

Como implementar vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal

Manual de introdução para
gestores políticos e técnicos
de Programas Nacionais de Imunização

Versão oficial em português da obra original em Inglês
How to implement seasonal influenza vaccination of health workers
© World Health Organization 2019
ISBN 978-92-4-151559-7

Como implementar vacinação de profissionais da saúde contra influenza sazonal

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2020

ISBN: 978-92-75-72232-9
eISBN: 978-92-75-72233-6

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível nos termos da licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhalgual 3.0
IG de Creative Commons; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.pt>.



De acordo com os termos desta licença, esta obra pode ser copiada, redistribuída e adaptada para fins não comerciais, desde que a nova obra seja publicada com a mesma licença Creative Commons, ou equivalente, e com a referência bibliográfica adequada, como indicado abaixo. Em nenhuma circunstância deve-se dar a entender que a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) endossa uma determinada organização, produto ou serviço. O uso do logotipo da OPAS não é autorizado.

Adaptação: No caso de adaptação desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta é uma adaptação de uma obra original da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). As perspectivas e opiniões expressadas na adaptação são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es) da adaptação e não têm o endosso da OPAS”.

Tradução: No caso de tradução desta obra, o seguinte termo de isenção de responsabilidade deve ser adicionado à referência bibliográfica sugerida: “Esta tradução não foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A OPAS não é responsável pelo conteúdo ou rigor desta tradução”.

Referência bibliográfica sugerida. *Como implementar vacinação de profissionais da saúde contra influenza sazonal*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados da catalogação na fonte (Cataloging in Publication - CIP). Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

Vendas, direitos e licenças. Para adquirir publicações da OPAS, acesse <http://publications.paho.org>. Para solicitar uso comercial e indagar sobre direitos e licenças, acesse <http://www.paho.org/permissions>.

Materiais de terceiros. Para a utilização de materiais nesta obra atribuídos a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, cabe ao usuário a responsabilidade de determinar a necessidade de autorização e de obtê-la devidamente do titular dos direitos autorais. O risco de indenização decorrente do uso irregular de qualquer material ou componente da autoria de terceiros recai exclusivamente sobre o usuário.

Termo geral de isenção de responsabilidade. As denominações utilizadas e a maneira de apresentar o material nesta publicação não manifestam nenhuma opinião por parte da OPAS com respeito ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou *área*, ou de suas autoridades, nem tampouco à demarcação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam as fronteiras aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo definitivo.

A menção a determinadas empresas ou a produtos de certos fabricantes não implica que sejam endossados ou recomendados pela OPAS em detrimento de outros de natureza semelhante não mencionados. Salvo erros ou omissões, os nomes de produtos patenteados são redigidos com a inicial maiúscula.

A OPAS adotou todas as precauções razoáveis para verificar as informações constantes desta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia, seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhum caso a OPAS será responsável por prejuízos decorrentes de sua utilização.

Agradecimentos

Este manual foi desenvolvido por Thomas Cherian e Carsten Mantel, MMGH Consulting e Philipp Lambach (OMS/IVR), com revisão e sugestões de um Grupo Consultivo de Peritos Independentes: Salah Al Awaidy, Silvia Bino, Joseph S. Bresee (presidente), Supamit Chunsuttiwat, Daouda Coulibaly, Luzhao Feng, Rachel Hale, Shabir A. Madhi, Helena C. Maltezou, Kelly Moore, Jonathan Nguyen-Van-Tam, Saad Omer, Gregory Poland, Sabine Wicker. Kelly Moore e Chris Morgan atuaram como consultores representantes da Comissão de Aconselhamento de Práticas de Vacinação da OMS, IPAC. Consultores: Thomas Cherian, Carsten Mantel. Outros especialistas: Birte Bödeker, Susan Y. Chu, Sara Hamid, Kathryn Lafond, Kathleen Morales, Julia Neufeind, Susan Wang. OMS: Philipp Lambach, Onyema Ajuebor, Ms Phionah Lynn Atuhebwe, Philip Gould, Shalini Desai, Julia Fitzner, Martin Howell Friede, Shoshanna Goldin, James Dawson Heffelfinger, Raymond Hutubessy, Ivan Dimov Ivanov, Pernille Jorgensen, Melanie Marti, Hasan Qamrul, Lisa Menning, Ann Moen, Liudmila Mosina, Andreas Alois Reis, Alba Maria Roperó Alvarez, Claudia Steulet, Nadia Teleb.

