

Vacinas influenza no Brasil em 2025

AUTORAS: Melissa Palmieri (CRM: 100979-SP) e Solange Dourado (CRM: 2230-AM)

INTRODUÇÃO

A influenza, comumente conhecida como gripe, é uma infecção viral respiratória contagiosa que afeta milhões de pessoas em todo o planeta. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, todos os anos, de 5% a 10% da população mundial seja infectada pelo vírus. Também anualmente, de acordo com a entidade, são notificados cerca de 1 bilhão de casos da doença, dos quais 3 a 5 milhões são graves e 290.000 a 650.000 evoluem para óbito.

Os vírus Influenza pertencem à família Orthomyxoviridae. A transmissão ocorre de pessoa para pessoa, principalmente por meio da exposição a gotículas respiratórias produzidas quando um indivíduo infectado tosse, espirra ou fala. Além disso, pode-se contrair a doença de forma indireta ao tocar a boca, o nariz ou os olhos após encostar em superfícies contaminadas pelo vírus.

Os três principais tipos que acometem os seres humanos são o A, B, e C. Os tipos A e B são responsáveis pela maioria das epidemias sazonais de gripe. O Influenza A infecta aves e diversos mamíferos. Devido à grande variabilidade genética, tem alta capacidade de causar pandemias. Este vírus é classificado em diferentes subtipos, com base em duas proteínas de superfície: a hemaglutinina (H) e a neuraminidase (N). Os mais frequentes entre seres humanos são o H1N1 e o H3N2.

O vírus Influenza B, que atinge apenas humanos e focas, é dividido em duas linhagens: Yamagata e Victoria. Também pode causar surtos sazonais semelhantes aos do tipo A, mas, por ser menos suscetível a variações genéticas, tem menor potencial pandêmico. Já

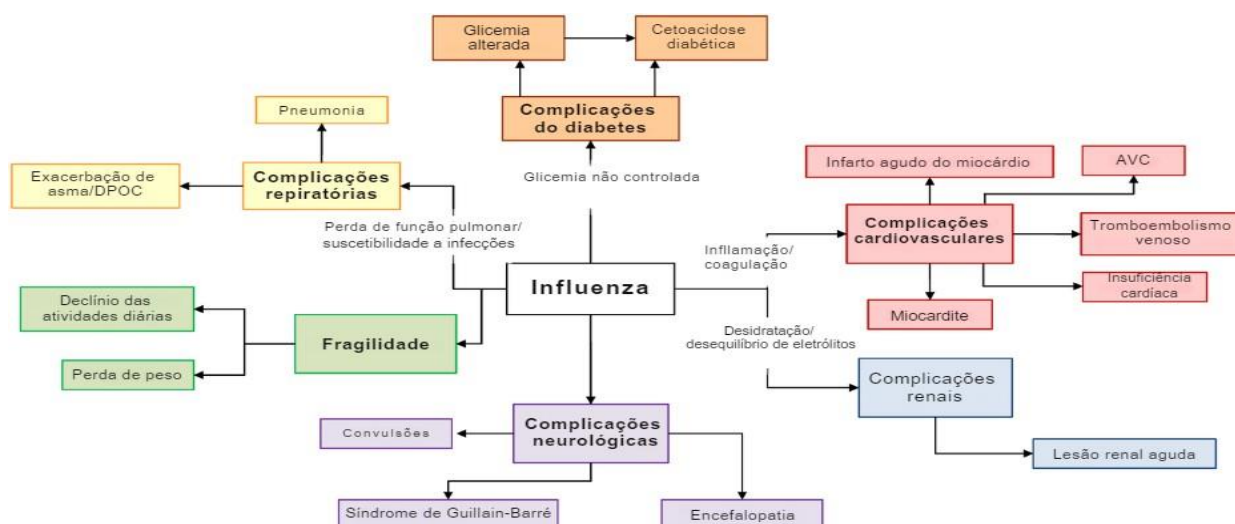
o vírus Influenza C é geralmente responsável por casos leves de doença respiratória e não apresenta relevância em termos de saúde pública.

As epidemias sazonais de influenza resultam em significativas morbidade, hospitalizações e mortalidade. Todas as faixas etárias são afetadas, porém alguns grupos estão mais propensos a desenvolver formas graves da enfermidade. Nesse sentido, destacam-se as gestantes, puérperas, adultos com mais de 60 anos, crianças com menos de cinco anos e indivíduos que apresentam doenças crônicas, em especial as cardiorrespiratórias, diabetes, obesidade (IMC ≥ 30) e as que ocasionam imunossupressão.

Diferente dos resfriados, causados por outros vírus, a gripe quase sempre se caracteriza clinicamente como uma doença de início súbito, com sintomas como febre, mialgia, tosse, dor de garganta, coriza, calafrios, tremores, cefaleia e anorexia. A infecção geralmente dura uma semana e os sintomas podem persistir por alguns dias.

