

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES**



Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus Influenza Pandêmico (H1N1) 2009

8 de março a 21 de maio de 2010

Informe Técnico Operacional

**Brasília, DF
2010**

Ministro da Saúde
José Gomes Temporão

Secretário de Vigilância em Saúde
Gerson Oliveira Penna

Diretor do Departamento de Vigilância Epidemiológica
Eduardo Hage Carmo

Diretora Adjunta de Vigilância Epidemiológica
Carla Magda A. S. Domingues

Coordenadora Geral do Programa Nacional de Imunizações
Carmem Osterno Lucia Silva

Elaboração

Assessores Externos da CGPNI/DEVEP/SVS

Cristina Maria Vieira Rocha
Marilia Mattos Bulhões
Marlene Tavares Carvalho
Márcia Cristina Rangel Chaves DanieluK

Equipe CGPNI/DEVEP/SVS/MS

Ana Rosa dos Santos
Antonia Maria da Silva Teixeira
Catarina Aparecida Schubert
Carmem Lucia Osterno Silva
Cristiane Pereira de Barros
Giane Rodrigues Costa Ribeiro
Karla Maria Carmona Queiroz
Laura Dina B. Bertollo S. Arruda
Luana Alves D' Almeida
Nair Florentino de Menezes
Marcelo Pinheiro Chaves
Marcos Aurélio de Souza
Mara El-Corab Moreira de Oliveira
Paulo Ricardo Brites Esteves
Rayana de Castro da Paz
Regina Célia Silva Oliveira
Sâmia Abdul Samad
Sandra Maria Deotti Carvalho
Sílvia Cristina Viana Silva Lima
Sirlene de Fátima Pereira

Equipe COVER/CGTD/DEVEP/SVS/MS

Marcia Lopes de Carvalho
Camile de Moraes
Dirce Regina Simczak
Dionéia Garcia de Medeiros Guedes

Equipe NUCOM/DEVEP/SVS/MS

Vanessa Borges

Colaboração

Alexandre Fernandes - UFF/RJ
Brendan Flannery - OPAS do Brasil
Helena Keico Sato - Programa de Imunizações/SES/SP
Maria Tereza M. T. Schermann - Programa de Imunizações/SES/RS
Renate Mohrdieck - Programa de Imunizações/SES/RS
Marta Casagrande Koehler - Programa de Imunizações/SES/ES
Tânia Maria Soares Arruda Caldeira Brant - Programa de Imunizações/SES/MG
Vera Regina Barea – Dasis/SVS/MS

Sumário

Apresentação	1
1. Introdução	2
1.1. Influenza pandêmica (H1N1) 2009: Descrição e Histórico	2
1.2. Situação Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009	3
2. Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009	6
2.1. Objetivos	6
2.1.1. Objetivo Geral	6
2.1.2. Objetivos Específicos	6
2.2. Grupos Prioritários a Serem Vacinados	6
2.2.1. Caracterizações dos grupos prioritários e recomendações	9
2.2.1.1. Trabalhadores de saúde	9
2.2.1.2. População indígena aldeada	9
2.2.1.3. Gestantes	9
2.2.1.4. Portadores de doenças crônicas	10
2.2.1.5. População com 60 anos e mais portadora de comorbidade	11
2.2.1.6. Crianças com idade entre seis meses a menores de dois anos (um ano, 11 meses e 29 dias)	12
2.2.1.7. População adulta de 20 a 39 anos	12
3. Meta	13
4. Operacionalização da Estratégia de Vacinação	13
5. Cronograma	13
6. Pontos a Serem Considerados na Estratégia	15
7. Imunobiológicos e Outros Insumos	15
7.1. Vacinas a Serem Utilizadas na Estratégia de Vacinação	15
7.2. Seringas e Agulhas a Serem Utilizadas na Estratégia de Vacinação	17
7.3. Conservação da Vacina	18
8. Administração da Vacina Influenza (H1N1) 2009	18
8.1. Nota aos Doadores de Sangue	18
8.2. Eficácia Após Administração da Vacina	18
8.3. Administração Simultânea com Outras Vacinas	18
9. Vacinação Segura	20
10. Monitoramento dos Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)	20
11. Contra Indicações à Administração da Vacina	21
12. Registro e Informações	21
13. Financiamento	24
14. Comunicação Social	26
14.1. Gerenciamento da Comunicação de Risco	27
15. Monitoramento e Avaliação da Estratégia	27
Referências Bibliográficas	28
Lista de Abreviaturas e Siglas	30
Lista de Figuras	31
Lista de Quadros	31
Lista de Tabelas	31

Apresentação

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações do Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), realizará, no período de 8 de março a 21 de maio de 2010 a Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009. Esta ação visa contribuir para a redução de morbimortalidade pelo vírus da influenza (H1N1) 2009 e manter a infraestrutura dos serviços de saúde para atendimento à população.

A estratégia de vacinação fundamentou-se – conjuntamente – na análise de vários fatores, entre eles, a situação epidemiológica no Brasil, a vigência da segunda onda da pandemia no hemisfério norte, a gravidade da doença, o risco de adoecer e morrer e a disponibilidade da vacina.

O governo brasileiro, com base nas experiências de outras campanhas de imunizações, estreitou, ainda mais, a parceria com as Sociedades Científicas (Cardiologia, Endocrinologia e Metabologia, Imunizações, Pediatria, Pneumologia e Tisiologia), Associação Médica Brasileira (AMB), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e um conjunto de instituições, a exemplo do Conselho Federal de Medicina (CFM), núcleos de educação e saúde coletiva, bem como instituições que têm assento no Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Imunizações (CTAI), para estabelecer a estratégia de enfrentamento da influenza pandêmica (H1N1) 2009.

A pandemia causada pelo vírus influenza pandêmica (H1N1) 2009, associada à sua virulência, constitui-se em grande desafio para a saúde pública e nesse sentido os países membros da Organização Mundial e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) acordaram a realização da vacinação, não para conter a epidemia, mas para preparar os países para enfrentar a segunda onda da pandemia.

O Ministério da Saúde objetiva com este Informe Técnico Operacional, revisado, presencialmente, com todas as Secretarias Estaduais de Saúde orientar a estruturação e a avaliação da estratégia nacional de vacinação contra o vírus da influenza pandêmica (H1N1) 2009.

O êxito dessa maior campanha de vacinação do planeta é creditado ao imenso esforço coordenado do Sistema Único de Saúde, mas, sobretudo, aos milhares de trabalhadores, civis e militares, do setor público, privado e do terceiro setor que levarão a vacina a cada brasileiro.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

1. Introdução

1.1. Influenza Pandêmica (H1n1) 2009: Descrição e Histórico

A influenza ou gripe é uma infecção viral aguda do sistema respiratório, de distribuição global e elevada transmissibilidade (Brasil, 2002). Os vírus influenza são compostos de RNA de hélice única, da família dos Ortomixovírus, e subdividem-se em três tipos A, B e C, de acordo com sua diversidade antigênica. Os vírus podem sofrer mutações, ou seja, podem passar por transformações em sua estrutura. Os tipos A e B, comparados ao tipo C, têm maior poder de causar a doença (morbidade) e morte (mortalidade). As epidemias e pandemias, geralmente, estão associadas ao vírus influenza A.

A doença inicia-se, clinicamente, com a instalação abrupta de febre alta, em geral acima de 38°C, aferida ou mencionada, seguida de mialgia, dor de garganta, prostração, dor de cabeça e tosse seca. A febre é o sintoma mais importante, com duração em torno de três dias. Com a progressão da doença, os sintomas respiratórios tornam-se mais evidentes e mantêm-se em geral por três a quatro dias, após o desaparecimento da febre.

As principais características do processo de transmissão são:

- a) alta transmissibilidade, principalmente em relação à influenza A;
- b) maior gravidade entre os idosos, as crianças, os imunodeprimidos, os cardiopatas e os pneumopatas;
- c) rápida variação antigênica do vírus influenza pandêmica, favorecendo maior suscetibilidade da população; e
- d) circulação dos vírus entre aves selvagens e domésticas, suínos, focas e eqüinos, que, desse modo, também tornam-se em reservatórios dos vírus, constituindo-se, assim, em uma zoonose.

Os sintomas da influenza ou gripe, muitas vezes, são semelhantes aos do resfriado comum, que se caracterizam pelo comprometimento das vias aéreas superiores como congestão nasal, rinorreia, tosse, rouquidão; febre variável e, com menor frequência, mal-estar, mialgia e cefaleia. O quadro do resfriado comum, geralmente, é brando, de evolução benigna (de dois a quatro dias), podendo, no entanto, ocorrer complicações como otites, sinusites e bronquites; e quadros graves de acordo com o agente etiológico em questão.

O principal agente causal do resfriado é o Rhinovírus (mais de 100 sorotipos), mas também pode ser causado pelo vírus Parainfluenza, Coronavírus, Vírus Sincicial Respiratório, Adenovírus, Enterovírus. Outros agentes infecciosos podem provocar sintomas respiratórios que simulam um quadro de resfriado comum, como a *Clamydia pneumoniae* e a *Mycoplasma pneumoniae*, *Streptococcus sp.* Agravos não infecciosos, do mesmo modo, podem apresentar sintomas do resfriado comum (tosse, congestão nasal, rinorreia, rouquidão e dor de garganta), a exemplo da rinite alérgica (mais comum), da polipose nasal, da rinite atrófica, alterações do septo nasal e a presença de corpo estranho na cavidade nasal.

As primeiras suspeitas de infecção pelo vírus Influenza ocorreram por volta do século V a.C., identificadas por Hipócrates, conhecido como pai da medicina, que relatou casos de uma doença respiratória que, em algumas semanas, matou muitas pessoas e depois desapareceu.

A primeira epidemia de gripe relatada foi em 1889, quando morreram cerca de 300 mil pessoas, principalmente idosos, em decorrência de complicações, como pneumonia bacteriana secundária. Em 1918, a epidemia conhecida como Gripe Espanhola acometeu cerca de 50% da população mundial e vitimou mais de 40 milhões de pessoas. No Brasil, aproximadamente 65% da população foram infectados e mais de 35 mil pessoas morreram.

A gripe asiática e a de Hong Kong são as epidemias mais recentes e de maior repercussão, juntamente com a gripe aviária. A primeira, em 1957, matou, em seis meses, cerca de um milhão de pessoas em todo o mundo. A segunda, em 1968, produziu uma epidemia de grande extensão, que se propagou ao mundo, seguindo as mesmas linhas de difusão da gripe asiática.

No período de 1976 a 1978, ocorreram a gripe de Nova Jérsei e a gripe russa. Essa última infectou, sobretudo, crianças e adultos jovens.

Em 2003, foi reportado um surto da gripe aviária na Ásia, que levou as autoridades a sacrificarem dezenas de milhões de aves de criação. A doença, desde então, atingiu 121 pessoas e matou 62 naquele continente.

Em meados de março de 2009, o México registrou os primeiros sintomas da influenza pandêmica (H1N1) 2009. Atualmente, 212 países registram casos da doença, dentre eles o Brasil.

1.2. Situação Epidemiológica da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009

Segundo o boletim nº 88 da Organização Mundial da Saúde (OMS), disponível no site http://www.who.int/csr/don/2010_02_19/en/index.html, até 19 de fevereiro de 2010, mais de 212 países têm casos confirmados de influenza (H1N1) 2009, com, pelo menos, 15.921 óbitos.

A infecção da gripe humana tem sido reduzida em quase todos os países dos Hemisférios Norte e Sul, onde ela é relatada. Entretanto, o vírus da influenza pandêmico (H1N1) 2009 continua a ser predominante entre todos os subtipos.

A OMS continua acompanhando a evolução e a circulação mundial do vírus da gripe, incluindo a pandêmica, a gripe sazonal e outros vírus circulantes, ou com o potencial de infectar os seres humanos.