O suporte financeiro para a elaboração e teste-piloto deste manual provém do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), que apoia financeiramente a Iniciativa para a Pesquisa de Vacinas da Organização Mundial da Saúde (U50 CK000431)

Índice

Sumário executivo	6
Sobre este manual.....	7
Objetivo	7
Público-alvo	7
Estrutura do documento	8
Principais documentos relacionados	9
1. Introdução e justificativas.....	10
Situação atual da vacinação de profissionais da saúde contra <i>Influenza</i>	10
Resumo de uma avaliação rápida das evidências para a vacinação de profissionais da saúde contra <i>Influenza</i>	11
Evidências do risco de influenza entre profissionais da saúde e impacto da vacinação	11
Evidências de transmissão da infecção de profissionais da saúde aos pacientes e impacto da vacinação	12
Evidências de intervenções para aumentar o alcance da vacinação entre profissionais da saúde.....	12
Plano de Ação Global para Vacinas contra Influenza	13
2. Estabelecimento de uma política de vacinação de profissionais da saúde contra <i>Influenza</i> sazonal	15
O processo de tomada de decisão.....	15
Considerações para a tomada de decisão.....	16
Definição dos objetivos de saúde pública da vacinação	17
Análise econômica para estabelecimento de políticas nacionais	18
Caracterização dos grupos-alvo para vacinação.....	19
Tabela 1. Categorização de risco dos profissionais da saúde	19
Estruturação de uma política de imunização para profissionais da saúde	20
Vacinação voluntária	20
Vacinação obrigatória.....	21
Abordagem mista	22
Integração com políticas de Saúde Ocupacional.....	23
Escolha da vacina, calendário e época da vacinação	23
Escolha do produto.....	23
Época da vacinação	24
Definição de objetivos de monitoramento e mensuração do impacto da doença	24

3. Planejamento e gestão da vacinação de profissionais da saúde	26
Planejamento para o sucesso na introdução de vacinas.....	26
Estimativa de custos e financiamento.....	27
Pesquisa aplicada para embasamento do processo de planejamento	29
Comunicação e aceitação da vacina	30
Comunicação no âmbito das instituições de saúde	32
Geração de demanda no âmbito das instituições de saúde	33
Para além das intervenções pontuais.....	34
Obtenção das vacinas e gestão da rede de distribuição.....	35
Obtenção das vacinas.....	35
Seleção do produto e apresentação.....	36
Gestão de logística e rede de frio	37
Vacinação de profissionais da saúde	38
Treinamento da equipe de vacinação.....	39
4. Monitoramento e avaliação	40
Desenvolvimento e atualização dos sistemas de informação	40
Monitoramento da cobertura.....	40
Monitoramento de Eventos Adversos pós vacinação - EAPVs.....	43
Monitoramento e avaliação da aceitação da vacinação.....	44
Monitoramento do impacto da vacinação	45
Avaliação pós-introdução.....	47
Referências bibliográficas	48
Anexo 1. Modelo de formulário de não participação.....	52
Anexo 2. Lista de verificação complementar para planejamento de imunização de Profissionais da Saúde: nível nacional	53
Anexo 3. Lista de verificação para instituições de saúde	55
Anexo 4. Modelo de questionário para pesquisa de opinião entre profissionais de saúde.....	56
Anexo 5. Comunicação e geração de demanda: estratificação de abordagens para elaboração de conteúdo.....	58

Sumário executivo

Os profissionais da saúde têm um risco maior de infecção por *Influenza* em comparação à população em geral. Além da morbidade entre profissionais da saúde, a infecção por *Influenza* também pode levar a um maior absenteísmo, presenteísmo¹ e prejuízo dos serviços médicos. Os profissionais da saúde infectados com *Influenza* podem contribuir para a transmissão hospitalar da infecção aos pacientes, inclusive aqueles com alto risco de evoluir para um quadro grave da doença e apresentar complicações. Sendo assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os profissionais da saúde um grupo-alvo prioritário para vacinação contra *Influenza* sazonal. Além disso, a vacinação dos profissionais da saúde contra *Influenza* contribui para uma melhor preparação para uma pandemia de *Influenza*. Finalmente, estudos mostram que profissionais da saúde vacinados contra *Influenza* têm maior probabilidade de recomendar a vacinação aos pacientes.

