

# Vacinas influenza no Brasil em 2026

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

## **INTRODUÇÃO**

Entre 2016 e 2022, em especial durante a pandemia de covid-19, o Brasil enfrentou uma queda significativa nas coberturas vacinais, causada por uma série de fatores, entre os quais a hesitação vacinal. O esforço empreendido pelo PNI/MS com a colaboração e apoio das sociedades científicas têm conseguido reverter o cenário, mas ainda há uma grande massa de indivíduos com pendências na vacinação.

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 entre 290.000 e 650.000 evoluem para óbito.

Os vírus Influenza pertencem à família *Orthomyxoviridae*. Os três principais tipos que afetam os seres humanos são o A, B, e C. Os tipos A e B são responsáveis pela maioria das epidemias sazonais de gripe.

O vírus Influenza A é conhecido por sua capacidade de causar pandemias, devido à sua elevada variabilidade genética. Este vírus é subdividido em diferentes subtipos com base em duas proteínas de superfície: hemaglutinina (H) e neuraminidase (N). Os subtipos mais conhecidos que afetam os seres humanos são o H1N1 e o H3N2.

O vírus Influenza B, que infecta apenas seres humanos e focas, também pode causar surtos sazonais semelhantes aos do tipo A, mas, por ser menos suscetível a variações que o tipo A, tem menos potencial de causar pandemias. O Influenza B é dividido em duas linhagens: Yamagata e Victoria. Já o vírus Influenza C é geralmente responsável por casos leves de doença respiratória e não apresenta relevância em termos de saúde pública.

A transmissão ocorre de pessoa para pessoa principalmente através de 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.

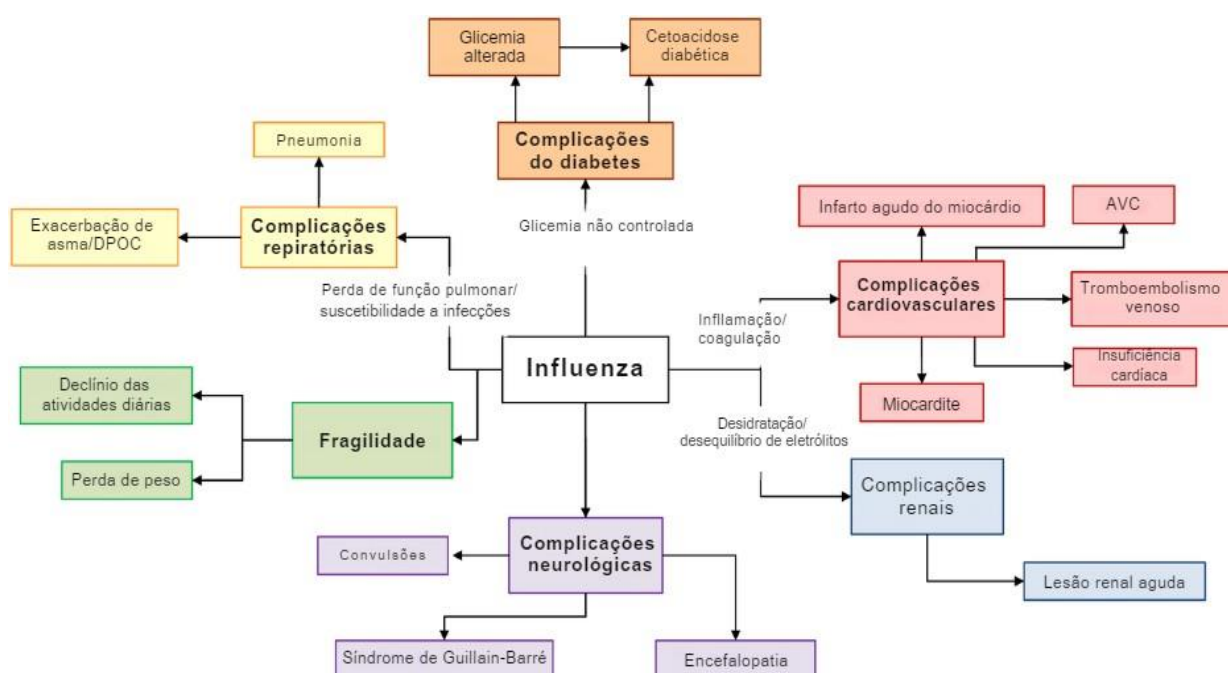
As epidemias sazonais resultam em significativas morbidades, hospitalizações e mortalidade. Todas as faixas etárias são afetadas, porém alguns grupos estão mais propensos a desenvolver formas graves da enfermidade. Nesse sentido, destacam-se as gestantes, puérperas, adultos com mais de 60 anos, crianças com menos de cinco anos e indivíduos que apresentam doenças crônicas, especialmente cardiorrespiratórias, obesidade (IMC  $\geq$  30), diabetes e 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 os potenciais danos colaterais da doença, que se apresentam como um “efeito dominó” naqueles que são infectados e apresentam condições subjacentes (Figura 1).