Em algumas circunstâncias, principalmente nos grupos de maior risco, a doença pode levar a complicações respiratórias — a exemplo da pneumonia viral ou bacteriana —, à descompensação da doença de base, no caso de pessoas com condições crônicas, e até mesmo ao óbito. Nos últimos anos, diversas publicações têm ressaltado que os potenciais danos colaterais da influenza se apresentam como um “efeito dominó” nas pessoas que apresentam condições subjacentes. (Figura 1)

Figura 1. Efeito dominó da influenza



Fonte: Adaptado de Macias AE, McElhanev JE, Chaves SS, Nealon J, Nunes MC, Samson SI, Seet BT, Weinke T, Yu H. The disease burden of Influenza beyond respiratory illness. Vaccine. 2021 Mar 15;39.

Além da saúde individual e coletiva, estudos realizados nos Estados Unidos demonstram que a gripe causa prejuízos econômicos na casa dos bilhões de dólares anuais, não apenas pelos custos com hospitalização, mas pela perda de vidas e a queda de produtividade devido à falta ao trabalho.

No Brasil, um estudo sobre o impacto econômico da doença em 2019 estimou que foram perdidos naquele ano cerca de 12 milhões de dias de produtividade, 78 mil anos de vida e um montante de R\$5.622.438.761. Os custos indiretos foram os mais significativos, respondendo por cerca de 69% (R\$3.889.541.452) do total. Os custos médicos diretos e os out-of-pocket representaram em torno de 23% (R\$1.312.175.732) e 7% (R\$420.721.577), respectivamente.

Na última sazonalidade do Hemisfério Norte (2024/2025), observou-se entre os grupos mais vulneráveis uma circulação importante de três vírus respiratórios: o Influenza, o SARS-Cov-2 e o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Devido à semelhança das manifestações clínicas entre esses vírus, a vacinação contra Influenza — além dos benefícios inerentes à prevenção da doença, suas complicações e redução de coinfeções — deve-ser considerada como uma ferramenta para a redução de falsas suspeitas de infecção por outros agentes respiratórios.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) não descarta a possibilidade de outra pandemia, causada por um novo vírus Influenza ou um vírus conhecido de alta patogenicidade, como o H5N1, que já teve casos notificados no Hemisfério Norte em 2024 e 2025. Os sistemas de vigilância precisam estar sensíveis e resilientes à detecção precoce de qualquer risco e deflagrar medidas de controle rápidas e eficientes para que o impacto da introdução de um novo agente viral não seja tão devastador quanto o vivenciado em 2009 pelo Influenza pandêmico H1N1 e nos últimos anos devido ao SARS-CoV-2.

Nesse contexto, as baixas coberturas vacinais para a Influenza no Brasil são ainda mais preocupantes. Em 2024, apenas 55,1% do público elegível foi vacinado, índice 5% menor do que o registrado no ano anterior. A meta estipulada pelo Ministério da Saúde era de no mínimo 90%. Os motivos para a adesão insatisfatória são multifatoriais, mas a baixa percepção dos reais riscos da Influenza, bem como da efetividade vacinal são os fatores mais relevantes. É papel dos profissionais de saúde trabalhá-los junto à população.

EPIDEMIOLOGIA DA INFLUENZA NO BRASIL

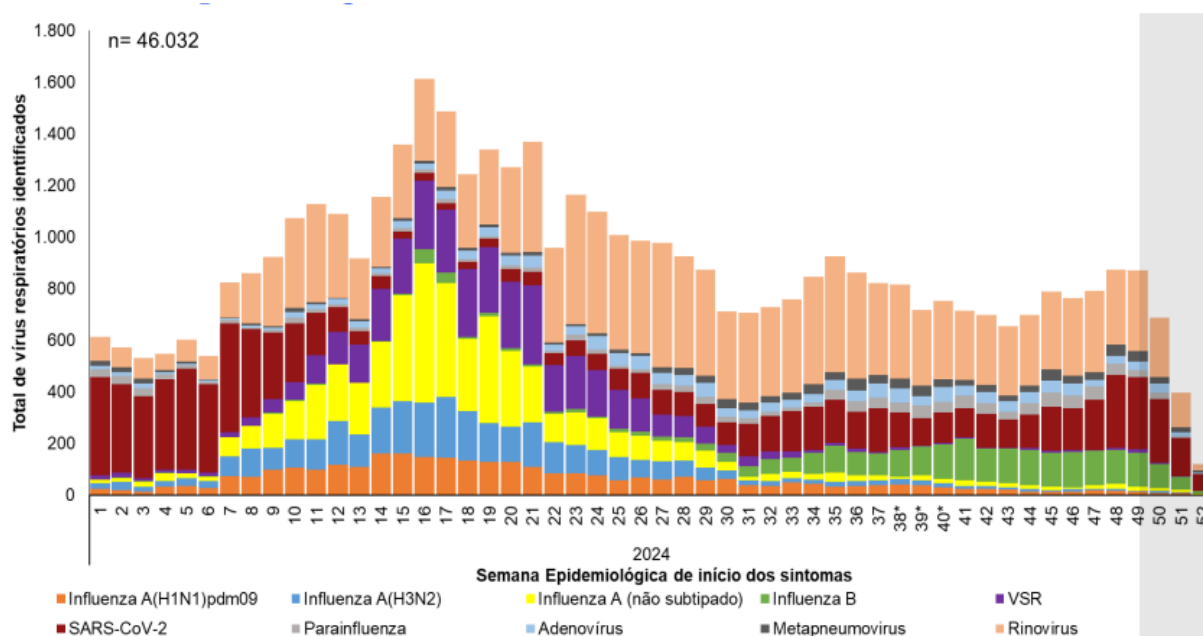
A vigilância da Síndrome Gripal (SG) no Brasil é responsabilidade das Unidades Sentinela, distribuídas em todas as regiões geográficas do país. Cada unidade coleta pelo menos cinco amostras semanais de quadros de SG e encaminha para os laboratórios de referência em pesquisa de vírus respiratórios, que identificam os patógenos em circulação associados à SG. O Influenza é causa de grande parte desses eventos.