Este manual auxilia os usuários no estabelecimento de uma política nacional de vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal. Aqui se encontram orientações, além de um catálogo de ferramentas disponíveis para facilitar o desenvolvimento de políticas, planejamento, implementação, monitoramento e avaliação da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal. O conteúdo deste manual é complementar ao documento intitulado “Princípios e considerações para a inclusão de uma nova vacina em um programa nacional de imunização: da decisão à implementação e monitoramento”, publicado pela OMS em 2014.

Os principais públicos-alvo deste documento incluem as instâncias políticas e de planejamento do sistema de saúde nacional; gestores dos programas nacionais de imunização e saúde ocupacional; e todos os responsáveis por saúde ocupacional, imunização de profissionais da saúde e controle de infecções em instituições de saúde. A estreita colaboração entre os gestores de imunização e os programas de saúde ocupacional e controle de infecções é essencial para otimizar a adesão à vacinação e para uma abordagem coesa e abrangente do controle da *Influenza* em instituições de saúde.

Este manual resume evidências e justificativas, fornece orientações sobre questões fundamentais, e lista as ferramentas disponíveis para a vacinação de profissionais da saúde, contemplando três componentes principais da introdução e gestão de vacinas:

1. Estabelecimento de uma política nacional baseada em evidências para vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal.
2. Planejamento e gestão da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza*.
3. Monitoramento e avaliação, inclusive análise de cobertura vacinal, monitoramento de eventos adversos pós-vacinação, avaliação de impacto, e avaliação pós-introdução.

As conclusões de um Grupo Consultivo de Peritos Independentes, que participou da elaboração deste manual, foram incluídas como complemento, na forma de um relatório de reunião que sintetiza as questões mais críticas. Essas questões incluem considerações sobre políticas, evidências em favor da vacinação de profissionais da saúde; categorização de profissionais da saúde; escolha da estratégia de vacinação; sua integração em um contexto mais amplo de políticas de vacinação de profissionais da saúde e saúde ocupacional; planejamento e gestão da vacinação, principalmente em relação à comunicação e geração de demanda; e os desafios relativos a monitoramento e avaliação da vacinação de profissionais da saúde, principalmente em países de baixa e média renda.²

¹ Presenteísmo refere-se aos profissionais da saúde que comparecem ao trabalho mesmo doentes, com prejuízo de sua aptidão e eficiência, colocando em risco os pacientes vulneráveis sob seus cuidados.

² Cherian T. et al. Factors and considerations for establishing and improving seasonal *Influenza* vaccination of health workers: Report from a WHO meeting, January 16–17, Berlin, Germany. *Vaccine*. 2019;37(43):6255–6261.

Sobre este manual

Objetivo

Este manual serve como referência e catálogo de ferramentas disponíveis para auxiliar os governos de diferentes países a decidirem sobre o planejamento, implementação e monitoramento da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza*, para alcançar a melhor cobertura vacinal possível. Não se trata de um documento prescritivo, mas sim uma explicação dos princípios gerais e principais considerações que dão suporte à formulação de políticas; planejamento e gestão de vacinação; e monitoramento e avaliação da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza*.

O manual também define medidas que assegurem a integração da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* e as atuais políticas nacionais da saúde ocupacional, bem como os sistemas de segurança ocupacional e gestão de saúde das instituições de saúde. Discorre também sobre a oportunidade de a vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* promover uma abordagem integrada para monitoramento e otimização da adesão a todas as intervenções incluídas nas políticas nacionais da saúde ocupacional. Além disso, o manual fala sobre como a vacinação de profissionais da saúde está relacionada e contribui com a preparação para a *Influenza* pandêmica.

A vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal é diferente em relação a outras doenças preveníveis por vacinas, já que a vacinação, no caso da primeira, é obrigatoriamente anual. No entanto, os elementos deste manual podem ser relevantes para a vacinação em geral de profissionais da saúde, principalmente as seções sobre planejamento e gestão de pós-

-vacinação, assim como monitoramento e avaliação.