**Figura 1.** Efeito dominó da influenza



Fonte: Adaptado de Macias AE, McElhaneey 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 naquele ano ocorreram 14,9 milhões de casos de Influenza, dos quais 97 mil demandaram

hospitalização e 5,8 milhões levaram o enfermo a buscar atendimento ambulatorial. Os autores calcularam que no período foram perdidos cerca de 12 milhões de dias de produtividade, 78 mil anos de vida e que o impacto econômico foi 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.

No Hemisfério Norte, observou-se na sazonalidade 2025/2026, nos grupos mais vulneráveis, uma carga importante da circulação 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 própria doença e suas complicações, redução de coinfeções deve-se considerar também a vacinação como uma ferramenta para a redução de falsas suspeitas de infecção por outros agentes respiratórios.

Nesse contexto, as baixas coberturas vacinais para Influenza no país — com apenas cerca de 54,1% dos grupos elegíveis vacinados em 2025 — tornam-se ainda mais preocupantes. Os motivos para a adesão insatisfatória são multifatoriais, mas a baixa percepção dos reais riscos do Influenza, bem como da efetividade vacinal são os fatores mais relevantes e que devem ser trabalhados pelos profissionais de saúde junto à população.

Por fim, uma ameaça global (pandemia) causada por um novo vírus Influenza, ou um vírus conhecido de alta patogenicidade como o H5N1 não é descartada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). 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 nestes últimos anos com o SARS-CoV-2.

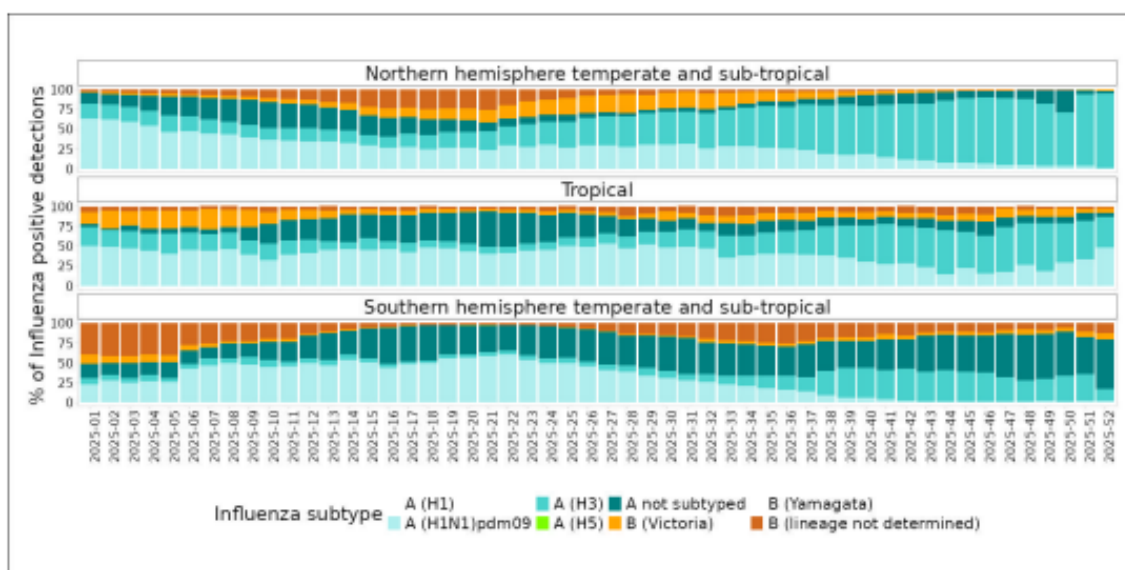
## EPIDEMIOLOGIA

### Cenário Global

Em 2025, observou-se um aumento da atividade de influenza, especialmente no Hemisfério Norte e em regiões tropicais, com variações importantes a depender da localidade.