Síndrome Gripal

Em 2024, até a Semana Epidemiológica 52 (SE52), foram identificados 46.032 casos de SG. Entre as amostras positivas para Influenza (31,2%), 36% (5.201/14.287) foram decorrentes de Influenza A não subtipado, 24% (3.399/14.287) de Influenza A(H3N2), 22% (3.104/14.287) de Influenza A(H1N1)pdm09 e 13% de Influenza B.

Entre os outros vírus respiratórios, foi detectado predomínio da circulação de Rinovírus (33,7%), seguido pelo SARS-CoV-2 (17,8%) e o VSR (8,7%) (Figura 2). Entre as SE 50 e 52, houve queda de Influenza (17,3%) e predomínio de SARS-CoV-2 (38,3%) e Rinovírus (32,4%).

Figura 2. Identificação dos vírus Influenza e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública nas unidades de saúde sentinela para Síndrome Gripal (SG) – Brasil, SE1 a SE52 de 2024.



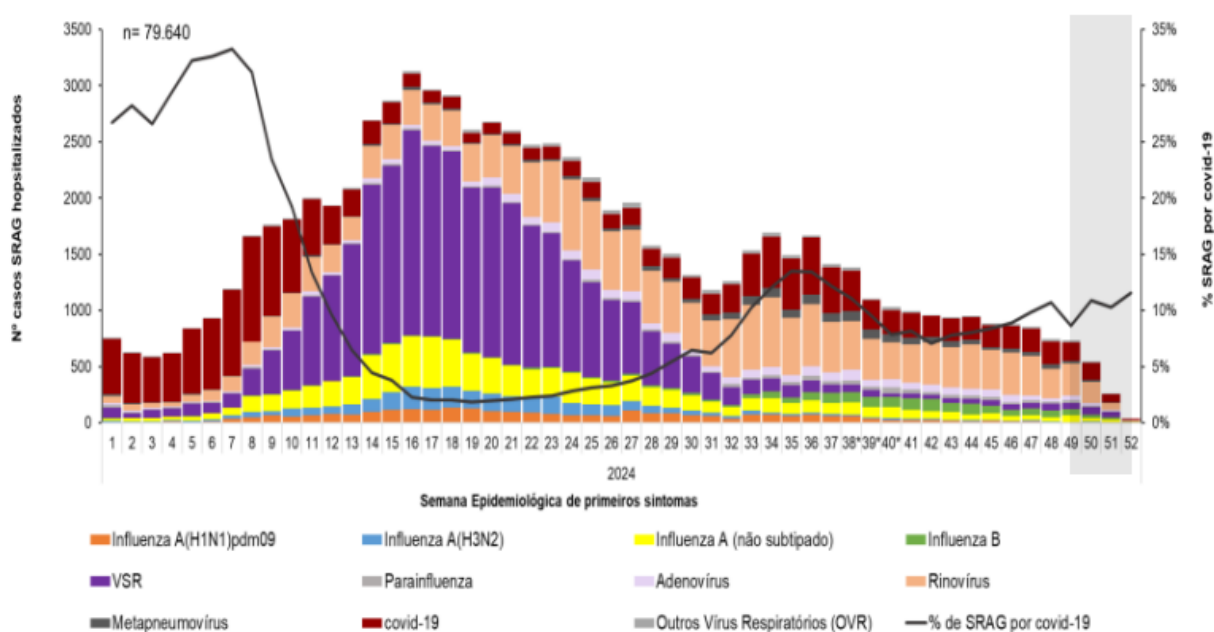
Fonte: Ministério da Saúde. Informe epidemiológico de Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/atualizacao-de-casos/informe_svsa_sindromes_gripais-se-52.

Com relação à faixa etária, o Rinovírus (40%) e o VSR (20%) foram os mais frequentes entre crianças menores de 10 anos de idade. Em pessoas com mais de 10 anos, predominou a identificação de Rinovírus (33%), Influenza (37%) e SARS-CoV-2 (20%). Já entre os indivíduos acima de 60 anos, prevaleceram o SARS-CoV-2 (32%), o Influenza (31%) e o Rinovírus (23%).

Síndrome Respiratória Aguda Grave

A vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) é de base hospitalar, ou seja, são coletadas amostras de pacientes hospitalizados em unidades de referência consideradas sentinelas. Foram notificados 164.243 casos de SRAG em 2024, dos quais 79.640 tiveram vírus respiratório identificado.