Público-alvo

O principal público-alvo deste manual inclui:

1. Autoridades formuladoras de políticas nacionais e planejadores do sistema de saúde.
2. Gestores de programas de imunização, controle de infecções e saúde ocupacional, nos âmbitos nacional e subnacional, e todos os responsáveis por saúde ocupacional e controle de infecções em instituições de saúde.
3. Organizações de profissionais da saúde e empregadores.

Embora as diferentes seções do documento possam ser de maior relevância para um grupo ou outro, recomenda-se que o documento seja lido na íntegra, porque informações sobre um determinado tópico podem ser encontradas nas diferentes seções do manual.

Este documento também pode ser útil para outros públicos com interesse em imunização ou saúde ocupacional.

Estrutura do documento

O manual consiste nas quatro seções definidas na *Figura 1*. No entanto, para fins de clareza e completude, há sobreposição entre algumas das seções, com referências cruzadas para as outras seções relevantes.

Figura 1. Estrutura do documento



Principais documentos relacionados

Os documentos abaixo são materiais de referência importantes que complementam as orientações deste manual.

1. Recomendações da OMS para políticas de vacinação contra *Influenza* sazonal, incluindo vacinação de profissionais da saúde, são publicadas nos *Position Papers* da OMS. Estes *position papers* são atualizados periodicamente.



Vacinas contra *Influenza*: Position Papers da OMS – Novembro de 2012

<https://www.who.int/wer/2012/wer8747.pdf>

(Acessado em 14 de maio de 2019)



Princípios e considerações para inclusão de vacinas em um programa nacional de imunização: da decisão à implementação e monitoramento. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2014.

http://www.who.int/immunization/documents/general/ISBN_978_92_4_15068_92

(Acessado em 14 de maio de 2019)

2. Os documentos abaixo fornecem orientações detalhadas a países que já ofereçam vacinação contra *Influenza* sazonal para profissionais da saúde, a respeito de como identificar, analisar e efetivamente solucionar questões relativas à adesão à vacinação:



Customização de programas de imunização para *Influenza* sazonal (em inglês, TIP FLU). Guia para promover a adesão à vacinação contra *Influenza* sazonal entre profissionais da saúde (2015). Copenhague: Escritório da Organização Mundial da Saúde na Europa; 2015.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/publications/2015/tailoring-immunization-programmes-for-seasonal-influenza-tip-flu.-a-guide-for-increasing-healthcare-workers-uptake-of-seasonal-influenza-vaccination-2015>

(Acessado em 14 de maio de 2019)

3. Embora o conteúdo deste manual possa ajudar na formulação de políticas nacionais, o manual não fornece uma análise exaustiva das evidências disponíveis para embasar a tomada de decisão. Uma análise mais detalhada dessas evidências em favor da vacinação de profissionais da saúde pode ser encontrada no seguinte documento:



Avaliação rápida de evidências: vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* – Análise global das evidências. Julho de 2019.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590136219300373?via%3Dihub>

(Acessado em 12 de julho de 2019)

4. Este manual faz parte de uma série de manuais de introdução sobre a vacinação de *Influenza* sazonal desenvolvidos pela OMS. Um manual sobre a implementação de vacinação de gestantes contra *Influenza* foi publicado anteriormente.



Como implementar vacinação contra *Influenza* para gestantes: manual de introdução para gestores de programas nacionais de imunização e decisores políticos.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250084/WHO-IVB-16.06-eng.pdf>

(Acessado em 14 de maio de 2019)

1. Introdução e justificativas

Os profissionais da saúde correm o risco de contrair *Influenza* e transmitir a infecção para pacientes sob seus cuidados, inclusive para aqueles com alto risco de evolução para doença grave, complicações e óbito (1). A elevação do risco dos profissionais da saúde em comparação à população geral pode variar, de acordo com a profissão ou local de trabalho (2). A OMS considera os profissionais da saúde um importante grupo prioritário para vacinação contra *Influenza*, não apenas para proteger a esses profissionais e manter serviços de saúde essenciais durante epidemias de *Influenza*, mas também para reduzir a propagação da *Influenza* para grupos de pacientes vulneráveis com quem os profissionais da saúde possam vir a ter contato (1). Além disso, muitos estudos mostram que uma forte recomendação vinda de profissionais da saúde, principalmente dos médicos, tende a aumentar a adesão do público à vacinação (3–5). Os profissionais da saúde que recebem a vacina têm maior probabilidade de estar bem informados sobre a vacinação, e conseguir efetivamente promover a aceitação da vacinação pelo público (3–5). Finalmente, como os profissionais da saúde tendem a ser alvo de programas de vacinação durante uma pandemia de *Influenza*, o estabelecimento de programas funcionais para vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal facilita a vacinação oportuna e efetiva durante uma pandemia (6).