- Hemisfério Norte: Surtos significativos, com positividade superior a 30% em partes da Europa, Ásia e América Central. O vírus predominante nessas áreas de alta positividade foi o Influenza A (H3N2).
- Hemisfério Sul: A situação foi mais estável e de baixa atividade, exceto por alguns países da América do Sul, onde a positividade superou 10%.
- Diferença de Cepas: Enquanto o Influenza A (H3N2) dominou na maioria das zonas de alta positividade, a América do Sul Tropical destacou-se pela predominância do A(H1N1) pdm09.

**Figura 2.** Distribuição semanal de subtipos de Influenza em 2025, por zona geográfica



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS)

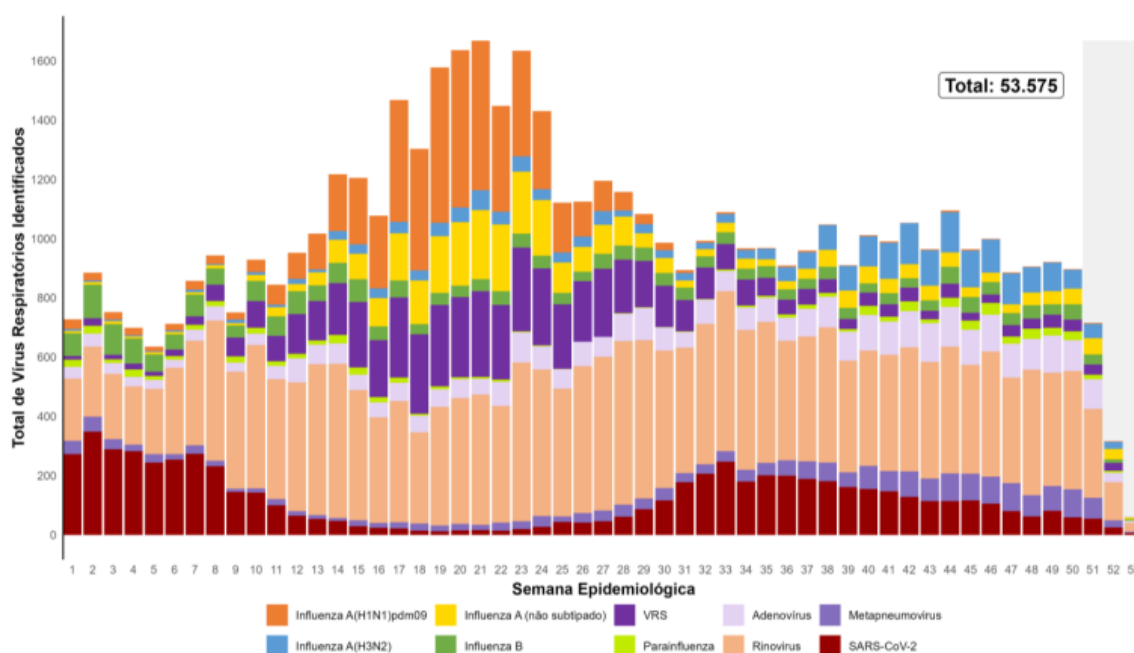
## Influenza no Brasil

### Síndrome Gripal

Para realizar a vigilância ativa dos vírus respiratórios associados à síndrome gripal (SG) em circulação no país ao longo do ano, o Brasil dispõe de 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. O Influenza é responsável por grande parte desses eventos.

Em 2025, foram identificadas 53.584 amostras de vírus respiratórios, das quais 28% eram positivas para Influenza. Entre elas, 38% eram Influenza A (H1N1) pdm09, 25% Influenza A (não subtipado), 19% Influenza B e 18% de Influenza A (H3N2). No que diz respeito aos demais vírus, que totalizaram 72% das detecções, houve predomínio do rinovírus (53%), seguido por SARS-CoV-2 (16%) e VSR (14%).