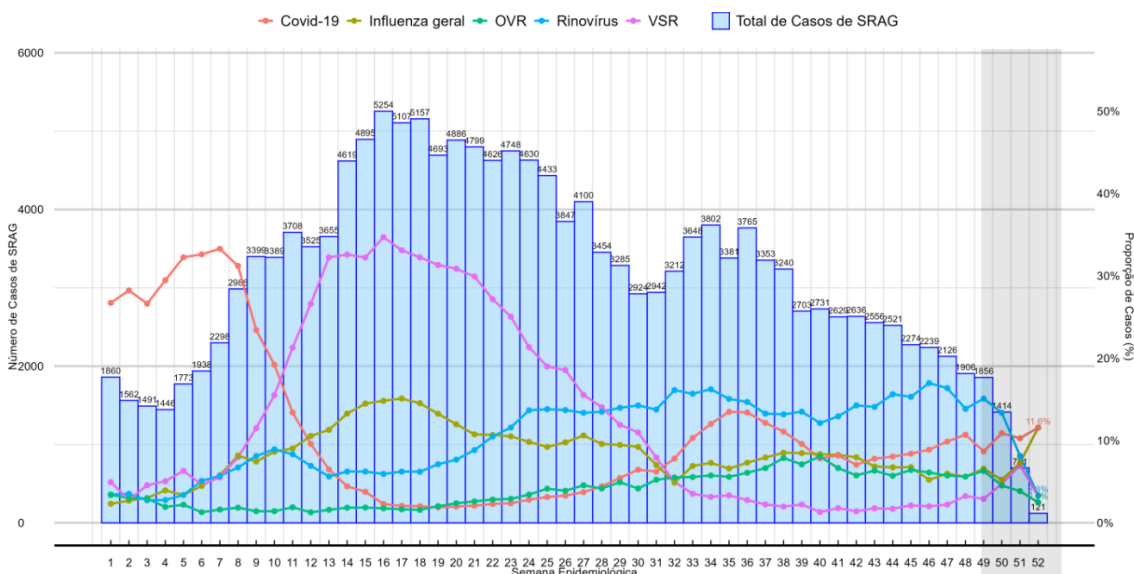
Figura 3. Casos de SRAG por vírus Influenza e outro vírus respiratórios no Brasil, até a semana epidemiológica (SE) 52 de 2024.



Fonte: Ministério da Saúde. Informe epidemiológico de Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/atuizacao-de-casos/informe_svsa_sindromes_gripais-se-52.

O VSR apresentou papel de destaque entre as SE 11 e SE 28, quando foi responsável pela maior parte dos casos de SRAG (Figura 4). A partir da SE 29, o Rinovírus assumiu como principal agente infeccioso.

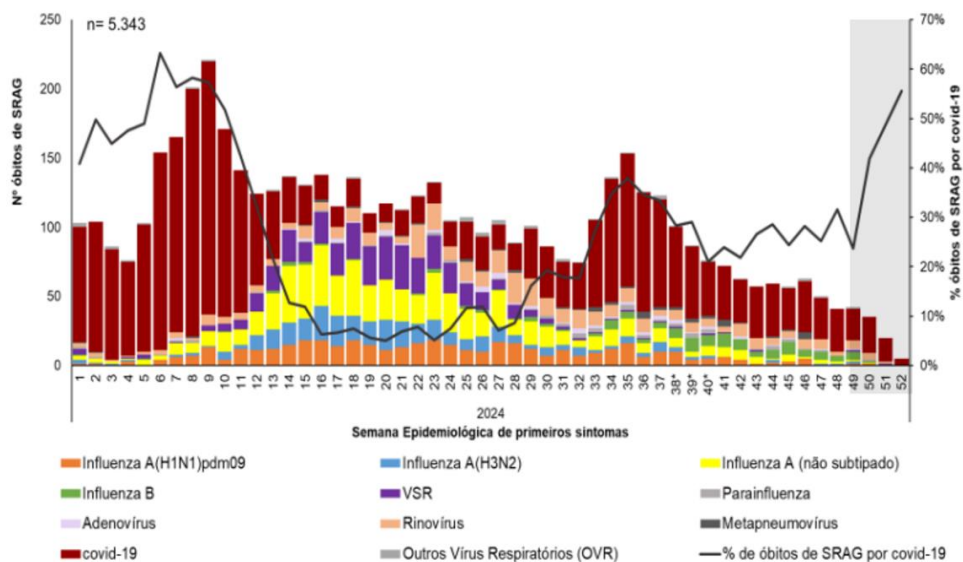
Figura 4. Casos de SRAG e proporção de agentes por semana epidemiológica – Brasil, até a semana epidemiológica (SE) 52 de 2024.



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

Em 2024, foram notificados 10.494 óbitos por SRAG no país, sendo 5.343 com identificação viral. A covid-19 foi responsável pela maior parte dos óbitos em todos os meses do ano.

Figura 5. Óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), por Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública – Brasil, 2024, até a SE52.



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

Nas primeiras semanas de 2025 (SE1 a SE8), observa-se em âmbito nacional uma tendência de aumento de casos de SRAG em crianças e adolescentes de até 14 anos, coincidindo com o período de retorno às aulas, padrão semelhante ao observado em anos anteriores.

Entre as 27 unidades federativas, nove apresentam níveis de atividade de SRAG classificados como “em alerta”, “risco” ou “alto risco” (últimas duas semanas): Acre, Amazonas, Distrito Federal, Goiás, Pará, Rondônia, Roraima, Sergipe e Tocantins.