Situação atual da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza*

A adoção global de uma política de vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* tem sido lenta. Em 2017, apenas 119 dos 194 países declararam ter uma política nacional de vacinação contra *Influenza*. Desses, 96 declararam considerar os profissionais da saúde um grupo prioritário. No entanto, a proporção de Estados Membros que afirmam ter uma política nesse sentido varia de acordo com a região da OMS, sendo a maioria localizada nas Américas, Europa e Leste do Mediterrâneo, e uma proporção mais baixa no Pacífico Oeste, África e Sudeste da Ásia.

Não há informações disponíveis sobre a cobertura da vacinação contra *Influenza* entre profissionais da saúde para a maioria dos países, embora se saiba que essa cobertura varia muito e é declaradamente baixa em muitos países para os quais esses dados existem. Por exemplo, dados sobre cobertura entre profissionais da saúde estavam disponíveis para apenas 26 (56%) países na região da Europa na temporada de 2014-15. A mediana de cobertura foi 29,5% com variação de 2,6% a 99,5%; apenas três países, Albânia, Armênia e Bielorrússia, relataram uma cobertura de > 75% (7). Dados mais recentes de uma revisão sistemática baseada em notificação compulsória de todos os hospitais na Inglaterra mostrou uma adesão de 69% na temporada de 2017-18.³ Uma pesquisa pela Internet de 2.000 profissionais da saúde nos Estados Unidos demonstrou uma cobertura de 78% durante a temporada de 2017-18, com taxas maiores de cobertura (95%) entre aqueles que trabalhavam em locais que exigiam a vacinação dos funcionários (8). Taxas mais altas de cobertura vacinal são relatadas quando políticas de vacinação obrigatória são implementadas. Em uma revisão sistemática de oito estudos nesta última situação, as taxas de cobertura excederam 94% em todos eles (9).

³ Seasonal *Influenza* vaccine uptake in healthcare workers (HCWs) in England: winter season 2017 to 2018. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/710531/Seasonal_influenza_vaccine_uptake_HCWs_winter_season_2017_to_2018.pdf (Acessado em 14 de maio de 2019)

Resumo de uma avaliação rápida das evidências para a vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza*

A OMS conduziu uma avaliação rápida dos materiais disponíveis no idioma inglês, publicados desde 2006, e considerados de média ou alta qualidade (10). As questões consideradas, e as principais conclusões dessa avaliação estão resumidas aqui. Os leitores podem consultar o relatório publicado para saber mais detalhes e obter as citações relevantes.

A revisão considerou três questões, a seguir:

1. Evidências de que profissionais da saúde têm maior risco de contrair infecção por *Influenza* em comparação com a população em geral, e que a vacinação desses profissionais reduz a incidência de *Influenza* ou o absenteísmo e/ou o impacto econômico geral da *Influenza* nos trabalhadores das instituições de saúde.
2. Evidências de que profissionais da saúde transmitem a *Influenza* aos pacientes sob seus cuidados em locais de assistência e, em caso afirmativo, evidências de que a vacinação protege os pacientes, bem como da proporção de profissionais da saúde que precisam estar vacinados para que esse efeito seja alcançado.
3. Evidências de intervenções práticas e bem-sucedidas que aumentam a adesão à vacinação, e o conhecimento atual gerado por pesquisas dos aspectos sociais, comportamentais e relativos a políticas de saúde pública que influenciam a adesão à vacinação entre profissionais da saúde.