No Brasil, a descrição epidemiológica dos casos confirmados para influenza pandêmica (H1N1) 2009 remete-se ao período de 24/4/2009 a 02/01/2010, o que corresponde às semanas epidemiológicas (SE) de 16 a 52. As informações foram obtidas a partir do banco de dados Sinan Web para pandemia de influenza (H1N1) 2009.

A pandemia foi dividida em duas fases epidemiológicas e operacionais distintas. São elas:

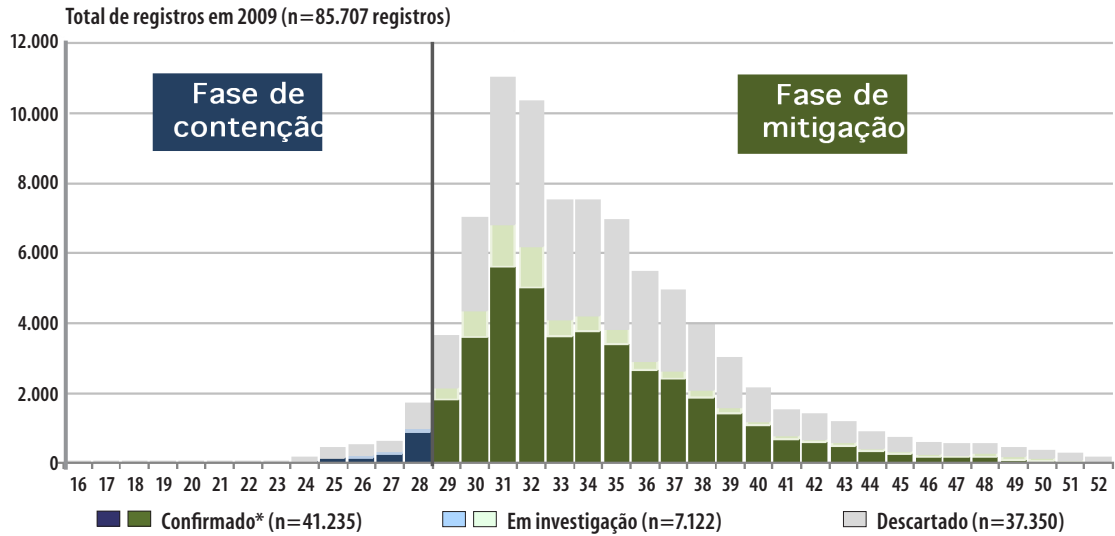
- » **Fase de contenção:** período em que o vírus estava se disseminando no mundo e os casos estão relacionados às viagens internacionais ou contato com pessoas doentes que tenham realizado viagens internacionais. Nesta fase, as ações de vigilância e resposta buscaram reduzir a disseminação do vírus no país, visando proteger a população e instrumentalizar o Sistema Único de Saúde (SUS), além de permitir o acúmulo de maior conhecimento para o enfrentamento do evento. Nesta fase, o sistema apresentou maior sensibilidade, principalmente com as ações de vigilância em pontos de entrada (portos, aeroportos e passagens de fronteira), onde se buscava identificar a maioria dos casos suspeitos. Epidemiologicamente, esta fase compreendeu da semana epidemiológica (SE) 16, período de identificação dos primeiros casos suspeitos, a SE 28, período da declaração de transmissão sustentada.
- » **Fase de mitigação:** é a fase atual e compreende o período desde a SE 29, após declaração de transmissão sustentada do vírus da influenza pandêmica em todo o território nacional. Nesta fase, o sistema vem apresentando maior especificidade nas ações de vigilância. As ações de controle de pontos de entrada perdem a relevância e a assistência apresenta maior demanda, onde se busca reduzir a gravidade e mortalidade.

Neste período, foram confirmados casos em todas as regiões. O período de maior incidência foi durante a semana epidemiológica (SE) 31, refletindo o padrão observado nas regiões Sul e Sudeste, as mais afetadas, seguido das regiões Centro-oeste e Nordeste.

A tendência de redução de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) inicia-se a partir da SE 33, incluindo casos confirmados por Influenza Pandêmica (H1N1) 2009.

A análise dos dados da fase de mitigação contempla apenas os registros com data de início dos sintomas no período da SE 29 a 52 (19/07/2009 a 02/01/2010), referentes ao ano epidemiológico de 2009. Nesta fase, houve um predomínio de casos na região Sul do país, representando 56% (46.244/82.209) dos registros (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição de casos de SRAG, segundo classificação para influenza pandêmica (H1N1) 2009 e semana de início dos sintomas. Brasil, 2009



Fonte: Sinan/SVS

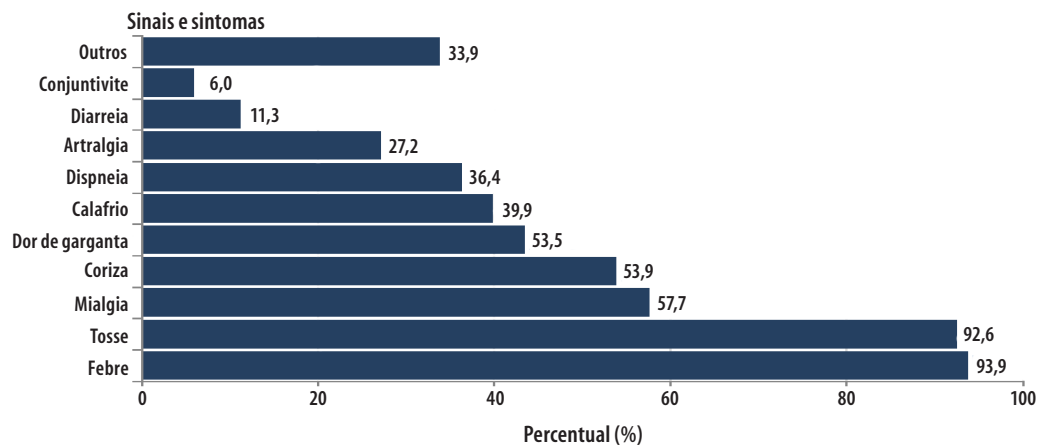
* Confirmação por critério laboratorial ou clínico-epidemiológico e considera os casos graves da fase de contenção.

Observação: dados sujeitos a revisão até 30 de abril de 2010, conforme normas técnicas para encerramento do ano epidemiológico de 2009.

Considerando a curva epidêmica dos casos de SRAG, observa-se que, na avaliação nacional, houve uma concentração de casos na SE 31 (02 a 08/08). Entre o pico da distribuição e a SE 52, observa-se uma redução de 99,5% (31/56.616) de casos confirmados.

De acordo com os dados do Sinan Web, os casos confirmados têm quadro clínico variando entre leve e moderado, com predomínio dos seguintes sinais e sintomas: febre, tosse, coriza e mialgia (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição de sinais e sintomas dos casos de síndrome gripal confirmados para influenza pandêmica (H1N1) 2009. Brasil, 2009



Fonte: Sinan influenza on-line - Acesso: 16/01/2010

Os sinais e sintomas mais frequentes foram febre (93,9%) e tosse (92,6%); ambos faziam parte da definição de caso, na época.

Na fase de contenção, houve uma inversão em relação ao sexo, com predomínio do feminino em 57% dos casos. Nesta fase, observou-se acometimento de maior número de gestantes, sendo que mulheres em idade fértil (MIF) foram 14.989 (65,9%) e 2.694 gestantes (18%), no período em questão.

As condições que favorecem a complicação por influenza pandêmica (H1N1) 2009, evidenciadas, são:

- a) pessoas com menos de dois anos e maior que 60 anos;
- b) gestantes;
- c) pessoas portadoras de doença crônica cardiovascular, pneumopatias, renal crônico, hematológica, imunossupressora, metabólica, genética e neurológica.

A presença de comorbidade pode colaborar para uma evolução clínica com complicações. Do total de casos confirmados, 21,6% (957/4.434) dos registros apontam algumas condições crônicas de saúde. O grupo das pneumopatias crônicas é o mais frequente, em 20,1% dos casos; o grupo de outras comorbidades a diabetes representa 5,3%. No entanto, apesar desses serem alterações metabólicas, não é possível precisar quantos foram registrados naquele grupo (Quadro 1).

Entre os casos com alguma condição crônica associada, 60,3% (577/957) desenvolveram SRAG e 20,6% (119/577) evoluíram para o óbito.

Quadro 1. Distribuição dos grupos de doenças crônicas correlacionadas com a influenza pandêmica (H1N1) 2009. Brasil, 2009

Grupo de doenças crônicas	n	%
Pneumopatia	192	20,1
Cardiopatia	106	11,1
Doenças metabólicas	98	10,2
Imunodepressão	92	9,6
Doença renal	43	4,5
Hemoglobinopatia	20	2,1
Outras comorbidades	524	54,8
- Diabetes	28	5,3
- Obesidade mórbida	2	0,4

Fonte: SinanWeb, até a SE 52.

O Sistema de Vigilância Sentinela de Influenza foi implantado em 2000 e conta atualmente com 62 unidades de saúde responsáveis pela coleta de amostras e organização de dados epidemiológicos agregados por semana epidemiológica (proporção de casos suspeitos de síndrome gripal (SG) em relação ao total de atendimentos - % SG).

Esses dados são registrados e monitorados no SIVEP_Gripe, sistema de informação exclusivo para essa vigilância sentinela. As unidades de saúde sentinelas estão distribuídas em todas as unidades federadas, sendo três em municípios de fronteira internacional. Além de permitir o monitoramento da demanda por atendimento por SG nas unidades sentinelas, esse sistema tem entre seus objetivos

a identificação dos vírus respiratórios que circulam no país, das novas cepas, o que contribui para a adequação da vacina contra influenza utilizada anualmente.

O Ministério da Saúde reforça a importância da notificação e investigação oportuna dos casos suspeitos da nova gripe, para que as medidas de prevenção e controle possam continuar sendo efetivas.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados e municípios, recomendam o monitoramento dos casos graves que evoluem para o óbito independente da sintomatologia, para um maior controle de influenza pandêmica (H1N1) 2009 e de sua possível segunda onda.

2. Estratégia Nacional de Vacinação Contra o Vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) 2009

A estratégia nacional de vacinação será realizada em cinco etapas com definição de grupos prioritários.

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo Geral

Contribuir para a redução de morbimortalidade pelo vírus da influenza (H1N1) 2009 e manter a infraestrutura dos serviços de saúde para atendimento à população.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Reduzir o risco de expansão da transmissão do vírus da influenza pandêmica (H1N1) 2009.
- Vacinar os trabalhadores de saúde para que os serviços de saúde sejam mantidos em pleno funcionamento e capazes de atender e dar respostas adequadas e em tempo oportuno à população que venha adoecer em razão da pandemia.
- Vacinar os grupos prioritários pelo maior risco de desenvolver complicações e morrer.

2.2. Grupos Prioritários a Serem Vacinados

No dia 29 de abril de 2009, após a realização da terceira reunião do Comitê de Emergência da OMS, conforme estabelecido no RSI 2005, a Diretora Geral da OMS, Dra. Margaret Chan, elevou o nível de alerta da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) da fase 4 para fase 5. De acordo com a OMS, a fase 5 significa a ocorrência de disseminação do vírus entre humanos com infecção no nível comunitário em pelo menos dois países de uma mesma região da OMS (neste caso as Américas).

Na declaração da Diretora Geral destacam-se os seguintes aspectos:

- medidas eficazes e indispensáveis deveriam incluir a intensificação da vigilância, detecção precoce, tratamento dos casos e controle das infecções em todos os serviços de saúde;
- necessidade de que as empresas produtoras de medicamentos antivirais avaliassem suas capacidades e todas as opções para ampliar sua produção, assim como, os fabricantes de vacina contribuíssem para a produção de uma vacina contra influenza pandêmica.

Desde 11 de junho, segundo a OMS, a pandemia passou à fase 6, ou seja, já havia disseminação da infecção entre humanos, no nível comunitário, ocorrendo em diferentes regiões do mundo. Esta situação cumpria o critério para definição de pandemia estabelecida no RSI.