Os vírus mais prevalentes entre os casos positivos de SRAG nas Semanas Epidemiológicas 4 a 8 foram o SARS-CoV-2 (45,3%), Rinovírus (21,2%), VSR (19,3%) Influenza A (6,9%) e Influenza B (1,9%).

O SARS-Cov-2 também foi o principal responsável pelos óbitos registrados até a SE8: 80,3%. Em seguida, vêm o Influenza A (7,5%), Rinovírus (7%), Vírus Sincicial Respiratório (1,9%) e Influenza B (1,4%).

DÚVIDAS SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA

Como são as vacinas influenza?

As vacinas influenza em uso no Brasil são todas inativadas (de vírus mortos), portanto, sem capacidade de causar doença.

As vacinas trivalentes têm uma cepa A/H1N1, uma cepa A/H3N2 e uma cepa B (linhagem Yamagata ou Victoria). Já as vacinas quadrivalentes, além dos antígenos presentes nas trivalentes, incluem uma linhagem de cepa B adicional. Nenhuma contém adjuvantes.

Desde 2023, também está disponível uma vacina quadrivalente de alta concentração, indicada para maiores de 60 anos de idade. Mais informações podem ser encontradas no item Dúvidas sobre a vacinação com a vacina influenza quadrivalente de alta concentração - “High dose” (HD4V).

Observação: Apesar de uma vacina de vírus vivo atenuado de administração nasal estar disponível em outros países, em especial nos do Hemisfério Norte, esta formulação nunca foi licenciada no Brasil.

Qual é a formulação das vacinas influenza no Brasil em 2025?

Trivalentes

- Um vírus similar ao vírus Influenza A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09;
- Um vírus similar ao vírus Influenza A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2);
- Um vírus similar ao vírus Influenza B/Áustria/1359417/2021 (linhagem B/Victoria).

Quadrivalentes

- Todos os vírus presentes nas trivalentes;
- Um vírus similar ao Influenza B/Phuket/3073/2013 (linhagem B/Yamagata).

Qual é a diferença em relação às vacinas de 2024?

As vacinas para o Hemisfério Sul tiveram alteração em uma cepa de Influenza A, destacada em vermelho na tabela a seguir.

Hemisfério Sul: cepas recomendadas para as vacinas trivalentes	
2024	2025
A/Victoria/4897/2022(H1N1)pdm09 A/Thailand/8/2022 (H3N2) B/Austria/1359417/2021(linhagem B/Victoria)	A/Victoria/4897/2022(H1N1)pdm09 A/Croatia/10136RV/2023(H3N2) B/Austria/1359417/2021(linhagem B/Victoria)
Hemisfério Sul: cepa adicional para as vacinas quadrivalentes	
2024	2025
B/Phuket/3073/2013(linhagem B/Yamagata)	B/Phuket/3073/2013(linhagem B/Yamagata)

Com relação às vacinas do Hemisfério Norte (2024/25), cuja composição vacinal foi semelhante às vacinas do Hemisfério Sul (2024), houve a alteração apenas da Influenza A (H3N2), que era a A/Thailand/8/2022 (H3N2).

Qual o racional para haver vacinas quadrivalentes contendo as duas linhagens do vírus B?

Indicadores virológicos da Iniciativa Global sobre Compartilhamento de Todos os Dados de Influenza (GISAI) — plataforma de informações de sequências de ácido nucleico do

vírus da gripe — e da FluNet, da OMS, sobre a detecção global do vírus da gripe, demonstram que nenhum caso da linhagem B/Yamagata foi confirmado por sequenciamento genômico desde abril de 2020. Algumas detecções posteriores dessa linhagem podem ter sido fruto do uso de vacina viva atenuada quadrivalente (não disponível no Brasil) ou relatos incorretos e/ou que não foram confirmados por sequenciamento.

Todavia, entende-se que ainda não há elementos suficientes para concluir que a linhagem foi extinta. Há necessidade de estabelecer critérios para determinar com maior precisão se a extinção de fato ocorreu, especialmente porque no passado linhagens que pareciam estar extintas voltaram a circular. Deve-se reconhecer, também, as limitações dos atuais sistemas de vigilância e a reduzida proporção de amostras submetidas a sequenciamento nos bancos de dados globais, o que claramente demonstra a fragilidade destes sistemas.

Quais as diferenças entre as vacinas quadrivalentes de dose padrão licenciadas no Brasil?

Desde 2021, os laboratórios que trazem as vacinas quadrivalentes para o Brasil registram suas vacinas para todas as pessoas acima de 6 meses de idade no volume de aplicação unitário de 0,5mL por dose. Não há diferenças significativas entre as vacinas quanto à resposta imune, eficácia ou reatogenicidade.

Este ano teremos vacinas trivalentes e quadrivalentes disponíveis?

Sim, devemos conviver com ambas por algum tempo.

Qual vacina será disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2025?

Será utilizada a trivalente produzida pelo Instituto Butantan. A vacina contém uma cepa A/H1N1, uma cepa A/H3N2 e uma cepa B linhagem Victoria. As vacinas quadrivalentes estarão disponíveis apenas nos serviços privados de vacinação.