Evidências do risco de *Influenza* entre profissionais da saúde e impacto da vacinação

Estudos comparando o risco de infecção por *Influenza* em profissionais da saúde e na população em geral são difíceis de realizar e podem medir desfechos diferentes ou serem executados em cenários diferentes, o que limita a comparabilidade desses estudos ou a possibilidade de agregação dos dados deles provenientes. Revisões sistemáticas recentes sugerem que profissionais da saúde têm maior risco de contrair infecção por *Influenza* em comparação à população em geral (Odds Ratio = 2,08; CI95% = 1,73 a 2,51) (2), embora essas evidências sejam mais fortes para infecção assintomática confirmada em laboratório (11). No entanto, os profissionais da saúde com infecção assintomática ainda podem transmitir o vírus *Influenza* para pacientes altamente vulneráveis em locais de assistência.

Doenças respiratórias são relatadas como uma causa frequente de absenteísmo entre profissionais da saúde. Epidemias ou pandemias de *Influenza* já foram associadas a maiores taxas de absenteísmo entre profissionais da saúde (12). A eficácia da vacina em profissionais da saúde pode chegar a até 90% para vacinas de *Influenza* sazonal com boa correspondência (13, 14), o que sugere que a vacinação de profissionais da saúde reduz a morbidade e o absenteísmo relacionados à *Influenza*. Uma revisão sistemática mostrou efeito protetor contra *Influenza* confirmada em laboratório, e uma menor taxa de absenteísmo associado a síndrome gripal (em inglês, *influenza-like illness*, ou ILI) em grupos vacinados (15). Um estudo recente com profissionais da saúde no Reino Unido mostrou que um aumento de 10% na adesão à vacinação foi associado a uma redução de 10% nas faltas por motivo de doença (12). No entanto, há estudos observacionais com resultados conflitantes – embora muitos sejam limitados por um desenho de estudo insatisfatório, desfechos não específicos, alto risco de viés e ausência de ajuste para confundidores (16–19).

Como o risco da doença após a infecção baseia-se no nível de exposição e o comportamento de faltas ao trabalho pode variar entre diferentes categorias de profissionais da saúde, é possível que a ausência de dados suficientemente detalhados sobre absenteísmo, por exemplo, com estratificação por categorias de profissionais da saúde, possa explicar os resultados mistos observados em diferentes estudos. Por outro lado, alguns estudos que não mostram nenhum impacto no absen-

teísmo, apesar das evidências de maiores taxas de infecção entre profissionais da saúde, levantam dúvidas quanto a se esses profissionais continuam trabalhando, mesmo infectados, levando a uma maior preocupação com o consequente risco de transmissão hospitalar (20). Diversos estudos já documentaram o presenteísmo (presença no local de trabalho mesmo estando doente) em profissionais da saúde com síndrome gripal (21–23), inclusive um caso em que houve associação com transmissão hospitalar em uma unidade de oncologia (24).

Evidências de transmissão da infecção de profissionais da saúde aos pacientes e impacto da vacinação

Estudos epidemiológicos com abordagens moleculares de subtipagem demonstram evidências de transmissão dos profissionais da saúde para os pacientes. A coleta automatizada de dados de contato de alta resolução provenientes de sensores colocados nas roupas de trabalho, combinados a dados virológicos, permitiu a identificação de rotas potenciais de transmissão nos casos de *Influenza* adquirida em hospitais (25). É difícil calcular a extensão da transmissão direta de profissionais da saúde para pacientes em locais de assistência, devido ao constante fluxo de visitantes, interações entre pacientes e a possibilidade de múltiplas introduções simultâneas da *Influenza* (26–28). No entanto, entre aqueles que talvez contribuam para a transmissão da infecção nos locais de assistência, os profissionais da saúde são uma parte considerável e prevenível com vacina, já que são um público-alvo mais fácil de vacinar.

O benefício direto da vacinação de profissionais da saúde para os pacientes pode ser medido de diversas maneiras, conforme ilustrado na literatura. Diversos estudos avaliam o impacto da *Influenza* confirmada em laboratório, enquanto outros avaliam o impacto de desfechos não específicos como síndrome gripal, doença respiratória, mortalidade por todas as causas, mortalidade associada a doenças respiratórias ou incidência de infecção hospitalar por *Influenza*. As evidências são mais fortes para desfechos não específicos como síndrome gripal, mortalidade por todas as causas (29) e incidência de infecção hospitalar por *Influenza* (30, 31). Embora alguns estudos já tenham tentado medir o número de profissionais da saúde que precisam ser vacinados para que se alcance a melhor proteção possível, as evidências em favor de um limite mínimo de cobertura são fracas, levando a conflitos na literatura (32). Ainda assim, é provável que haja uma associação positiva entre uma maior cobertura vacinal entre profissionais da saúde e uma maior proteção dos pacientes, mas a última também depende de outros fatores, incluindo o tipo de contato com o paciente, a vulnerabilidade do paciente, o uso de outras medidas de controle de infecções e a efetividade da vacinação em uma determinada temporada de *Influenza* (33–35).