Todos os fatos que ocorrem no Brasil e no mundo são minuciosamente acompanhados por este Ministério, que vem se preparando para o enfrentamento de uma segunda onda pandêmica desde 2009. Entre outros aspectos, a preparação inclui a estratégia de vacinação da nossa população, cujas linhas gerais estão sendo traçadas a partir:

1. Situação epidemiológica da influenza pandêmica no Brasil.
2. Observação da 2ª onda no Hemisfério Norte.
3. Recomendação do Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Imunizações PNI/SVS/MS.
4. Recomendações da OMS e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) para definir públicos prioritários.
5. Articulação com sociedades científicas¹, CFM, AMB, ABEN, Conass e Conasems.
6. Critério de sustentabilidade dos serviços de saúde para organizar a estratégia, visando não haver esgotamento na capacidade de atendimento oportuno à população.
7. Fornecimento de vacinas pelos laboratórios produtores em tempo oportuno, ou seja, antes da sazonalidade esperada para a segunda onda pandêmica.

Com base na avaliação — **em conjunto** — desses sete componentes, foram definidos os grupos prioritários a ser incluídos na estratégia de vacinação, conforme descrição abaixo.

Esse processo envolveu uma série de eventos nacionais e internacionais, culminando em reunião, por convite e coordenada presencialmente pelo Ministro da Saúde – José Gomes Temporão, com os presidentes das entidades nominadas no item 5 acima.

O público prioritário da vacinação no Brasil será formado pelos grupos populacionais:

- a) trabalhadores de saúde;
- b) população indígena aldeada;
- c) gestantes em qualquer idade gestacional;
- d) crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos (um ano 11 meses e 29 dias);
- e) pessoas portadoras de doenças crônicas (conforme listagem definida pelo Ministério da Saúde, em conjunto com sociedades científicas);
- f) pessoas com mais de 60 anos portadoras de doenças crônicas; e
- g) adultos com idade de 20 a 39 anos.

O quantitativo estimado da população a vacinar é cerca de 92 milhões de pessoas. Na Tabela 1, apresenta-se a estimativa dos grupos prioritários, segundo unidade federada.

1) Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), de Cardiologia, de Pneumologia, de Endocrinologia, de Imunizações, das Associações de Ginecologia e Obstetria, de Medicina de Família e Comunidade, de Geriatria e Gerontologia.

Tabela 1. Estimativa dos grupos prioritários, segundo unidades federadas. Brasil, 2010

UF	6M a 1A 11M 29D	Adulto jovem (20A a 39A)			Gestantes (10 a 49anos)	Trabalhadores de saúde	Portadores de doenças crônicas		Total	População Indígena*	Total com a população indígena
		20A a 29A	30A a 39A	TOTAL			< 60 A	60A e +			
RO	36.573	292.212	231.831	524.043	28.248	15.039	106.049	19.638	729.590	10.540	740.130
AC	26.529	132.275	95.632	227.907	16.447	6.912	8.448	8.448	334.615	16.153	350.768
AM	109.142	670.049	500.978	1.171.027	68.586	33.934	239.660	37.806	1.660.154	136.267	1.796.421
RR	15.087	79.470	63.294	142.764	11.546	4.215	3.824	3.824	207.450	48.737	256.187
PA	225.927	1.474.068	1.076.446	2.550.514	143.416	74.310	517.007	99.647	3.610.822	26.018	3.636.840
AP	22.404	120.462	87.319	207.781	17.324	6.266	44.307	5.761	303.843	7.188	311.031
TO	36.387	252.632	187.640	440.272	24.222	12.921	88.700	20.760	623.261	11.726	634.987
NORTE	472.049	3.021.168	2.243.140	5.264.308	309.789	153.596	1.074.110	195.883	7.469.735	256.629	7.726.364
MA	188.316	1.302.491	835.471	2.137.962	131.199	63.671	430.611	96.955	3.050.714	28.477	3.079.191
PI	78.953	629.194	434.209	1.063.403	62.311	31.452	211.405	55.373	1.502.896	-	1.502.896
CE	200.081	1.637.059	1.206.311	2.843.370	153.275	85.478	579.677	161.272	4.023.152	22.288	4.045.440
RN	74.288	606.442	459.090	1.065.532	56.083	31.376	211.457	60.904	1.499.640	-	1.499.640
PB	91.326	720.407	539.568	1.259.975	64.382	37.700	251.060	82.028	1.786.471	12.728	1.799.199
PE	217.556	1.664.294	1.325.899	2.990.193	152.198	88.103	596.673	175.017	4.219.739	40.010	4.259.749
AL	87.077	592.323	435.637	1.027.960	71.850	31.561	217.151	49.769	1.485.368	14.495	1.499.863
SE	54.932	387.211	298.447	685.658	40.579	20.198	138.090	34.098	973.554	392	973.946
BA	331.412	2.880.743	2.162.121	5.042.864	273.510	146.375	981.017	279.607	7.054.785	25.396	7.080.181
NORDESTE	1.323.938	10.420.164	7.696.753	18.116.917	1.005.387	535.913	3.617.141	997.024	25.596.319	143.786	25.740.105
MG	388.001	3.617.587	3.017.405	6.634.992	304.938	200.341	1.358.567	443.289	9.330.127	11.334	9.341.461
ES	71.472	649.862	539.995	1.189.857	57.178	34.871	238.261	67.987	1.665.626	2.924	1.668.550
RJ	323.565	2.654.419	2.470.720	5.125.139	195.465	160.104	1.093.434	403.586	7.301.293	582	7.301.875
SP	902.058	7.357.196	6.705.794	14.062.990	562.144	413.841	2.834.817	907.139	19.682.989	6.240	19.689.229
SUDESTE	1.691.096	14.279.064	12.733.914	27.012.978	1.119.725	809.156	5.525.078	1.822.002	37.980.035	21.080	38.001.115
PR	226.421	1.883.369	1.641.345	3.524.714	140.703	106.862	737.337	228.764	4.964.801	13.016	4.977.817
SC	127.767	1.100.510	938.144	2.038.654	77.738	61.187	422.683	126.702	2.854.731	9.331	2.864.062
RS	202.782	1.861.144	1.569.704	3.430.848	128.114	109.140	737.533	283.366	4.891.784	19.001	4.910.785
SUL	556.970	4.845.023	4.149.193	8.994.216	346.555	277.190	1.897.553	638.832	12.711.316	41.348	12.752.664
MS	61.818	430.609	356.788	787.397	40.276	23.606	162.648	44.530	1.120.274	67.133	1.187.407
MT	73.529	568.344	483.050	1.051.394	53.503	30.017	210.102	45.006	1.463.551	35.379	1.498.930
GO	130.532	1.106.577	986.944	2.093.521	93.883	59.263	410.509	105.034	2.892.742	472	2.893.214
DF	66.252	497.014	462.666	959.680	44.571	26.069	183.433	37.306	1.317.310	-	1.317.310
C.OESTE	332.130	2.602.544	2.289.448	4.891.992	232.233	138.955	966.691	231.876	6.793.877	102.984	6.896.861
TOTAL	4.376.181	35.167.963	29.112.448	64.280.411	3.013.689	1.914.810	13.080.574	3.885.617	90.551.283	565.827	91.117.110

Observações:

- 1) Tabela de população formada por dados disponíveis de nascidos vivos do banco Sinasc 2008 para o menor de 2 anos e estimativa IBGE 2009 (último dado disponível) para as idades de 2 anos e mais
- 2) Para o cálculo da meta dos trabalhadores de saúde foi utilizado 1% da população geral do município
- 3) Para o cálculo da população de portadores de doenças crônicas, foi utilizado 10% da população não incluída nos demais grupos (refere-se a população de 2 a 19 e 40 a 59 anos)
- 4) Para cálculo da população idosa a vacinar, estimou-se 20% dos idosos como portadores de doenças crônicas.
- 5) A população indígena por município foi fornecida pela Funasa por meio de dados do SIASI. *A maior parte desta população já está incluída na população total do Estado. É importante reforçar que a população menor de 1 ano não está atualizada no SIASI município. Uma planilha enviada paralelamente pelo DESAI informa que são em torno de 7 mil crianças.

2.2.1. Caracterizações dos grupos prioritários e recomendações

A seguir será apresentada a caracterização por grupo a ser vacinado, considerando as particularidades para o êxito da estratégia.

2.2.1.1. Trabalhadores de saúde

Para esta estratégia serão considerados os serviços cujos trabalhadores de saúde estão sob potencial risco de contrair a infecção pelo vírus influenza pandêmica (H1N1) 2009, pelo contato com possíveis suspeitos da doença, especialmente aquele trabalhador cuja ausência compromete o funcionamento do serviço.

Estão incluídos os trabalhadores da Atenção Básica (Estratégia Saúde da Família e unidades do modelo tradicional), das unidades de média e alta complexidades que estão sendo consideradas referências para internação dos portadores/suspeitos, bem como aqueles profissionais de laboratório que realizam sorologia para o H1N1, os que atuam na investigação epidemiológica dos casos, os que desenvolvem ações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A vacinação deste grupo tem como principal finalidade manter em funcionamento os serviços de saúde envolvidos na resposta à pandemia.

Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação dos serviços e o levantamento do quantitativo dos trabalhadores de saúde envolvidos na resposta pandêmica nos diferentes níveis de complexidade da rede de saúde, contemplando médicos, equipes de enfermagem, recepcionistas, pessoal de limpeza, segurança, motoristas de ambulâncias, equipes de laboratório e profissionais que atuam na vigilância epidemiológica dos casos suspeitos.

O envolvimento de associações profissionais, sociedades científicas, da direção dos serviços de saúde e dos gestores, na mobilização dos trabalhadores, poderá ser importante suporte para os organizadores, seja para o levantamento, seja para definir a melhor forma de operacionalizar a vacinação.

A operacionalização da vacinação se dará no período de **8 a 19 de março (1ª etapa da estratégia)**. Diferentes mecanismos para alcance desse grupo dependerão do porte do município e tamanho da rede, visando a otimização de recursos humanos, das vacinas e dos insumos.

2.2.1.2. População indígena aldeada

A vacinação será indiscriminada para a toda população indígena aldeada, a partir dos seis meses de idade. Acontecerá no período de **8 a 19 de março**, concomitante com a dos trabalhadores de saúde, na primeira etapa. A programação como de rotina é articulada entre o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

2.2.1.3. Gestantes

A vacinação das gestantes será realizada no período de **22 de março a 2 de abril (2ª etapa da estratégia)**.

As gestantes deverão receber a vacina contra Influenza pandêmica (H1N1) 2009 **sem adjuvante, em qualquer idade gestacional**. Para o planejamento da ação, torna-se oportuno a identificação, localização e o encaminhamento desse grupo para a vacinação, nas áreas adstritas sob responsabilidade de cada equipe da Estratégia Saúde da Família ou da Atenção Básica tradicional, conforme organização de cada município.

As ações de mobilização e comunicação deverão atender as realidades locais e especificidades do grupo, considerando que não haverá exigência quanto à comprovação da situação gestacional, sendo suficiente para a vacinação que a própria mulher afirme o seu estado de gravidez.

Cabe reforçar junto aos serviços e aos profissionais de saúde que atendem as gestantes, a importância do encaminhamento e vacinação dessa população. A comprovação da vacina administrada deve ser feita no documento utilizado para o registro de outras vacinações (caderneta ou cartão).

A presente pandemia alerta no sentido de que as mulheres grávidas, particularmente, apresentam alto risco e aumento da morbimortalidade com a influenza, e que devem ser vacinadas.

A vacina contra o vírus influenza pandêmico (H1N1) 2009 é segura e indicada para a gestante em qualquer idade gestacional. Até o momento, não há relato de ocorrência de nenhum prejuízo, sequer para a mãe e/ou para o feto. Cita-se, também, que anticorpos transplacentários anti-influenza levariam a proteção indireta dos recém-nascidos.