A vacina influenza foi incluída no Calendário Nacional de Vacinação de rotina para alguns grupos. O que muda na prática?

A partir deste ano, a vacina da gripe é oferecida na rotina pelo PNI para crianças de 6 meses a menores de 6 anos, gestantes e idosos (a partir de 60 anos de idade). Isso significa que a vacinação estará disponível para esse público ao longo de todo o ano, não apenas

em campanhas. Ressalta-se, no entanto, que a época ideal para a administração da vacina é antes da sazonalidade do vírus.

Existe diferença na operacionalização da vacinação da gripe no Hemisfério Norte e no Hemisfério Sul?

Sim, uma vez que os vírus em circulação nem sempre são os mesmos e que a estação fria acontece em meses distintos. No Hemisfério Norte, o inverno ocorre no final do ano e no início do ano seguinte. No Hemisfério Sul, no meio do ano, por volta dos meses de junho a agosto. A vacinação deve ser feita antes desses períodos, quando a circulação dos vírus Influenza é maior.

Em relação ao descrito anteriormente, o PNI adota alguma estratégia no Brasil?

O PNI intensifica a vacinação nos estados do Norte nos meses de outubro e novembro, antes do chamado “inverno amazônico”, período em que as chuvas se intensificam e a circulação e transmissão do vírus cresce na região. Está prevista para essa região o uso da formulação do Hemisfério Norte, diferente da usualmente disponível no restante do país.

Há algum grupo prioritário para receber as vacinas influenza?

A OMS e o Ministério da Saúde consideram prioritários para a vacinação contra influenza as pessoas que têm mais risco de complicações e óbito.

Cabe ressaltar, porém, que a vacinação contra a gripe não é recomendada apenas para os grupos de risco, mas para toda a população. Eficaz e segura, a vacina desempenha um papel crucial na proteção individual contra a doença e contribui para a saúde pública e o bem-estar da comunidade em geral.

As vacinas influenza podem ser utilizadas na gestação?

Sim. As gestantes constituem grupo prioritário para a vacinação porque têm mais risco de desenvolverem complicações e porque são capazes de transferir anticorpos para o feto. Além disso, caso não vacinadas, tem mais chance de transmitir a doença para o bebê nos primeiros meses de vida, antes da primovacinação.

As vacinas quadrivalentes são mais reatogênicas que as trivalentes? Podem ser administrada em gestantes?

Os estudos de licenciamento das vacinas quadrivalentes no Brasil não demonstraram maior incidência de eventos adversos locais ou sistêmicos quando comparadas com as vacina trivalentes. O perfil de segurança é o mesmo.

As vacinas quadrivalentes têm a mesma formulação das trivalentes, exceto pelo acréscimo de uma segunda linhagem da cepa B, e perfil de segurança semelhante. Portanto, considera-se que os dados de segurança com as vacina trivalentes são suficientes para a indicação das duas vacinas (tri e quadrivalentes) para gestantes.

Indivíduos alérgicos ao ovo de galinha podem receber a vacina?

Sim. Reações alérgicas a ovo, mesmo quando graves, como a anafilaxia, não são mais consideradas contraindicação nem precaução para o uso das vacinas influenza. Em geral, essas pessoas não apresentaram eventos alérgicos ao serem vacinadas. Não é indicado realizar teste alimentar prévio com ovo no lactente ou em indivíduos de qualquer outra idade para decidir sobre uso da vacina.

Observação: Em 2024, diferentemente da SBIm, o PNI manteve no documento Estratégia de Vacinação contra a Influenza precaução em casos de anafilaxia após ingestão de ovo. O texto recomenda que a vacina seja administrada em ambiente adequado para tratamento de reação alérgica grave, preferencialmente sob supervisão médica. (Aguarda-se o informe técnico do PNI 2025 para verificar se haverá modificação nesta orientação).

Quais os eventos adversos esperados?

Os eventos mais frequentes ocorrem no local da aplicação: dor, vermelhidão e endurecimento em 15% a 20% dos vacinados. Essas reações costumam ser leves e desaparecem em até 48 horas.

Manifestações sistêmicas são mais raras, benignas e autolimitadas. Febre, mal-estar e dor muscular acometem menos de 10% dos vacinados, de 6 a 12 horas após a vacinação, e persistem por um a dois dias, geralmente na primeira vez em que a vacina é administrada. Reações anafiláticas são extremamente raras.

Em caso de sintomas não esperados (febre muito alta, reação exagerada, irritabilidade extrema, sinais de dor abdominal, recusa alimentar, sangue nas fezes, entre outros), é recomendado procurar imediatamente atendimento médico ou serviço de emergência

para que sejam descartadas outras causas. Em princípio, esses quadros não são relacionados à vacina influenza.

Crianças que receberam duas doses da vacina trivalente em anos anteriores deverão receber duas doses da quadrivalente este ano?

A recomendação de duas doses é somente para a primeira vez que a criança de 6 meses de vida a menos de 9 anos de idade (8 anos, 11 meses e 29 dias) for imunizada contra Influenza. Depois deste momento, a vacinação anual passa a ser em dose única. A regra vale tanto para as vacinas trivalentes quanto para as quadrivalentes.