**Figura 3.** Vírus respiratórios, segundo SE. Brasil, 2025 até a SE 53

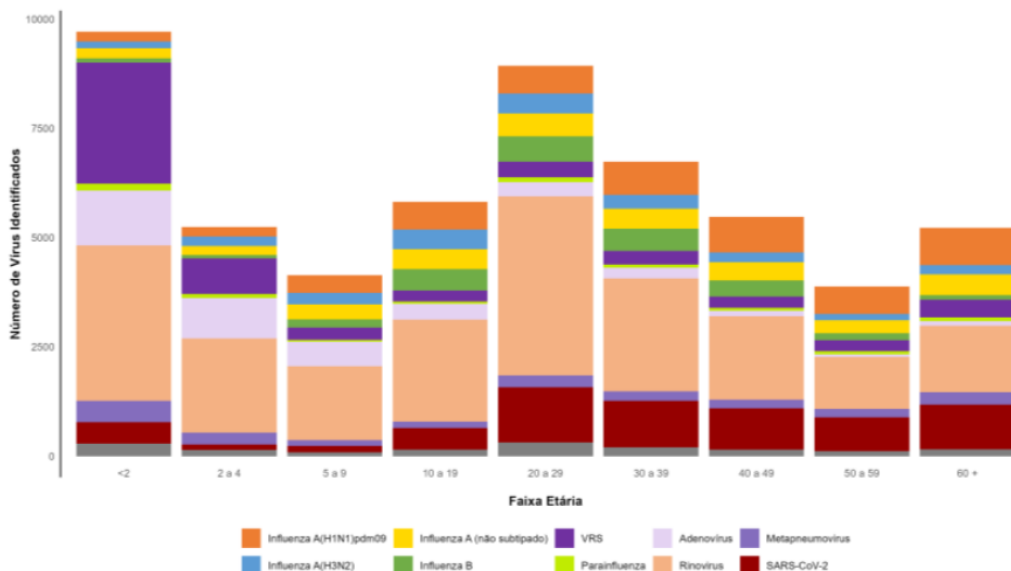


Fonte: Ministério da Saúde. Informe epidemiológico de Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/informes/informe-se-53-de-2025.pdf/view>

A análise por faixa etária mostra que o Influenza foi o vírus respiratório mais prevalente apenas entre os maiores de 60 anos. Na faixa, 30,4% das amostras identificadas eram de

Influenza A; 30% de Rinovírus; e 20,2% de SARS-CoV-2. Dos 10 aos 60 anos, predominou o rinovírus (40,5%), seguido pelo Influenza A (24,1%) e o SARS-CoV-2 (15,2%). Entre crianças menores de 10 anos, lideraram os registros o rinovírus (39,8%) e o VSR (20,8%). (Figura 4)

**Figura 4.** Vírus respiratórios, segundo faixa etária. Brasil, 2025, até a SE 53



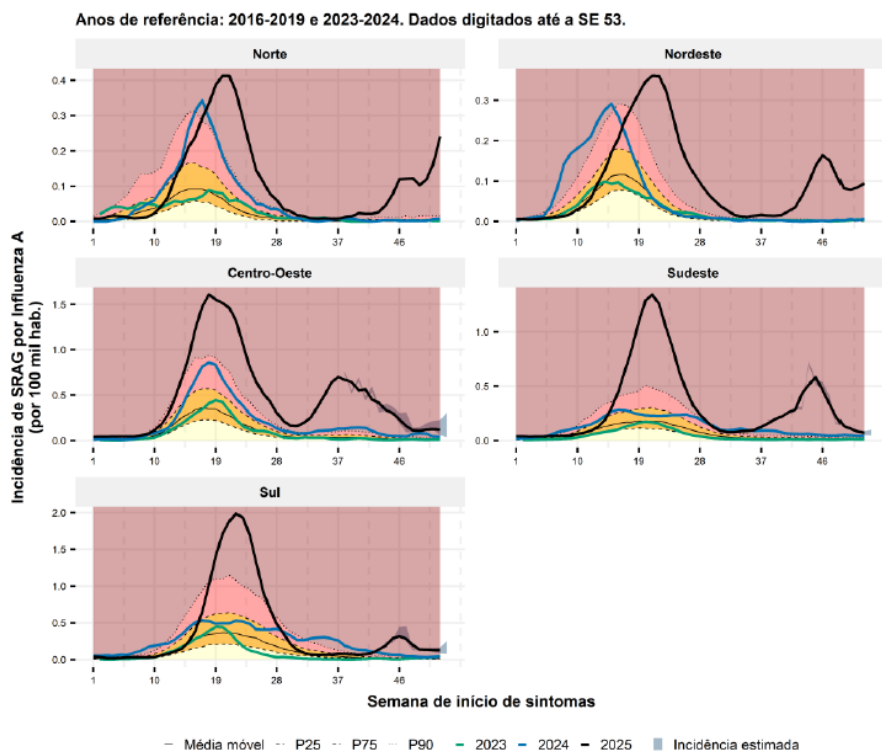
Fonte: Ministério da Saúde. Informe epidemiológico de Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/informes/informe-se-53-de-2025.pdf/view>

## Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

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.