O Ministério da Saúde e a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) recomendam e reforçam a vacinação prioritária das gestantes em qualquer tempo da gravidez. Nessa perspectiva, a busca do apoio de sociedades de ginecologia e obstetrícia locais é importante para o êxito na cobertura desse grupo.

2.2.1.4. Portadores de doenças crônicas

Esse grupo precisa ser protegido por já se encontrar em situação de vulnerabilidade, podendo apresentar quadros de maior gravidade e morte. A chamada comorbidade consiste na coexistência de diferentes condições patológicas em uma mesma pessoa.

A vacinação dos portadores de doenças crônicas será realizada no período de **22 de março a 2 de abril (2ª etapa da estratégia)**, coincidindo com a vacinação das crianças com idade entre seis meses e menores de dois anos e com a vacinação das gestantes, como já referido.

Estão incluídos no grupo de portadores das doenças crônicas:

1. Pessoas com grande obesidade (Grau III), incluídas atualmente nos seguintes parâmetros:
 - crianças com idade igual ou menor a 10 anos com índice de massa corporal (IMC) igual ou maior que 25;
 - crianças e adolescentes com idade maior de 10 anos e menor de 18 anos com IMC igual ou maior que 35;
 - adolescentes e adultos com idade igual ou maior de 18 anos, com IMC maior de 40;
2. indivíduos com doença respiratória crônica desde a infância (ex: fibrose cística, displasia broncopulmonar).
3. Indivíduos asmáticos (portadores das formas graves, conforme definições do protocolo da Sociedade Brasileira de Pneumologia;
4. Indivíduos com doença neuromuscular com comprometimento da função respiratória (ex: distrofia neuromuscular)
5. Pessoas com imunodepressão por uso de medicação ou relacionada às doenças crônicas;
6. Pessoas com diabetes;
7. Pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e outras doenças respiratórias crônicas com insuficiência respiratória crônica (ex: fibrose pulmonar, sequelas de tuberculose, pneumoconioses);

8. Pessoas com doença hepática: atresia biliar, cirrose, hepatite crônica com alteração da função hepática e/ou terapêutica antiviral;
9. Pessoas com doença renal: insuficiência renal crônica, principalmente em doentes em diálise;
10. Pessoas com doença hematológica: hemoglobinopatias;
11. Pessoas com terapêutica contínua com salicilatos, especialmente indivíduos com idade igual ou menor de 18 anos (ex: doença reumática auto-imune, doença de Kawasaki);
12. Pessoas portadoras da síndrome clínica de insuficiência cardíaca;
13. Pessoas portadoras de cardiopatia estrutural com repercussão clínica e/ou hemodinâmica: hipertensão arterial pulmonar e valvulopatias.
14. Pessoas com cardiopatia isquêmica com disfunção ventricular;
15. Pessoas com cardiopatia hipertensiva com disfunção ventricular;
16. Pessoas com cardiopatias congênitas cianóticas;
17. Pessoas com cardiopatias congênitas acianóticas, não corrigidas cirurgicamente ou por intervenção percutânea;
18. Pessoas com miocardiopatias (Dilatada, Hipertrófica ou Restritiva);
19. Pessoas com pericardiopatias.

A vacinação desse grupo dar-se-á nos próprios serviços de saúde, pois, de modo geral, os portadores dessas patologias frequentam as unidades de saúde ou serviços de referência, sendo acompanhados por profissionais de saúde.

Na organização da estratégia de vacinação, as equipes de coordenação municipal e estadual deverão identificar esses serviços e articular ações para a convocação ou visita de equipes móveis onde será possível localizar e vacinar a população portadora de comorbidade.

Deve ser ressaltado que não será necessária a apresentação de comprovação da vigência de doença crônica, a pessoa apenas deverá identificar-se como tal. Entretanto, chama-se atenção para que, dentro do possível, seja feita uma triagem utilizando as informações da equipe da Estratégia Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde, bem como dos serviços de referência no atendimento de comorbidades. A apresentação de documento de identidade ou de cartão de vacinação é exigida, considerando que o registro da vacina no sistema de informação será feito por faixa etária e grupos prioritários.

A comprovação da vacina administrada deve ser feita no documento utilizado para o registro de outras vacinações (caderneta ou cartão).

2.2.1.5. População com 60 anos e mais de idade portadora de comorbidade

Importante destacar que as pessoas com mais de 60 anos de idade portadores de algum desses agravos receberão as vacinas pandêmica e sazonal. Os serviços devem realizar a vacinação desse grupo na **4ª etapa da estratégia (24 de abril a 7 de maio)**, período de realização da campanha nacional de vacinação do idoso, visando evitar a necessidade de duas visitas a unidade de saúde para a vacinação.

Na administração das duas vacinas, recomenda-se a aplicação uma em cada deltóide, evitando a ocorrência de possíveis eventos adversos locais.

2.2.1.6. Crianças com idade entre seis meses a menores de dois anos (um ano, 11 meses e 29 dias)

Inclui-se, na **2ª etapa da estratégia**, a vacinação de crianças pelo fato das taxas de hospitalização, na vigência da pandemia, terem sido elevadas em crianças muito pequenas, com percentual até 10%. Das que necessitaram de internação, 10% a 15% demandaram atenção diferenciada em unidades de cuidados intensivos e, destas, 2% a 9% foram a óbito.

As crianças nessa faixa etária receberão duas doses de 0,25 ml, devendo-se agendar a segunda dose para 30 dias após a 1ª dose.

De acordo com os estudos disponíveis, a administração de metade da dose da vacina em dois momentos é justificada pela necessidade de promover uma estimulação gradual do sistema imunológico da criança, ainda em formação, para não haver comprometimento da soroconversão. A proteção será conferida com a administração da 2ª dose, garantindo a efetividade da vacina.

A criança receberá a 1ª dose (0,25 ml) da vacina entre **22 de março e 2 de abril (2ª etapa da estratégia)**, coincidindo com a vacinação dos portadores de doenças crônicas e das gestantes, como já referido. Nesse momento, será agendada a 2ª dose (0,25 ml) da vacina para 30 dias após, ou seja, no período de **26 de abril a 7 de maio (4ª etapa da estratégia)**.

ATENÇÃO

A vacinação das crianças de 6 meses de idade a menores de 2 anos é diferenciada.

As crianças tomarão duas doses de 0,25 ml cada uma, com intervalo mínimo entre as doses preconizadas pela CGPNI de 30 dias.

CRIANÇA COM COMORBIDADE

1) Crianças de 2 anos de idade a menores de 3 anos (2 anos, 11 meses e 29 dias) receberão duas doses de 0,25 ml.

2) Crianças nas faixas etárias de 3 a menor de 9 anos (8 anos, 11 meses e 29 dias) receberão duas doses de 0,5 ml cada uma com intervalo mínimo de 30 dias.

3) Crianças a partir de 9 anos de idade deverão receber dose única de 0,5 ml.

O município deverá definir a melhor estratégia para vacinar todas as crianças nessa faixa etária (nas salas de vacinação das unidades de saúde e nos postos volantes em locais de maior fluxo da população, em dias determinados), facilitando o acesso dos pais ou responsáveis, repetindo-se a mesma estratégia por ocasião da 2ª dose.

Os pais ou responsáveis ao levarem suas crianças para a vacinação deverão apresentar caderneta ou cartão para registro da vacina administrada. Caso não tenham a caderneta ou o cartão, devem levar um documento de identificação para checagem da idade e abertura de novo comprovante da vacinação.

2.2.1.7. População adulta de 20 a 39 anos

É um segmento que envolve estudantes, trabalhadores, donas de casa, ou seja, pessoas que enfrentam algumas dificuldades na busca da vacinação, o que torna necessário estabelecer alguns mecanismos que permitam levar a vacina aonde esse grupo possa estar concentrado.

A articulação com diferentes instituições faz-se necessária, a exemplo de universidades, empresas e outras, por ser elemento facilitador do sucesso dessa etapa da estratégia.

A vacinação nesta faixa etária será realizada em dois períodos de **5 a 23 de abril (3ª etapa da estratégia para 20 a 29 anos) e 10 a 21 de maio (5ª etapa da estratégia para 30 a 39 anos)**.

A definição da ampliação da faixa etária de 30 a 39 anos, realizada em parceria com representantes dos estados e municípios, considerou o grupo com maior número ou taxa de hospitalizações e mortes, depois daqueles já priorizados nas quatro etapas anteriormente descritas. A maior oferta mundial de vacinas e a consequente redução de preço também possibilitaram a nova aquisição. No entanto, em virtude do calendário de entrega da vacina pelos laboratórios produtores, só será possível incluir a vacinação deste novo contingente populacional ao final da quarta etapa.

A apresentação de documento, de caderneta ou cartão de vacinação será importante para verificação da idade e, nesse último caso, para o registro da vacina administrada.

3. Meta

A cobertura vacinal a ser alcançada é igual ou maior a 80%, em todos os municípios do Brasil, para os seguintes grupos prioritários: crianças de 6 meses a menores de 2 anos, gestantes e adultos de 20 a 39 anos de idade. Para os demais grupos a serem vacinados, será acompanhado o número absoluto de pessoas vacinadas e não a cobertura vacinal.

4. Operacionalização da Estratégia de Vacinação

A **estratégia de vacinação ocorrerá em etapas**, diferenciando-se das tradicionais ‘campanhas nacionais de vacinação’ pela especificidade dos grupos prioritários selecionados e por não haver a possibilidade da convocação da população em geral, sendo necessário pensar estratégias diferenciadas para o alcance das metas. A administração da vacina será indiscriminada para cada grupo, independentemente do antecedente de vacinação ou doença.

5. Cronograma

A vacinação será iniciada no dia **8 de março** e deverá se prolongar até **21 de maio de 2010**, será realizada em cinco etapas, perfazendo um total de onze semanas de trabalho. As etapas ocorrerão, simultaneamente, em todos os 5.565 municípios do país.

No **Quadro 2**, é apresentada a distribuição temporal dos grupos a vacinar por etapa de vacinação. Como há concomitância de grupos e etapas, é exigida uma atenção específica dos organizadores.

Quadro 2. Distribuição das etapas e grupos prioritários. Brasil, 2010

Grupos prioritários	Semanas da estratégia de vacinação										
	Março			Mar/Abr	Abril				Maio		
	8 a 12	15 a 19	22 a 26	29/03 a 2/04	5 a 10	12 a 16	19 a 23	24 a 30	3 a 7	10 a 14	17 a 21
Trabalhadores de saúde											
População indígena aldeada											
Gestantes											
Crianças de 6 meses a <2 anos			(*)					(**)			
Pessoas com doença crônica											
População de 20 a 29 anos											
Idosos (+60 anos) com doenças crônicas							(***)				
População de 30 a 39 anos											

(*) A 2ª dose (0,25 ml) da vacina para o grupo de 6 meses a menor de 2 anos será agendada para 30 dias depois da 1ª dose.

(**) Administração da 2ª dose (0,25 ml) da vacina no período de 26 de abril a 7 de maio, conforme agendamento.

(***) A vacinação do grupo de idosos será iniciada no sábado, dia 24/4, coincidindo com o dia nacional de vacinação do idoso e com o período da operação da vacina sazonal.

Considerando as características peculiares desta estratégia, o detalhamento da sua organização a partir da programação local, será fundamental para o alcance dos grupos prioritários, pressupondo-se a necessidade de:

- adoção de estratégias diferenciadas de captação desses grupos;
- desenvolvimento de uma estratégia de mobilização e de comunicação social direcionada e específica para as etapas;
- garantia da vacinação segura e do registro da vacina administrada para o usuário;
- informação oportuna; e
- monitoramento e avaliação dos dados administrativos em todos os municípios, conforme recomendação do Programa Nacional de Imunizações.