Para crianças menores de 9 anos que receberam somente uma dose na primovacinação, quantas doses devem ser aplicadas este ano?

No caso de crianças que receberam somente uma dose na primovacinação, a SBIm recomenda administrar duas doses, com intervalo de 30 dias, na temporada seguinte. O PNI, por outro lado, indica apenas uma dose.

Crianças que vão receber pela primeira vez a vacina influenza podem fazer a primeira dose com a trivalente e a segunda com a quadrivalente?

Não há estudos de intercambialidade com as diferentes vacinas influenza trivalentes e quadrivalentes, mas não há plausibilidade biológica para supor que este esquema possa causar alguma intercorrência.

Indivíduos que receberam a trivalente podem receber, em uma mesma temporada, uma dose da quadrivalente para ampliar a proteção?

Essa não é uma recomendação, mas não há problemas de segurança e/ou imunogenicidade em receber uma dose extra de quadrivalente na mesma temporada.

Crianças menores de 9 anos podem receber na primovacinação vacinas quadrivalentes de produtores distintos?

O ideal, sempre que possível, é fazer todo o esquema com a vacina de um mesmo fabricante. No entanto, em caso de falta ou ausência de informações sobre a vacina aplicada na primeira dose, qualquer vacina influenza (tri ou quadrivalente) pode ser utilizada.

Qual o intervalo mínimo entre as duas doses do esquema de primovacinação?

O intervalo recomendado é de quatro semanas, mas um intervalo mínimo de três semanas é aceito.

As vacinas influenza podem ser aplicadas simultaneamente ou em qualquer intervalo com outras vacinas?

Como regra geral, por serem vacinas inativadas, podem ser administradas no mesmo momento ou com qualquer intervalo com outras vacinas.

As vacinas influenza quadrivalentes e trivalentes podem ser utilizadas em imunossuprimidos?

Não há restrições para uso de vacinas influenza em indivíduos imunocomprometidos, uma vez que tanto as vacinas trivalentes quanto as quadrivalentes em uso no Brasil são inativadas. Ressalta-se que a atualização anual da vacinação contra a influenza é ainda mais importante para este grupo.

As vacinas influenza devem ser aplicadas por via intramuscular?

Sim. Em casos excepcionais, como em pacientes com discrasias sanguíneas, também podem ser administradas pela via subcutânea.

Quais vacinas a SBIm recomenda?

Atualmente, a SBIm recomenda o uso rotineiro das vacinas trivalentes ou das quadrivalentes, especialmente nos grupos de maior risco para o desenvolvimento de formas graves. Há alguns anos, não se tem a identificação da circulação da linhagem B/Yamagata, que faz parte da composição das vacinas quadrivalentes. Para idosos, a SBIm recomenda o uso preferencial da vacina influenza de alta concentração – “High dose” (HD4V).

Tomei a vacina da gripe: posso doar sangue?

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a doação não pode ser feita nas primeiras 48 horas após a vacinação contra a influenza. Depois, não há restrições relacionadas à vacina.

DÚVIDAS SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA E COVID-19

A vacina influenza previne a covid-19?

Não. As duas vacinas previnem somente as doenças ocasionadas pelos vírus contra os quais foram desenvolvidas.

As vacinas influenza e covid-19 podem ser realizadas no mesmo dia?

Não há recomendação de intervalo mínimo entre a administração das vacinas covid-19 e outras vacinas, incluindo a influenza. A aplicação pode, inclusive, ser feita de forma simultânea.

Quanto tempo após a covid-19 a vacina influenza poderá ser administrada?

É improvável que a vacinação de indivíduos infectados tenha um efeito prejudicial sobre a doença. Entretanto, para evitar a confusão com outros diagnósticos diferenciais, recomenda-se adiar a vacinação contra a influenza em pessoas com quadro sugestivo de infecção por covid-19 em atividade. A vacinação deve ser postergada idealmente até a melhora clínica do quadro de covid-19.

DÚVIDAS SOBRE VACINAÇÃO COM A VACINA INFLUENZA QUADRIVALENTE DE ALTA CONCENTRAÇÃO - “HIGH-DOSE” (HD4V)

O que é a vacina “High dose” (HD4V)?

É uma vacina que contém quatro vezes mais antígenos do que o presente nas vacinas influenza quadrivalentes de dose padrão. É fabricada pela Sanofi Pasteur, com o nome comercial Efluelda®.

Qual o público elegível para a vacina HD4V? Por quê?

A vacina está indicada e licenciada para indivíduos com 60 anos ou mais. A recomendação da SBIm é a de que pessoas a partir desta idade — em especial imunossuprimidas — sejam vacinadas preferencialmente com a vacina HD4V, porque a proteção para influenza e suas complicações oferecida pelas vacinas de dose padrão para a faixa etária é inferior à verificada em jovens.

As formulações com maior quantidade de antígenos, como a HD4V, permitiram aumentar a resposta do sistema imunológico dos idosos à vacina, particularmente contra o Influenza A (H3N2), mais comum e grave nesta parcela da população.

A vacina HD4V é mais benéfica para maiores de 60 anos do que as de dose padrão?