Os primeiros registros de SRAG por Influenza A na Região Norte ocorreram já nas primeiras semanas de 2025, ao passo que nas demais regiões o início foi a partir da SE10. Destaca-se que, em 2024, o Nordeste havia apresentado elevação de casos desde a SE2, o que não ocorreu nos demais anos da série (Figura 5).

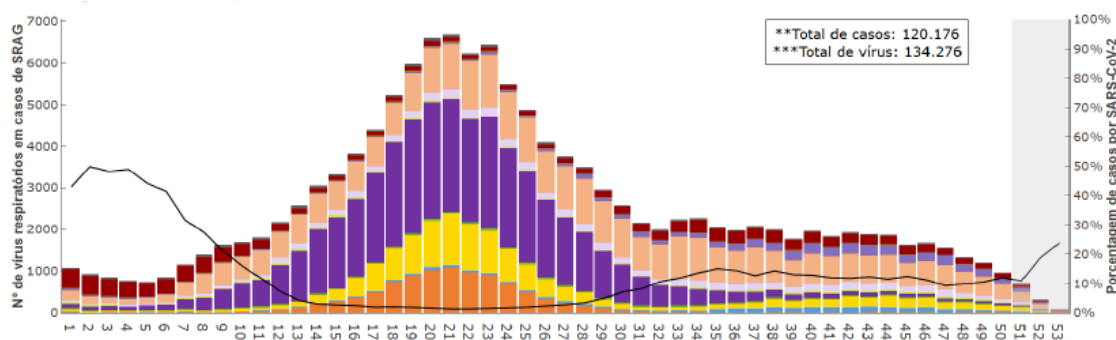
**Figura 5.** Perfil sazonal de SRAG por Influenza A. Regiões do Brasil, 2025 até a SE 53



Fonte: Ministério da Saúde. Informe epidemiológico de Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/informes/informe-se-53-de-2025.pdf/view>

O Influenza A teve destaque entre os vírus detectados nos casos notificados como SRAG, ficando atrás do SARS-CoV e Rinovírus como principais agentes etiológicos (Figura 6).

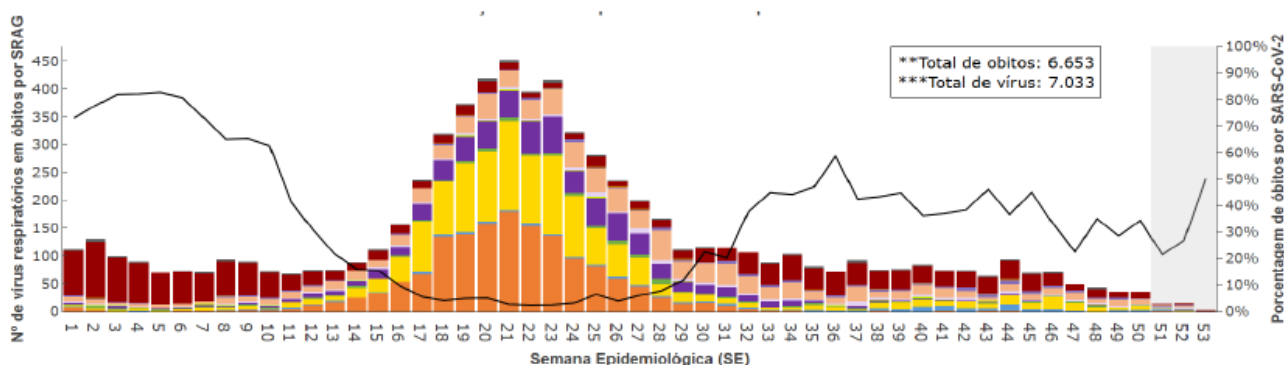
**Figura 6.** Detecção de vírus respiratórios em casos de SRAG\*. Brasil, 2025 até a SE 53



Fonte: Ministério da Saúde. SIVEP-Gripe, atualizado em 29/12/2025.  
 \*\* Total de casos com identificação de ao menos de um vírus respiratório  
 \*\*\* Total de vírus respiratórios identificados em casos de SRAG  
 Dados preliminares e sujeitos a alterações