Observa-se, assim, que **há complexidade na organização da estratégia, especialmente quando se considera a concomitância da vacinação de alguns grupos**, a exemplo da concentração de três grupos na 2ª etapa. A sequência imediata de cada etapa aponta para a importância da definição precisa de como serão feitos o envolvimento e a mobilização dos grupos em cada município, de acordo com o tamanho e a complexidade da mobilização.

Certamente a experiência das equipes das secretarias estaduais e municipais de saúde, com a operacionalização das campanhas nacionais de vacinação exitosas, trará importante contribuição para a estruturação deste novo desafio.

Destaca-se que, diferentemente de outras vacinações de abrangência nacional, não haverá um dia 'D' inicial de mobilização nas cinco etapas no país. No entanto, encontram-se previstos um **sábado (10 de abril)** para uma mobilização maior do grupo de 20 a 29 anos, e outro **sábado (24 de abril)** "dia nacional de vacinação do idoso contra a influenza sazonal". As formas de chamamento e mobilização deverão, portanto, ser diferenciadas.

6. Pontos a Serem Considerados na Estratégia

- » Compromisso público e político assumido pelos gestores das três esferas de governo com a estratégia nacional de vacinação, considerando-a como ação prioritária para a saúde pública.
- » Mobilização e participação ampla de todos os segmentos da sociedade, em especial dos ligados mais diretamente aos grupos prioritários.
- » Articulação das instituições do setor saúde, incluindo a rede de serviços em todos os níveis de complexidade, bem como de outros setores, como educação, trabalho, empresas públicas e privadas, sociedades científicas e acadêmicas, entre outros.
- » Programação detalhada do plano de ação, desde o nível local com a definição da microprogramação por município, definição de estratégias específicas, conforme cada etapa e cada grupo prioritário, estabelecimento das responsabilidades institucionais, incluindo apoio e suporte das esferas estadual e nacional.
- » Definição da estratégia de mobilização dos grupos prioritários, incluindo o uso da mídia local, convencional e alternativa, em complementação à mídia nacional e inserindo informações de interesse mais local, como dias de vacinação, intensificações, localização de postos, etc.
- » Capacitação de profissionais envolvidos, preparando-os para implementação da vacinação de maneira a compreenderem a estratégia proposta, o porquê dos grupos selecionados, a garantia da eficácia da vacina e a importância de não extrapolar para outros grupos.
- » Vigilância da vacinação segura realizada por profissionais identificados, que possibilitarão respostas rápidas às situações específicas, relacionadas a eventos supostamente atribuíveis à vacinação.
- » Alimentação do sistema de informação de modo a monitorar o avanço da estratégia em cada etapa e nos grupos prioritários, que terão acompanhamento da cobertura, conforme orientado pelo Ministério da Saúde, permitindo a avaliação do alcance da meta de vacinação e, quando necessária, a adoção de medidas de correção, revisão de ação específica, inclusive de comunicação e/ou mobilização.

7. Imunobiológicos e Outros Insumos

7.1. Vacinas a Serem Utilizadas na Estratégia de Vacinação

O Ministério da Saúde adquiriu dos laboratórios Glaxo SmithKline (GSK), Sanofi Pasteur/Bu-tantan e Novartis, um total de 112,9 milhões de doses da vacina monovalente influenza pandêmica (H1N1) 2009, sendo 68 milhões de doses sem adjuvante e 44,9 milhões de doses com adjuvante. O Quadro 3 demonstra o quantitativo de doses de vacinas a serem distribuídas para as unidades federadas, por etapa. A população de trabalhadores de saúde foi baseada no levantamento feito por cada estado.

A distribuição das vacinas deverá considerar a capacidade de armazenamento nos estados e municípios, bem como a disponibilidade de entrega do produto pelos laboratórios e a população a vacinar em cada etapa.

Quadro 3. Quantitativo de distribuição de doses da vacina da influenza pandêmica (H1N1) 2009, segundo unidade federada. Brasil, 2010

UF	1ª ETAPA			2ª ETAPA			3ª ETAPA			4ª ETAPA			5ª ETAPA			TOTAL GERAL
	Trabalhadores de saúde	População Indígena	População total 1ª etapa	População total	Vacinação total c/10% c/ajustes	Gestante	Pessoas c/ doenças crônicas < 60 anos	6M a 1A 11M 29D	População total	Vacinação total c/10% c/ajustes	Portadores de doenças crônicas 60 anos e +	População total c/10% c/ajustes	População 30 a 39 anos	Vacinação total c/10% c/ajustes	População total c/10% c/ajustes	
RO	19.551	10.540	30.091	33.100	28.248	106.049	36.573	170.870	187.960	292.212	321.430	19.638	21.600	231.831	255.000	819.090
AC	6.912	18.164	25.076	27.650	16.447	48.373	26.529	91.349	100.480	132.275	145.500	8.448	9.290	95.632	105.200	388.120
AM	44.114	136.267	180.381	198.420	68.586	239.660	109.142	417.388	459.130	670.049	737.050	37.806	41.590	500.978	551.080	1.987.270
RR	5.479	48.737	54.216	59.640	11.546	30.014	15.087	56.647	62.310	79.470	87.420	3.824	4.210	63.294	69.620	283.200
PA	96.604	26.018	122.622	134.880	143.416	517.007	225.927	886.350	974.980	1.474.068	1.621.470	99.647	109.610	1.076.446	1.184.100	4.025.040
AP	8.146	7.188	15.334	16.870	17.324	44.307	22.404	84.035	92.440	120.462	132.510	5.761	6.340	87.319	96.050	344.210
TO	16.797	11.726	28.523	31.380	24.222	88.700	36.387	149.309	164.240	252.632	277.890	20.760	22.840	187.640	206.400	702.750
Norte	197.602	258.640	456.242	501.940	309.789	1.074.110	472.049	1.855.947	2.041.540	3.021.168	3.323.270	195.883	215.480	2.243.140	2.467.450	8.549.679
MA	82.772	28.477	111.249	122.370	131.199	430.611	188.316	750.126	825.140	1.302.491	1.432.740	98.955	108.850	835.471	919.020	3.408.120
PI	40.887	-	40.887	44.980	62.311	211.405	78.953	352.668	387.930	629.194	692.110	55.373	60.910	434.209	477.630	1.663.560
CE	85.478	22.430	107.908	118.700	153.275	579.677	200.081	933.032	1.026.330	1.637.059	1.800.760	161.272	177.400	1.206.311	1.326.940	4.450.130
RN	31.376	-	31.376	34.510	56.083	211.457	74.288	341.827	376.010	606.442	667.090	60.904	66.990	459.090	505.000	1.649.600
PB	37.700	12.728	50.428	55.470	64.382	251.060	91.326	406.768	447.440	720.407	792.450	82.028	90.230	539.568	593.520	1.979.110
PE	88.103	40.010	128.113	140.920	152.198	596.673	217.556	966.426	1.063.070	1.664.294	1.830.720	175.017	192.520	1.325.899	1.458.590	4.685.820
AL	41.029	15.782	56.811	61.080	71.850	217.151	87.077	376.078	413.680	592.323	651.550	49.769	54.750	435.637	479.200	1.660.260
SE	29.333	392	29.725	32.700	40.579	138.090	54.932	233.600	256.960	387.211	425.930	34.098	37.510	298.447	328.300	1.081.400
BA	190.288	25.396	215.684	237.250	273.510	981.017	331.412	1.585.939	1.744.530	2.880.743	3.168.820	279.607	307.570	2.162.121	2.378.330	7.836.500
Nordeste	626.966	145.215	772.181	847.980	1.005.387	3.617.141	1.323.988	5.946.466	6.541.090	10.420.164	11.462.170	997.024	1.096.730	7.696.753	8.466.530	28.414.500
MG	200.341	11.334	211.675	232.840	304.938	1.358.567	388.001	2.051.505	2.256.660	3.617.587	3.979.350	443.289	487.620	3.017.405	3.319.150	10.275.620
ES	43.000	2.924	45.924	50.520	57.178	238.261	77.472	372.911	410.200	649.862	714.850	67.987	74.790	539.995	594.000	1.844.360
RJ	205.000	582	205.582	226.140	195.465	1.093.434	323.565	1.612.464	1.773.710	2.654.419	2.919.860	403.586	443.940	2.470.720	2.717.790	8.081.440
SP	704.684	6.240	710.924	782.020	562.144	2.834.817	902.058	4.299.019	4.728.920	7.357.196	8.092.920	907.139	997.850	6.705.794	7.376.370	23.836.500
Sudeste	1.153.025	21.080	1.174.105	1.291.520	1.119.725	5.525.078	1.691.096	8.335.899	9.169.490	14.279.064	15.706.960	1.822.002	2.004.200	12.733.914	14.007.310	42.179.500
PR	138.921	13.016	151.937	167.130	140.703	737.337	226.421	1.104.461	1.214.910	1.883.369	2.071.700	228.764	251.640	1.641.345	1.805.480	5.510.860
SC	61.187	9.331	70.518	77.570	77.738	422.683	127.767	628.188	691.000	1.100.510	1.210.560	126.702	139.370	938.144	1.031.960	3.150.460
RS	137.750	19.001	156.751	172.430	128.114	737.533	202.782	1.068.429	1.175.270	1.861.144	2.047.260	283.366	311.700	1.569.704	1.726.670	5.433.330
Sul	337.858	41.348	379.206	417.130	346.555	1.897.553	556.970	2.801.078	3.081.180	4.845.023	5.329.520	638.832	702.710	4.149.193	4.564.110	14.094.650
MS	28.250	68.695	96.945	106.640	40.276	162.648	61.818	264.742	291.220	430.609	473.670	44.530	48.980	356.788	392.470	1.312.980
MT	39.022	35.379	74.401	81.840	53.503	210.102	73.529	337.134	370.850	568.344	625.180	45.006	49.510	483.050	531.350	1.658.730
GO	77.042	472	77.514	85.260	93.883	410.509	130.532	634.924	698.420	1.106.577	1.217.230	105.034	115.540	986.944	1.085.640	3.202.090
DF	26.069	-	26.069	28.670	44.571	183.433	66.252	294.256	323.680	497.014	546.710	37.306	41.040	462.666	508.930	1.449.030
Centro-oeste	170.383	104.546	274.929	302.410	232.233	966.691	332.130	1.531.054	1.684.170	2.602.544	2.862.790	231.876	255.070	2.289.448	2.518.390	7.622.830
BRASIL	2.485.834	570.829	3.056.663	3.360.980	3.013.689	13.080.574	4.376.181	20.470.444	22.517.470	35.167.963	38.684.730	3.885.617	4.274.190	29.112.448	32.023.790	100.861.160

Fonte: IBGE 2009; SIM 2008; SINASC 2008

7.2. Seringas e Agulhas a Serem Utilizadas na Estratégia de Vacinação

O Ministério da Saúde adquiriu, com recursos próprios, cerca de 75 milhões de seringas e agulhas para distribuição às unidades federadas. Para a inclusão da faixa etária de 30 a 39 anos, o Ministério irá adquirir quantidade adicional desse insumo. O Quadro 4 apresenta o demonstrativo da distribuição.