Estudos de imunogenicidade que compararam a resposta imune de pessoas com 65 anos ou mais a uma vacina trivalente de dose padrão e a uma vacina trivalente de alta concentração anteriormente disponível mostraram que a vacina de alta concentração proporcionou níveis mais altos de anticorpos. Além disso, um estudo de eficácia randomizado publicado no *New England Journal of Medicine* indicou que a vacina trivalente de alta concentração foi 24% mais eficaz do que a vacina de dose padrão na prevenção da gripe em adultos a partir de 65 anos.

E se a vacina HD4V não estiver disponível?

Caso a vacina de alta concentração não esteja disponível, a prevenção deve ser feita com qualquer outra vacina influenza acessível e indicada para a idade e/ou condição clínica.

A vacina influenza HD4V pode ser feita em pessoas que receberam no mesmo ano a vacina trivalente ou a quadrivalente de dose padrão?

Não há evidências que suportem a recomendação de uso da vacina influenza HD4V para pessoas que receberam outra vacina influenza na mesma temporada.

Quão segura é a vacina HD4V?

A vacina é segura para a população para a qual está indicada.

A vacina de alta concentração trivalente, que não chegou ao Brasil, foi mais frequentemente associada a alguns efeitos colaterais do que a vacina de dose padrão. Os mais comuns durante os estudos clínicos foram leves e transitórios: dor, vermelhidão no local da injeção, cefaleia, mialgia e mal-estar.

Além disso, um estudo que comparou a versão de alta concentração da quadrivalente à versão de alta concentração da trivalente apontou que alguns dos sintomas foram ligeiramente mais comuns após a quadrivalente. A maioria foi breve e resolveu-se em poucos dias.

REFERÊNCIAS E SITES ÚTEIS

Araujo R. et al. Impacto econômico da infecção por Influenza no Brasil: uma análise sob a perspectiva dos sistemas de saúde e da sociedade em 2019. J Bras Econ Saúde 2021;13(3):300-9.

Centers for Disease Control and Prevention, CDC. Influenza: <http://www.cdc.gov/flu/index.htm>

Conlon A. et al. Impact of the Influenza vaccine on COVID-19 infection rates and severity. Am J Infect Control. 2021 Jun;49(6):694-700

DiazGranados CA. et al. Efficacy of High-Dose versus Standard-Dose Influenza Vaccine in Older Adults. N Engl J Med 2014;371(7):635-645

Família SBIm: <http://familia.sbim.org.br>

Fundação Oswaldo Cruz. INFOGRIPE. Semana Epidemiológica 08 de 2025. Disponível em: <http://info.gripe.fiocruz.br>

Ferdinands JM. Et al. Waning Vaccine Effectiveness Against Influenza-Associated Hospitalizations Among Adults, 2015-2016 to 2018-2019, United States Hospitalized Adult Influenza Vaccine Effectiveness Network. Clin Infect Dis. 2021 Aug 16;73(4):726-729

Macias AE. et al. The disease burden of Influenza beyond respiratory illness. Vaccine. 2021 Mar 15;39 Suppl 1:A6-A14.

MacIntyre CR. et al. Influenza B/Yamagata-extinct, eradicated or hiding? Vaccine. 2025 Jan Volume 44.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de Imunização e Doenças Imunopreveníveis. ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO CONTRA A INFLUENZA REGIÕES NORDESTE, CENTRO-OESTE, SUL E SUDESTE | 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/informes-tecnicos/estrategia-de-vacinacao-influenza-2024>.

Ministério da Saúde. Cobertura vacinal Influenza 2024. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_INFLUENZA_2024_RESIDENCIA/SEIDIGI_DEMAS_INFLUENZA_2024_RESIDENCIA.html.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vigilância das Síndromes Gripais- Influenza, COVID-19 e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. Semana Epidemiológica 52. 28 de dezembro de 2024.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Vigilância das Síndromes Gripais - Influenza, COVID-19 e outros vírus respiratórios de importância em saúde pública. Semana Epidemiológica 06. 8 de fevereiro de 2025.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente . Disponível em : <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/fevereiro/vacina-da-gripe-para-criancas-entra-no- calendario-nacional-de-vacinacao>

Paget J. et al. Has Influenza B/Yamagata become extinct and what implications might this have for quadrivalent Influenza vaccines? Euro Surveill. 2022;27(39):pii=2200753.

Srivastav A. et al. Prevalence of Influenza-specific vaccination hesitancy among adults in the United States, 2018. Vaccine. 2023 Apr 6;41(15):2572-2581. doi: 10.1016/j.vaccine.2023.03.008. Epub 2023 Mar 10. PMID: 36907734.

States Hospitalized Adult Influenza Vaccine Effectiveness Network. ClinInfect Dis. 2021 Aug 16;73(4):726-729. doi: 10.1093/cid/ciab045. PMID: 33462610; PMCID: PMC8499703.

World Health Organization, WHO - Recomendação da Composição da vacina Influenza no Hemisfério Sul 2025: <https://www.who.int/news/item/27-09-2024-recommendations-announced-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2025-southern-hemisphere-influenza-season>. Acesso 02/11/24

Young B. et al. Duration of Influenza vaccine effectiveness: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of test-negative design case-control studies. J Infect Dis. 2018;217(5):731- 741. doi:10.1093/infdis/jix6323.