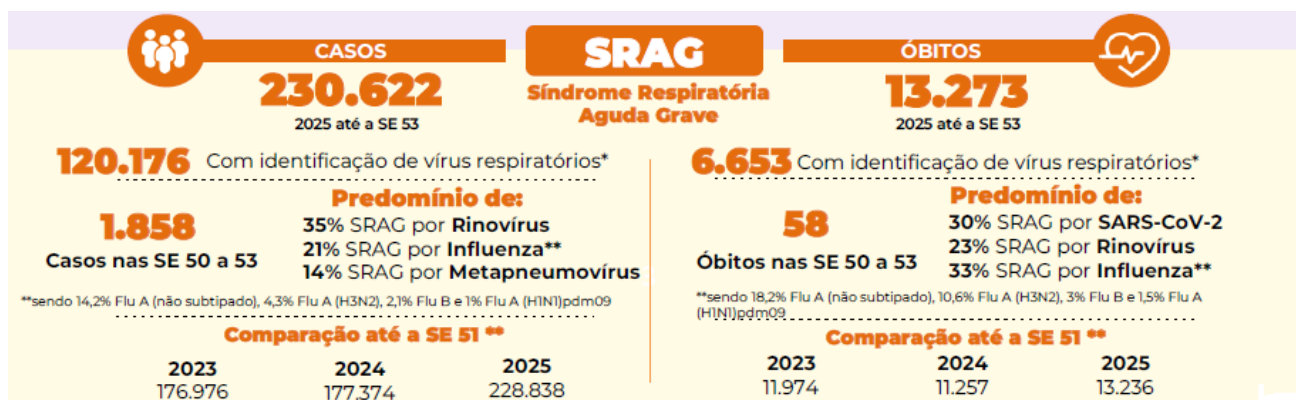
Dos 13.273 óbitos notificados por SRAG, 7.033 tiveram vírus identificados, conforme observado abaixo. Nota-se em 2025 elevação no número absoluto de casos de SRAG notificados e maior quantidade de óbitos em relação aos anos anteriores de 2023 e 2024 (Figuras 7 e 8).

**Figura 7.** Detecção de vírus respiratórios em óbitos por SRAG\*. Brasil, 2025 até a SE 53



Fonte: Ministério da Saúde. SIVEP-Gripe, atualizado em 29/12/2025.  
 \*\* Total de óbitos com identificação de ao menos de um vírus respiratório  
 \*\*\* Total de vírus respiratórios identificados em casos de SRAG  
 Dados preliminares e sujeitos a alterações

**Figura 8.** Casos e óbitos por SRAG no Brasil. Brasil, 2025 até a SE 53



Fonte: Ministério da Saúde. Informe epidemiológico de Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/informes/informe-se-53-de-2025.pdf/view>

Os dados comprovam que o Influenza se mantém como importante agente de síndromes gripais e SRAG, bem como evidenciam a importância do monitoramento contínuo da circulação de vírus respiratórios, sempre considerando as variações regionais e sazonais. No Brasil, o Influenza A pdm09 foi o mais detectado em 2025. De dezembro de 2025 até a

elaboração deste documento, em abril de 2026, o Influenza A (H3N2) tem ganhado destaque, em especial o subclado K.

A vigilância integrada é necessária para orientar estratégias de saúde pública como imunização em períodos oportunos.

## **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, Yamagata, que não circula desde 2020. Nenhuma contém adjuvantes.

Desde 2023, também está disponível uma vacina 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 trivalente de alta concentração - “High dose” (HD3V).

*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 recomendada das vacinas Influenza no Brasil em 2026? E quais as diferenças em relação às vacinas de 2025?**

#### **Trivalente**

- Um vírus similar ao vírus Influenza A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09;
- Um vírus similar ao vírus Influenza A/Singapura/GP20238/2024 (H3N2);
- Um vírus similar ao vírus Influenza B/Áustria/1359417/2021 (linhagem B/Victoria).

#### **Quadrivalente**

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

As vacinas para o Hemisfério Sul tiveram alteração nas cepas de Influenza A, destacadas em vermelho na tabela a seguir.