Quadro 4. Distribuição do quantitativo de seringas agulhadas, segundo unidade federada. Brasil, 2010

UF	População total a ser vacinada	Quantitativo de seringas 3ml com agulha 20x5,5 (para crianças de 6 meses a <1 ano - Foi distribuído)	Quantitativo de seringas 3ml com agulha 25x6,0	Total de seringas
RO	740.130	15.500	781.376	796.876
AC	350.768	10.300	381.510	391.810
AM	1.796.421	52.500	1.915.820	1.968.320
RR	256.187	4.500	272.624	277.124
PA	3.636.840	112.000	3.885.176	3.997.176
AP	311.031	8.200	335.410	343.610
TO	634.987	15.400	675.378	690.778
Norte	7.726.364	218.400	8.247.294	8.465.694
MA	3.079.191	93.000	3.286.719	3.379.719
PI	1.502.896	37.000	1.591.402	1.628.402
CE	4.045.440	98.800	4.245.798	4.344.598
RN	1.499.640	34.700	1.573.970	1.608.670
PB	1.799.199	43.400	1.890.648	1.934.048
PE	4.259.749	107.700	4.477.386	4.585.086
AL	1.499.863	41.200	1.597.826	1.639.026
SE	973.946	24.800	1.038.074	1.062.874
BA	7.080.181	165.800	6.107.392	6.273.192
Nordeste	25.740.105	646.400	25.809.215	26.455.615
MG	9.341.461	194.600	9.729.642	9.924.242
ES	1.668.550	36.300	1.754.192	1.790.492
RJ	7.301.875	161.800	7.670.509	7.832.309
SP	19.689.229	456.770	20.883.126	21.339.896
Sudeste	38.001.115	849.470	40.037.469	40.886.939
PR	4.977.817	112.200	5.236.363	5.348.563
SC	2.864.062	62.000	2.991.934	3.053.934
RS	4.910.785	100.200	5.142.288	5.242.488
Sul	12.752.664	274.400	13.370.585	13.644.985
MS	1.187.407	28.400	1.255.508	1.283.908
MT	1.498.930	34.300	1.581.512	1.615.812
GO	2.893.214	63.400	3.041.650	3.105.050
DF	1.317.310	30.600	1.383.923	1.414.523
SADM			7.386.944	7.386.944
Centro-oeste	6.896.861	156.700	14.649.537	14.806.237
TOTAL	91.117.110	2.145.370	102.114.100	104.259.470

Fonte: GT-GEIN/CGPNI/DEVEP/SVS/MS

7.3. Conservação da Vacina

Para garantir a efetividade da vacina contra o vírus influenza pandêmica (H1N1) 2009, é necessário mantê-la em condições adequadas de conservação, ou seja, entre +2°C e +8°C. A vacina não pode ser congelada, uma vez que o congelamento provoca perda de potência. Também não pode ser exposta à luz solar direta.

Durante a estratégia, a vacina deverá estar acondicionada em caixa térmica, estabelecendo uma proporção adequada entre a quantidade de vacinas a ser acondicionada e a quantidade de bobinas de gelo reutilizáveis, que devem ser dispostas no fundo e nas laterais da caixa. A vacina em uso deve ser acondicionada dentro da caixa térmica devidamente climatizada. A temperatura no interior da caixa térmica deve ser monitorada de forma sistematizada. Na vacinação extramuros, deve ser feita uma previsão de vacinas a serem utilizadas, de forma que não falte ou tenha excedente no final das atividades.

Chama-se atenção que, ao se transportar as caixas térmicas com vacinas, deve-se mantê-las distante de fontes de calor, como o motor do veículo, e fora do alcance da luz solar direta. Manter caixa térmica com bobinas de gelo reutilizáveis para reposição.

8. Administração da Vacina Influenza (H1N1) 2009

A administração da vacina deverá ser exclusivamente por via Intramuscular (IM). Os locais selecionados devem estar distantes dos grandes nervos e de vasos sanguíneos, sendo os mais utilizados: o músculo vasto lateral da coxa e o músculo deltóide. Em crianças de 6 meses a menor de 2 anos idade, preferentemente administrar no vasto lateral da coxa.

A administração desta vacina segue as recomendações técnicas do Manual de Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde e de outras normas técnicas do PNI.

As especificações técnicas dos diferentes tipos de vacina que serão utilizadas na estratégia de vacinação, consta no Quadro 5.

8.1. Nota aos Doadores de Sangue

De acordo com a Nota técnica nº 2/2010 CGTO/DIDBB/Anvisa recomenda que sejam tornado **inaptos temporariamente**, pelo período de **48 horas**, os candidatos à doação que tiverem sido vacinados contra influenza A (H1N1).

O critério para inaptidão de doadores definido para vacinas de vírus ou bactérias mortos, toxóides ou recombinantes de influenza (gripe), do anexo VI da RDC nº 153 de 14 de junho de 2004, **não se aplica à influenza pandêmica A (H1N1)**.

8.2. Eficácia Após Administração da Vacina

A vacina monovalente contra a gripe A (H1N1) 2009, adquirida pelo Ministério da Saúde, é constituída de um vírus inativado e registra uma efetividade média maior que 95%. A resposta máxima na produção de anticorpos é observada entre o 14º e o 21º dia após a vacinação.

8.3. Administração Simultânea com Outras Vacinas

Como regra geral, seguindo as orientações dos laboratórios produtores, uma vacina inativada pode ser administrada simultaneamente ou em qualquer data antes ou depois de outra vacina (viva ou inativada), não devendo perder-se oportunidades de vacinação.

Quadro 5. Especificações técnicas dos diferentes tipos de vacina

Vacina	Fabricante	Cepa	Composição		Informações técnicas				Prazo de utilização após abertura do frasco
			Com adjuvante	Sem adjuvante	Apresentação	Preparo	Via de administração	Posologia	
Influenza A (H1N1) 2009 vacina monovalente	Sanofi Pasteur/Butantan	A/California/7/2009 (H1N1) (NM/CX-179A)	Aguardando informações do laboratório	<p>1) Antígeno propagado em ovos: Cepa análoga A/California/7/2009 (H1N1) (NM/CX-179A) ... 15mcg (expresso em microgramas de hemaglutina) por dose de 0,5mL.</p> <p>2) Os outros componentes são: Tromersal (45mcg por dose de 0,5mL), cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato dissódico hidratado, dióxido de fosfato de potássio e água para injeção.</p>	<p>Frasco multidoso: 10 doses de 0,5ml</p> <p>Suspensão (líquido opalescente, leitoso, transparente e incolor)</p> <p>Agitar o frasco multidoso antes de retirar cada dose da vacina. Após utilização manter o frasco multidoso sob condições recomendadas de armazenamento, entre +2 °C e +8 °C.</p> <p>Não congelar</p>	<p>Intramuscular</p> <p>1) Criança vasto lateral da coxa</p> <p>2) Adulto: músculo deltoide</p>	<p>1) Crianças > 6 meses a <3 anos de idade, 2 doses de 0,25ml com intervalo de 30 dias</p> <p>2) Crianças de 2 anos a <3 anos com comorbidade, 2 doses de 0,25ml com intervalo de 30 dias</p> <p>3) Crianças de anos a <9 anos com comorbidade, 2 doses de 0,5ml com intervalo de 30 dias.</p> <p>4) Maior ou igual a 9 anos de idade, adulto, gestante e idoso, 1 dose de 0,5ml</p>	<p>A vacina pode ser utilizada desde condições de assepsia e temperatura entre +2°C e +8°C por 7 dias</p>	
Influenza A (H1N1) 2009 vacina monovalente	GSK	Virus like-v (H1N1) A/California/7/2009	<p>1) Antígeno propagado em ovos: like-v (H1N1) A/California/7/2009 ... 3,75mcg (expresso em microgramas de hemaglutina) por dose de 0,5ml.</p> <p>2) Adjuvante: AS03 composto de esqualeno, DL-α-tocopherol e polissorbato 80</p> <p>3) Excipientes: Suspensão: tromersal, cloreto de sódio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monobásico, cloreto de potássio monobásico, cloreto de potássio, água para injeção</p> <p>Emulsão: cloreto de sódio, fosfato de sódio dibásico, fosfato de potássio monobásico, cloreto de potássio, água para injeção</p>	<p>Frasco multidoso: 10 doses de 0,5ml</p> <p>Suspensão (líquido opalescente, leitoso e incolor)</p> <p>Antes de misturar a emulsão com a suspensão, cada um desses componentes deve ser agitado. Para fazer a mistura, retira-se com a seringa o conteúdo do frasco que contém a emulsão e adiciona-se esse conteúdo do frasco que contém a suspensão. Após a adição da emulsão na suspensão, a mistura deve ser bem agitada. O aspecto da vacina pronta para uso é de um líquido esbranquiçado</p>	<p>Intramuscular exclusiva</p> <p>1) criança <2 anos administrar no músculo vasto lateral da coxa</p> <p>2) criança >2 anos e adulto músculo deltoide</p>	<p>1) Crianças > 6 meses a <2 anos de idade, 2 doses de 0,25ml com intervalo de 30 dias</p> <p>2) Crianças de 2 anos a <9 anos de idade, 2 doses comorbidade, 2 doses de 0,25ml com intervalo de 30 dias</p> <p>3) Maior ou igual a 9 anos de idade, adulto, gestante e idoso, 1 dose de 0,5ml.</p>	<p>24 horas</p>		
Influenza A (H1N1) 2009 vacina monovalente-FLUVRIN(H1N1)	Novartis	Virus like-v (H1N1) A/California/7/2009	—	<p>1) Antígeno propagado em ovos: virus like-v (H1N1) A/California/7/2009 ... 15mcg (expresso em microgramas de hemaglutina) por dose de 0,5mL</p> <p>2) Os outros componentes são: Tromersal (25mcg por dose de 0,5mL) também pode conter restos de proteínas do ovo (ovalbumina menor ou igual a 1mcg), polimixina (mcg menor ou igual a 3,75), neomicina (2,5mcg menor ou igual), betapropiolactone (não mais que 0,5mcg)</p>	<p>Frasco multidoso: 10 doses de 0,5ml</p> <p>Suspensão (líquido opalescente, leitoso, transparente e incolor)</p> <p>Agitar o frasco multidoso antes de retirar cada dose da vacina. Após utilização manter o frasco multidoso sob condições recomendadas de armazenamento, entre +2°C e +8°C.</p> <p>Não congelar</p>	<p>Intramuscular</p> <p>1) criança vasto lateral da coxa</p> <p>2) adulto músculo deltoide</p>	<p>1) Crianças a partir dos 4 anos a <9 anos de idade com comorbidade, 2 doses de 0,5ml com intervalo de 30 dias</p> <p>3) Maior ou igual a 9 anos de idade, adulto, gestante e idoso, 1 dose de 0,5ml.</p>	<p>24 horas</p>	

1) Contém tromersal como conservante, um derivado de mercúrio

Assim, quando for necessária a administração concomitante de outra vacina ou com um intervalo inferior a quatro semanas, esta deve ser efetuada em locais anatômicos diferentes, com registro do local de cada injeção, de acordo com o recomendado pelo Programa Nacional de Imunização.

9. Vacinação Segura

Constitui ferramenta importante para prevenir eventuais erros no armazenamento, conservação, preparo e administração da vacina, sendo de vital importância para a atividade de vacinação, seja rotina ou campanhas, destacando-se como aspectos fundamentais:

- uso dos insumos apropriados (vacinas, seringas e agulhas);
- adoção de procedimentos seguros no manuseio, preparo (volume e dosagem) e na administração da vacina.

Os manuais, informes técnicos e as supervisões são instrumentos recomendados pelo PNI para treinamento e capacitação das equipes de vacinação com o objetivo de uma vacinação segura.

10. Monitoramento dos Eventos Adversos Pós-Vacinação (EAPV)

Dados sobre a ocorrência de EAPV com a vacina influenza sazonal são a base de interpretação dos eventos que poderão ocorrer com a vacina pandêmica (H1N1) 2009. A vacina contra a influenza (gripe) tem um perfil de segurança excelente, sendo utilizada no Brasil em estratégia de campanha anual para a população com 60 anos ou mais e para adultos e crianças acima de 6 meses, em situações clínicas especiais, de acordo com as indicações do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE). As vacinas contra influenza utilizadas no Brasil são inativadas, contendo vírus mortos, fracionados ou em subunidades, não podendo, portanto, causar influenza (gripe). Processos agudos respiratórios após a administração da vacina significam processos coincidentes e não estão relacionados com a vacina, portanto, sem relação causa-efeito.

