e superfícies com álcool a 70%.

7. Gerenciamento de Resíduos Provenientes da Vacinação

O gerenciamento de resíduos de serviços de saúde no âmbito do PNI deve estar em conformidade com as definições estabelecidas na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 222, de 28 de março de 2018, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde e a Resolução Conama nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS).

8. 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).

De acordo com deliberação em âmbito Tripartite, o registro das doses aplicadas na Campanha Nacional de Vacinação Contra Influenza 2022 será de forma **consolidada**. As orientações quanto ao registro serão repassadas em documento específico em tempo oportuno.

9. Referências consultadas

Brasília. Informe técnico - 24ª Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. Março de 2022.

Boletim Epidemiológico da Influenza - sazonalidade 2021 (SE 01 - 52/2021). Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Secretaria Estadual de Saúde, Estado de São Paulo.

Elaboração

Divisão de Imunização/CVE/CCD/SES

Colaboração

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