<b>Hemisfério Sul: cepas recomendadas para a vacina trivalente</b>	
<b>2025</b>	<b>2026</b>
A/Victoria/4897/2022(H1N1)pdm09	A/Missouri/11/2025 (H1N1)pdm09
A/Croatia/10136RV/2023(H3N2)	A/Singapura/GP20238/2024(H3N2)
B/Austria/1359417/2021(linhagem B/Victoria)	B/Austria/1359417/2021(linhagem B/Victoria)
<b>Hemisfério Sul: cepa adicional para a vacina quadrivalente</b>	
<b>2025</b>	<b>2026</b>
B/Phuket/3073/2013(linhagem B/Yamagata)	B/Phuket/3073/2013(linhagem B/Yamagata)

As vacinas para o Hemisfério Norte na temporada 2025/2026), cujas composições foram semelhantes às das vacinas do Hemisfério Sul em 2025, passaram pela mesma alteração.

## **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.

Em consonância com as recomendações anteriores da OMS desde setembro de 2023, o comitê consultivo da OMS mantém a opinião de que a inclusão de um antígeno da linhagem B/Yamagata não é mais justificada. Entretanto, as plantas industriais das vacinas

possuem um tempo maior para essa adaptação, portanto ainda há a disponibilidade de composições trivalente ou quadrivalente.

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

Os laboratórios privados que licenciam as vacinas dose padrão 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, apenas o número de cepas inseridas (trivalentes ou quadrivalentes).

Já a vacina disponível na rede pública, produzida pelo Instituto Butantan, possui duas apresentações: de 0,25ml, para maiores de 6 meses a menores de 3 anos; e 0,5ml para maiores de 3 anos de idade. Ambas são trivalentes.

### **Este ano teremos vacinas trivalente e quadrivalente disponíveis?**

Sim, devemos conviver com ambas por algum tempo.

### **Qual vacina será disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 2026?**

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 como rotina em 2025 para alguns grupos. O que mudou na prática?**

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, isso já ocorreu em 2025.

## **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.

## **A vacina quadrivalente é mais reatogênica que a trivalente?**

Os estudos de licenciamento das vacinas quadrivalentes no Brasil não demonstraram maior incidência de eventos adversos, tanto locais quanto sistêmicos, quando comparados com a vacina trivalente. O perfil de segurança é o mesmo.

## **Quais os eventos adversos esperados?**

Os 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, pois, em princípio, esses eventos não são relacionados à vacina Influenza.

### **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: diferente da SBIm, o PNI, no documento [Estratégia de vacinação contra a influenza Nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste 2026](#), manteve a precaução em casos de anafilaxia após ingestão de ovo. O documento recomenda que a vacina seja administrada em ambiente adequado para tratamento de reação alérgica grave e, preferencialmente, sob supervisão médica.*

### **Para crianças maiores de 6 meses e menores de 9 anos que receberam somente uma dose em sua primovacinação, qual a recomendação de dose(s) no ano (sazonalidade) posterior?**

Para crianças com primovacinação incompleta (1 dose) que perderam a possibilidade de completar o esquema no mesmo ano, recomendar uma dose na temporada seguinte. No caso de crianças imunossuprimidas, transplantadas, com linfopenia ou em quimioterapia — situações em que há evidências sobre o benefício de duas doses — o médico pode optar por administrar duas doses na temporada seguinte se julgar clinicamente apropriado.

### **Crianças que vão receber pela primeira vez a vacina Influenza podem fazer a primeira dose com a trivalente e a segunda com a quadrivalente ou vice-versa?**

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

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

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

## **Crianças menores de 9 anos podem receber na primovacinação vacinas trivalentes ou 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.

## **DÚVIDAS SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA E COVID-19**

### **A vacina influenza previne a covid-19?**

Não. As duas vacinas citadas previnem 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 ter tido covid-19 poderá ser aplicada a vacina influenza?**

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 TRIVALENTE DE ALTA CONCENTRAÇÃO – “HIGH DOSE” (HD3V)**

### **O que é a vacina "High Dose" (HD3V)?**

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

### **Qual o público elegível para a vacina HD3V? Por quê?**

A vacina está indicada e licenciada para indivíduos com 60 anos ou mais. A recomendação da SBIIm é a de que pessoas a partir desta idade — em especial imunossuprimidas — sejam

vacinadas preferencialmente com a vacina HD3V, 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 HD3V, 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 HD3V 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 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 HD3V 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 HD3V não estiver disponível?**

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

### **Posso fazer a vacina Influenza HD3V após aplicação da vacina trivalente ou quadrivalente de dose padrão no mesmo ano?**

Não há evidências que suportem a recomendação de uso da vacina influenza HD3V para pessoas que receberam essas vacinas anteriormente na mesma temporada. Todavia, caso seja optada por essa estratégia, recomenda-se intervalo mínimo de quatro semanas entre as doses.