Todos os profissionais da saúde que tenham conhecimento da suspeita de EAPV, incluindo erros programáticos ou operacionais (problemas na cadeia de frio, erros de preparação da dose ou erros na via de administração), deverão notificar de imediato, por telefone ou fax, às autoridades de saúde, seguindo o fluxo preconizado pela CGPNI.

Entretanto, atenção especial deverá ser dada à notificação dos seguintes eventos adversos quando temporalmente associados e que são considerados de especial interesse para a farmacovigilância de vacinas influenza pandêmica (H1N1) 2009:

- síndrome de Guillain-Barré (SGB),
- anafilaxia,
- óbitos súbitos inesperados;
- outros EAPV graves² ou inusitados; e
- erros programáticos ou operacionais.

A OMS estima uma incidência aproximada de 10 a 100 EAPV por 100 mil doses de vacinas aplicadas e, dentre esses, uma incidência de 0,5 a 2 eventos adversos graves (EAG) por 100 mil doses de vacinas distribuídas.

2) São eventos adversos que representaram risco de óbito ou que resultaram em óbito, internação ou prolongamento da hospitalização, incapacidade permanente ou significativa, anormalidade congênita e/ou efeito clinicamente significante.

“Rumores” que, por ventura, vierem a surgir deverão ser investigados imediatamente, para que a sociedade receba as informações corretas e para que não se levantem dúvidas quanto à credibilidade, eficácia e segurança da vacina.

Considera-se importante e imprescindível que as Coordenações Estaduais e Municipais de Imunizações possam dar respostas rápidas, oportunas e corretas referente aos Eventos Adversos Pós Vacinais. Para tal, o Ministério da Saúde elaborou um Protocolo da Vigilância dos EAPV visando orientar as equipes na identificação, notificação e investigação dos possíveis eventos durante a estratégia nacional de vacinação contra o vírus influenza pandêmico (H1N1) 2009, que será disponibilizado pela CGPNI.

O Ministério da Saúde recomenda às Secretarias Estaduais de Saúde por meio das Coordenações Estaduais de Imunizações o monitoramento da distribuição dos lotes da vacina influenza pandêmica (H1N1) 2009 junto às Regionais/Municípios.

Cabe às Secretarias Municipais de Saúde orientarem a Rede de Serviços para o registro no cartão/caderneta de vacinação do nome do laboratório produtor e número do lote da vacina administrada.

11. Contra Indicações à Administração da Vacina

A vacina contra o vírus influenza pandêmica (H1N1) 2009 é muito segura e, em função disso, as contraindicações à sua administração são bastante restritas, a exemplo:

- a) antecedentes de reação anafilática severa aos componentes da vacina;
- b) doenças agudas graves.

Os eventos adversos relacionados à vacinação contra Influenza são pouco frequentes e, na sua maioria, são passageiros e se resolvem naturalmente, em até 48 horas.

12. Registro e Informações

A informação oportuna e de qualidade permitirá traçar ajustes e correções durante a estratégia de vacinação de cada grupo prioritário e na conclusão de cada etapa.

Como nas campanhas nacionais de vacinação, o Ministério da Saúde estará disponibilizando, por intermédio do Departamento de Informática do SUS (Datasus/RJ), no site <http://pni.datasus.gov.br>, ferramenta on-line para o registro consolidado dos dados por município, possibilitando a informação quase em tempo real.

A CGPNI está recomendando um modelo de boletim para o registro dos dados por grupo prioritário, em cada sala de vacina ou posto de vacinação (conforme a estratégia adotada), de modo a padronizar a coleta de dados nos 5.565 municípios.

Os dados serão coletados pelas Coordenações Municipais e a consolidação será digitada no site, utilizando para tanto a senha própria, exclusiva de cada município. A digitação poderá ser realizada a qualquer momento, considerando que a página estará disponível on-line permanentemente. A chamada no site tem a denominação INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009.

A entrada dos dados no site <http://pni.datasus.gov.br> será feita na tela no formato a seguir:

Quadro 6. Entrada de dados da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009 no site

Grupos prioritários	Faixa etária						
	6M a 1A 11M e 29D	2A a 9A	10A a 19A	20A a 29A	30A a 39A	40A a 59A	60A e +
Trabalhadores de saúde							
Indígenas (aldeados)							
Gestantes							
Portadores de doenças crônicas							
Crianças de 6 meses a <2 anos							
Adultos							

Fonte: CGPNI/SVS/MS

O dado deverá ser registrado nas células abertas (em branco), considerando os seguintes critérios:

Grupo prioritário 1 = TRABALHADORES DA SAÚDE

- » Neste campo registrar as doses aplicadas em todas as pessoas identificadas como “trabalhadores da saúde” segundo faixa etária especificada.

Importante: NÃO REGISTRAR NESTE CAMPO AS GESTANTES E INDÍGENAS mesmo que estejam na condição de trabalhadores da saúde. Gestantes e Indígenas devem ser registrados no campo próprio.

Grupo prioritário 2 = INDÍGENAS ALDEADOS

- » Neste campo registrar as doses aplicadas em TODA a população indígena segundo faixa etária especificada, **EXCETO** para as gestantes.

Importante: Não deverão ser registradas neste campo as mulheres que mesmo pertencendo à população indígena estão na condição de gestante, pois, como já orientado, estas serão registradas em seu campo específico.

Grupo prioritário 3 = GESTANTES

- » A dose aplicada na gestante de qualquer idade gestacional será registrada **SOMENTE** no campo GESTANTES nas células correspondentes, segundo faixa etária especificada.

Importante: mesmo que a grávida vacinada pertença a qualquer outro grupo prioritário (portador de doença crônica, de trabalhador de saúde, indígena aldeado), o registro **DEVERÁ** ser feito **SOMENTE** no campo “GESTANTES”.

Grupo prioritário 4 = PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

- » Neste campo registrar as doses aplicadas em pessoas incluídas na condição de PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA, conforme lista de agravos padronizada pelo Ministério da Saúde, segundo faixa etária especificada.

Importante: não deverão ser registradas neste campo as GESTANTES e os INDÍGENAS, mesmo que estejam nessa condição, pois, como já orientado, estes serão registrados em seus campos específicos.

Grupo prioritário 5 = CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS (6 meses a 1 ano 11 meses e 29 dias)

- » Neste campo, que é único, registrar as doses aplicadas em crianças saudáveis com idade entre seis meses e menor de dois anos (um ano, 11 meses e 29 dias).

Importante:

- Se a criança estiver nesta faixa etária e for portadora de doença crônica, registrar a dose aplicada no campo PORTADOR DE DOENÇAS CRÔNICAS, na célula correspondente à sua faixa de idade (6 meses a 1 ano 11 meses e 29 dias);
- Se a criança estiver nesta faixa etária e pertencer à população indígena aldeada, registrar a dose aplicada no campo INDÍGENAS na célula correspondente à sua faixa de idade (6 meses a 1 ano, 11 meses e 29 dias);

Grupo prioritário 6 = ADULTOS (20 a 29 anos e 30 a 39 anos de idade)

- » Nestes campos, registrar as doses aplicadas em adultos.

Importante:

- Se o adulto desta faixa etária for portador de doença crônica, registrar a dose aplicada no campo PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS, na coluna de 20 a 29 anos ou 30 a 39 anos;
- Se o adulto desta faixa etária faz parte do grupo de trabalhadores da saúde, o registro deverá ser feito no campo TRABALHADORES DA SAÚDE na célula correspondente à sua faixa de idade (20 a 29 anos de idade ou 30 a 39 anos).
- Se o adulto desta faixa etária pertencer à população indígena aldeada, o registro da dose aplicada deverá ser feito no campo INDÍGENAS na célula correspondente à sua faixa de idade (20 a 29 anos de idade ou 30 a 39 anos).

As crianças de 6 meses a um ano 11 meses e 29 dias e de 2 anos a menor de 9 anos de idade receberão duas doses, conforme orientação do Informe Técnico (faixa etária e dose).

Primeiramente, será administrada a primeira dose (D1) e o registro será realizado no campo disponível no site.

A segunda dose (D2) será administrada posteriormente (data no Informe Técnico) e será registrada no campo disponível no site, conforme modelos a seguir.

A própria consolidação dos dados no site possibilitará a leitura dos resultados por meio de relatórios de doses aplicadas e de coberturas vacinais dos grupos de crianças, gestantes e adultos jovens, além de facilitar o repasse das informações para o Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações (SI-API).

Acordo entre as esferas de gestão nacional e estadual do Programa de Imunizações desobriga o registro de doses aplicadas no SI-API, entretanto, a critério da UF e do município, a entrada de dados no referido sistema será possível considerando as mesmas orientações de registro no site.

Quadro 7. Entrada de dados da 2ª dose da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009 no site

Grupo prioritário	6M a 1A 11M e 29D (2ª dose)	2 anos a <9 anos (2ª dose)
Crianças		

Fonte: CGPNI/DEVEP/SVS/MS

- » Campo 1: INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009 – população vacinada com **exceção** da gestante.

Quadro 8. Entrada de dados da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009, sem a gestante

Dose	Faixa etária						
	& m a 1A 11M e 29D	2A a 9A	10A a 19A	20A a 29A	30A a 39A	40A a 59A	60A e +
D1							
D2							

Fonte: CGPNI/DEVEP/SVS/MS

- » Campo 2: INFLUENZA PANDÊMICA (H1N1) 2009 – GESTANTES

Quadro 9. Entrada de dados da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009, com as gestantes

Dose	Gestantes (10 a 19 anos)	Gestantes (20 a 29 anos)	Gestantes (30 a 39 anos)	Gestantes (40 a 49 anos)
D1				

Fonte: CGPNI/DEVEP/SVS/MS

O site será disponibilizado para digitação um dia antes do início da estratégia de vacinação.

13. Financiamento

A estratégia de vacinação contra a Influenza Pandêmica (H1N1) 2009, como as demais ações desenvolvidas no âmbito do SUS, será co-financiada pelas três esferas de Governo.

O Ministério da Saúde investiu recursos da ordem de R\$ 1 bilhão de reais na aquisição da vacina e cerca de R\$ 24,8 milhões para a compra de seringas agulhadas. Transferiu do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde, conforme Portaria GM/MS nº 3.301, de 24/12/2009, um montante de R\$ 11,37 milhões, conforme detalhado na Tabela 2.

Tabela 2. Repasse efetuado conforme Portaria/GM/MS nº 3.301 de 24 de dezembro de 2009 - Influenza Pandêmica (H1N1) 2009

UF	Repasse (R\$)
Acre	130.238,35
Alagoas	252.345,13
Amapá	116.880,39
Amazonas	623.687,35
Bahia	1.098.985,26
Ceará	653.037,06
Distrito Federal	79.212,50
Espírito Santo	200.716,72
Goiás	341.245,00
Maranhão	529.854,05
Mato Grosso	178.991,52
Mato Grosso Sul	141.697,08
Minas Gerais	1.116.913,44
Pará	1.314.340,17
Paraíba	289.482,08
Paraná	306.070,88
Pernambuco	685.123,24
Piauí	249.116,14
Rio de Janeiro	451.864,00
Rio Grande do Norte	237.256,34
Rio Grande do Sul	303.200,76
Rondonia	246.492,62
Roraima	77.622,16
Santa Catarina	172.972,90
São Paulo	1.190.636,06
Sergipe	162.345,56
Tocantins	228.165,30
TOTAL	11.378.492,06

A Tabela 3 demonstra a proposta de repasse de recursos financeiros a ser efetuados a partir da publicação da Terceira Medida Provisória - Influenza Pandêmica (H1N1) 2009.