### **Posso fazer a vacina Influenza HD3V em menores de 60 anos?**

O uso em menores de 60 anos é considerado *off-label* e restrito aos subgrupos de imunocomprometidos para os quais há evidências de imunogenicidade superior (soroconversão e GMT elevados) à verificada em relação às vacinas de doses padrão.

São exemplos de imunocomprometidos acima de 18 anos: receptores de transplante de órgão sólido (TOS), em pós-transplante de células-tronco hematopoéticas (HSCT/TCTH), em quimioterapia ativa para cânceres hematológicos ou pessoas com HIV cuja contagem de CD4 seja  $<200/\text{mm}^3$ . Os dados da eficácia clínica (redução de hospitalizações/morte) nesses pacientes, no entanto, ainda são limitados.

**Importante:** Todo uso off-label requer decisão compartilhada. Não é recomendada a administração da vacina Influenza HD3V em gestantes, crianças ou pessoas imunocompetentes jovens.

## Quão segura é a vacina HD3V?

A vacina é segura para a população para a qual está indicada. A vacina de alta concentração trivalente, 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. A maioria foi breve e resolveu-se em poucos dias.

## REFERÊNCIAS E SITES ÚTEIS

1. 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.
2. Caldera F. et al. Influenza vaccination in immunocompromised populations: Strategies to improve immunogenicity. Vaccine.2021. Volume 39, Supplement 1 Pages A15-A23. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.11.037>.
3. Centers for Disease Control and Prevention, CDC. Influenza: <http://www.cdc.gov/flu/index.htm>
4. 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
5. 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
6. Família SBIm: <http://familia.sbim.org.br>
7. Ferdinands JM. et al. Waning Vaccine Effectiveness Against Influenza- Associated Hospitalizations Among Adults, 2015-2016 to 2018-2019, United
8. Rivera-Izquierdo M. Et al. High-dose versus standard-dose influenza vaccine for immunocompromised patients: A systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. J Infect. 2025. Aug;91(2):106538. doi: 10.1016/j.jinf.2025.106538.
9. Macias AE. et al. The disease burden of Influenza beyond respiratory illness. Vaccine. 2021 Mar 15;39 Suppl 1:A6-A14. doi: 10.1016/j.vaccine.2020.09.048. Epub 2020 Oct 9. PMID: 33041103; PMCID: PMC7545338.
10. MacIntyre CR. et al. Influenza B/Yamagata-extinct, eradicated or hiding? Vaccine. 2025 Jan Volume 44. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2024.126486>
11. Ministério da Saúde. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL: COVID-19 | Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente | Ministério da Saúde Semana Epidemiológica 52 • Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de->

conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2023/boletim-epidemiologico-no-158-boletim-coe-coronavirus.pdf/view

12. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Resumo do Boletim InfoGripe -- Semana Epidemiológica (SE) 52 2025 Disponível em <http://info.gripe.fiocruz.br/>

13. Ministério da Saúde. Informe epidemiológico de Influenza, covid-19 e outros vírus respiratórios. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/informes/informe-se-53-de-2025.pdf/view>

14. 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 | 2026. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2026/estrategia-de-vacinacao-contr-a-influenza-nas-regioes-nordeste-centro-oeste-sul-e-sudeste-2026.pdf>

15. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 72024-CGFAMDPNISVSAMS <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-7-2024-cgfam-dpni-svsa-ms/>

16. Ministério da Saúde. Cobertura vacinal Influenza 2025. Disponível em: [https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI\\_DEMAS ESTRATEGIA\\_INFLUENZA\\_RESIDENCIA/index.html?regiao=nacional](https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS ESTRATEGIA_INFLUENZA_RESIDENCIA/index.html?regiao=nacional)

17. Natori Y. et al. A Double-Blind, Randomized Trial of High-Dose vs Standard-Dose Influenza Vaccine in Adult Solid-Organ Transplant Recipients. Clin Infect Dis. 2018. 66(11):1698-1704. DOI: 10.1093/cid/cix1158.

18. OMS. Recomendação Vacinas Influenza Hemisfério Sul. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2026-southern-hemisphere-influenza-season>.

19. 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. Disponível em <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.39.2200753>