Tabela 3. Proposta de repasse de recursos financeiros a ser efetuados a partir da publicação da Terceira Medida Provisória - Influenza Pandêmica (H1N1) 2009

UF	Total estimado para 2º Repasse (R\$)
Acre	347.578,44
Alagoas	833.135,00
Amapá	305.829,06
Amazonas	1.839.762,24
Bahia	4.075.959,54
Ceará	2.289.974,89
Distrito Federal	432.240,73
Espírito Santo	954.747,26
Goiás	1.665.727,10
Maranhão	3.083.642,97
Mato Grosso	1.564.908,15
Mato Grosso do Sul	684.242,64
Minas Gerais	5.360.301,01
Pará	3.641.571,20
Paraíba	1.019.772,33
Paraná	1.621.963,87
Pernambuco	2.410.649,48
Piauí	841.188,30
Rio de Janeiro	4.114.524,12
Rio Grande do Norte	855.828,37
Rio Grande do Sul	1.599.478,45
Rondonia	768.288,94
Roraima	279.695,79
Santa Catarina	941.259,34
São Paulo	6.454.341,78
Sergipe	542.168,53
Tocantins	637.728,20
TOTAL	49.166.507,72

14. Comunicação Social

Devido a magnitude da estratégia de vacinação – com públicos e cronograma diferenciados – as ações de comunicação social foram desenvolvidas para atender os formadores de opinião (educadores, profissionais de saúde e sociedade civil), imprensa e publicidade. Além dos esforços dos governos federal, estadual, municipal, sociedades científicas e entidades de classe, a comunicação social priorizou também ações pontuais capazes de influenciar na captação dos grupos prioritários, de acordo com as diferentes etapas.

As mídias televisiva e do rádio esclarecerão o cronograma de vacinação e ressaltarão a importância da prevenção. Várias ferramentas de suporte, como papelaria (cartaz e folder) e mobiliário urbano também fazem parte da estratégia.

As mensagens enfocam características específicas de cada grupo prioritário e o objetivo do governo federal com a imunização em massa, ou seja, evitar que adoeçam pessoas com maior risco de desenvolver quadro grave de Influenza H1N1. A campanha publicitária preparada pelo Ministério da Saúde está sendo trabalhada em três fases:

- a) na 1ª fase, intitulada Prevenção, será veiculada a partir do dia 12 de fevereiro, nas regiões Norte e Nordeste, e a partir de 22 de fevereiro, nas demais regiões, até o encerramento da vacinação. As mensagens focarão medidas de higiene e de comportamento individuais e coletivas voltadas à prevenção da influenza.
- b) na 2ª fase, prevista para o período de 4 a 13 de março, serão veiculadas mensagens para informar a população brasileira sobre o cronograma de vacinação;
- c) na 3ª fase, prevista para o período de 15 de março a 7 de maio, serão veiculadas mensagens por grupo prioritário, chamando cada um para o período de vacinação.

No nível local, será importante envolver líderes e personagens reconhecidos pela sociedade, que possam influenciar positivamente o público selecionado (gestantes, pessoas com comorbidades, dentre outros).

A participação dos meios de comunicação de coberturas nacional, estadual e local é essencial para informar à população. As associações de trabalhadores de saúde, sociedades científicas, especialmente as de obstetrícia, ginecologia, infectologia, pediatria, cardiologia, oncologia, pneumologia e imunologia e o Comitê Técnico Assessor em Imunizações têm a função fundamental de porta-voz e formadores de opinião.

14.1. Gerenciamento da Comunicação de Risco

No âmbito do Governo Federal, o gerenciamento da Comunicação de Risco será coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde em articulação com a Assessoria de Comunicação Social do Ministério da Saúde e terá como pressuposto a:

- Divulgação oportuna de informações referentes à notificação de qualquer problema relacionado com as vacinas, bem como de possíveis alertas de segurança destinados a diferentes segmentos da sociedade brasileira. Essa atividade permitirá que os profissionais da saúde e a população em geral tenham conhecimento de novos dados de segurança das vacinas disponibilizadas no país.

O objetivo da Comunicação de Risco é estabelecer procedimentos que permitam contribuir para mudança nos conhecimentos, atitudes e comportamentos de segmentos da sociedade e do público em geral frente à situação emergencial de saúde; estabelecimento de uma relação de confiança entre comunidade e autoridades de saúde; e integração da população no processo de gerenciamento do risco associado às vacinas influenza pandêmica (H1N1).

15. Monitoramento e Avaliação da Estratégia

As equipes responsáveis pela organização e execução da estratégia de vacinação deverão receber informes sobre operacionalização, indicações, contra-indicações, conservação, preparo da vacina, descarte de materiais, o registro e consolidação de dados, o acompanhamento de EAPV e monitoramento de coberturas, entre outras informações.

O Ministério da Saúde estará disponibilizando, mais uma vez, cooperação técnica individualizada por meio de assessores em diferentes fases da estratégia, direcionando-a para unidades federadas onde foi detectada a necessidade de maior suporte ou atendendo a demanda das equipes estaduais ou municipais, de acordo com disponibilidade de assessores e de recursos.

Nessa estratégia de vacinação e face à diversidade de grupos selecionados da população para vacinação de adultos, é necessário realizar o monitoramento e uma avaliação final, para verificar o alcance da meta de cobertura de vacinação no mínimo de 80% para crianças, gestantes e na faixa etária de 20 a 39 anos.

As equipes estaduais e locais deverão monitorar de forma sistemática o avanço da vacinação, acompanhando e analisando os dados coletados e registrados no site, observando resultados parciais e finais de cada grupo prioritário e de cada etapa.

Referências Bibliográficas

- BRASIL, 2002. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 5ª ed., vol. II, p. 495, Brasília- DF, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico e vigilância epidemiológica da Influenza. Brasília: Ministério da Saúde. Versão III. 2009, 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico e vigilância epidemiológica da Influenza. Brasília: Ministério da Saúde. Versão III. 2009, 32p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da nova Influenza pandêmica (H1N1) 2009 no Brasil. Período de 25/04 a 22/08/2009. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. 3p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da nova Influenza pandêmica (H1N1) 2009 no Brasil. Período da semana epidemiológica 16 a 47/2009. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em www.saude.gov.br/svs acessado em 07/02/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da Influenza pandêmica (H1N1) 2009 no Brasil. Reunião CONASS, agosto, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional de Imunização contra Influenza Pandêmica. Aviso Circular nº 26 GM de 2312/2009. Brasília: Ministério da Saúde. 2009, 1-24p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Reunião com as sociedades médicas e outros profissionais, em 26 de janeiro de 2010. Apresentação do Ministro da Saúde “Estratégia nacional de enfrentamento da segunda onda da pandemia da Gripe A (H1N1)”, Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 1º Informe Estratégia de Vacinação Contra o Vírus da Influenza A(H1N1), janeiro 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 2º Informe Estratégia de Vacinação Contra o Vírus da Influenza A(H1N1), janeiro 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Caderno 1-Influenza. 7ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. 2009, 1-24p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. 2008, p.22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. Protocolo de Farmacovigilância de Vacinas Contra Gripe Pandêmica (A/H1N1) – Proposta preliminar (versão 2). Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola no Brasil, 2008. Manual técnico-operacional.. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Campanha Nacional de Vacinação para Eliminação da Rubéola no Brasil, 2008. Subsídios para equipe local.. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
- CENTRO de Farmacovigilancia de Cataluña. Fundació Institut Català de Farmacologia Farmacovigilancia de las vacunas de la gripe A (H1N1). Disponível em: http://www.icf.uab.es/inicio_e.html. Acesso em: 1 dez de 2009.
- ESPAÑA. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Plan de Farmacovigilancia de las Vacunas Pandémicas, versión 3.2. Data: 14 de octubre de 2009. Disponível em: http://www.aemps.es/profHumana/farmacovigilancia/planVacunasPandemicas_gripeA_H1N1.htm. Acesso em: 30 nov. 2009.
- MOCHALES, JA, PÉREZ, MAL. Pandemia de gripe A (H1N1): retos y repercusiones para El sistema sanitario. *Farm Hosp.* 33(6): 293-295, 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Seguridad de las vacunas antipandémicas. Nota informativa nº 16/2009. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091119/es/index.html. Acesso em: 08 dez 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Pandemia de Gripe: Preparação do Hemisferio Occidental. 132 Sessão do Comitê Executivo. 23-24 de junho de 2003. Tema 4.12 da Agenda Provisória. Disponível em: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_2003/index.html. Acesso em: 04 fev 2009.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Vacunacion Segura. Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuídos a la Vacunacion o Inmunización de la Vacuna Contra Gripe A (H1N1) y Prevención de Crisis Oficina Regional de la OMS: outubro de 2009.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Investigacion de los eventos supuestamente atribuídos a la vacunación o inmunización (ESAVI). Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. División de Vacunas e Inmunizacion. 2009.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Atualizacion Semanal. Pandemia (H1N1) 2009. 1 de febrero, 2010 – 17 h GMT; 12 EST).
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Farmacovigilância em Portugal. Lisboa: INFARMED. 2003, 526p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Pandemia de Gripe: Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe. Lisboa: DGS. 2008, 296p.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento (INFARMED). Monitorização das suspeitas de reacções adversas à Vacina contra a Gripe Pandémica H1N1. Boletim nº 2, Semana 50/2009. Data: 09 dez 2009.
- PRANITA D. et all. Safety of influenza Vaccination during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Article in press. Review. Month 2009.
- VACCINE Anafilaxia: Definición de caso y lineamentos para recolección, analisis y presentación de datos sobre seguridad relativa a La inmunización. 25(2007) 5675-5684. Disponível WWW.sciencedirect.com
- WEEKLY epidemiological Record Relevé épidémiologique hebdomadaire 12 FEBRUARY 2010, 85th YEAR / 12 FÉVRIER 2010, 85e ANNÉE. o. 7, 2010, 85, 49–56. http://www.who.int/csr/don/2010_02_19/en/index.html. Acesso dia 20 de fevereiro de 2010.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
API	Avaliação do Programa de Imunizações
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CRIE	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
CTAI	Comitê Técnico Assessor do Programa Nacional de Imunizações
D1	Primeira Dose
D2	Segunda Dose
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EAG	Eventos Adversos Graves
EAPV	Eventos Adversos Pós-Vacinação
FEBRASCO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GSK	Glaxo SmithKline
IM	Intramuscular
MIF	Mulher em Idade Fértil
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SE	Semana Epidemiológica
SG	Síndrome Gripal
SGB	Síndrome de Guillian-Barrê
SI-API	Sistema de Informação de Avaliação do Programa Imunização
SINAN	Sistema Nacional de Agravos Notificáveis
SIVEP-gripe	Sistema de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde

Lista de Figuras

- Gráfico 1 Distribuição de casos de SRAG, segundo classificação para influenza pandêmica (H1N1) 2009 e semana de início dos sintomas. Brasil, 2009
- Gráfico 2 Distribuição de sinais e sintomas dos casos de síndrome gripal confirmados para influenza pandêmica (H1N1) 2009. Brasil, 2009

Lista de Quadros

- Quadro 1 Distribuição dos grupos de doenças crônicas correlacionadas com a influenza pandêmica (H1N1) 2009. Brasil, 2009
- Quadro 2 Distribuição das etapas e grupos prioritários. Brasil, 2010
- Quadro 3 Quantitativo de distribuição de doses da vacina da influenza pandêmica (H1N1) 2009, segundo unidade federada. Brasil, 2010
- Quadro 4 Distribuição do quantitativo de seringas agulhadas, segundo unidade federada. Brasil, 2010
- Quadro 5 Especificações técnicas dos diferentes tipos de vacinas
- Quadro 6 Entrada de dados da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009 no site
- Quadro 7 Entrada de dados da 2ª dose da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009 no site
- Quadro 8 Entrada de dados da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009, sem a gestante
- Quadro 9 Entrada de dados da vacinação contra influenza pandêmica (H1N1) 2009, com as gestantes

Lista de Tabelas

- Tabela 1 Estimativa dos grupos prioritários, segundo unidades federadas. Brasil, 2010
- Tabela 2 Valores transferidos Fundo a Fundo para as unidades federadas para a vacinação, considerando base populacional e valor *per capita*. Brasil, 2010