Evidências de intervenções para aumentar o alcance da vacinação entre profissionais da saúde

Há um corpo de evidências considerável de intervenções eficazes para aumentar a adesão à vacinação entre profissionais da saúde, muitas das quais já foram incorporadas nos kits de ferramenta atualmente disponíveis para esse fim.

Embora os fatores envolvidos na tomada de decisão dos profissionais da saúde sejam diversos, algumas estratégias parecem ser mais eficazes que outras. Não existe uma intervenção que, sozinha, seja capaz de aumentar a adesão à vacinação de forma rápida, significativa e sustentada, exceto a vacinação obrigatória. Entretanto, a vacinação obrigatória de profissionais da saúde é um problema que já foi amplamente debatido, com diferentes perspectivas a favor e contra o seu uso (20, 32, 36). Para ter sucesso, os programas de vacinação obrigatória requerem esforços organizacionais e educacionais para conseguir o apoio dos funcionários antes de sua implementação (37).

Uma ou mais “exigências alternativas”, como recusa deliberada, uso obrigatório de máscara cirúrgica, e exclusão de funcionários não vacinados do trabalho com pacientes altamente vulneráveis, podem ser usadas como alternativas à vacinação obrigatória, embora existam implicações organizacionais e educacionais, bem como implicações relativas a monitoramento, implementação, recursos humanos e recursos financeiros, caso essas exigências alternativas sejam adotadas.

Alguns componentes adicionais que contribuem para uma melhor adesão à vacinação incluem:

- a) Gratuidade da vacina.
- b) Acesso conveniente, incluindo oferta de vacinação dentro das instituições de saúde.
- c) Conhecimento e modificação de comportamentos por meio de treinamento, lembretes e incentivos customizados para diferentes categorias de profissionais da saúde.
- d) Abordagens gerenciais e organizacionais como, por exemplo, designar funcionários para supervisionar as atividades de vacinação.

Os motivos para uma baixa adesão à vacinação são heterogêneos e variam nas diferentes categorias de profissionais da saúde e culturas. Portanto, as abordagens para melhorar a adesão à vacinação devem ser individualizadas para diferentes grupos. Alguns estudos demonstram que a pesquisa aplicada, incluindo pesquisas de opinião e estudos qualitativos, pode fornecer perspectivas úteis para a definição de intervenções que possam otimizar a adesão à vacinação.

Conclusão

Apesar do debate constante na literatura, a vacinação contra *Influenza* é importante para garantir a segurança dos profissionais da saúde, bem como de seus familiares, pacientes, e da população em geral, que precisa de um sistema de saúde operante, principalmente durante epidemias/pandemias. Embora estudos conclusivos sobre a importância da vacinação de profissionais da saúde sejam difíceis de se realizar, os dados existentes sobre esse assunto serão monitorados de perto e servirão como base para quaisquer possíveis alterações às políticas atuais da OMS.⁴

Plano de Ação Global para Vacinas contra Influenza

Em uma pandemia de *Influenza*, a maioria da população mundial estará altamente suscetível e é provável que a infecção se dissemine rapidamente. A vacinação é considerada uma das principais estratégias para mitigar o impacto potencial de uma pandemia. Embora seja esperado que vacinas para cepas específicas demorem um pouco para serem desenvolvidas, uma capacidade de produção insuficiente limita ainda mais o acesso global a essas vacinas, pelo menos nas fases iniciais de uma pandemia. Países com menos recursos, principalmente os que não têm capacidade local de produção de vacinas ou políticas de vacinação contra *Influenza* sazonal, enfrentam o grande desafio de garantir acesso oportuno a vacinas e mitigar os efeitos adversos significativos de uma pandemia.

⁴ Há um grupo de trabalho do Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas (em inglês, SAGE) em imunização encarregado de analisar quaisquer dados novos que possam surgir, e espera-se que as recomendações da OMS sejam atualizadas em 2020.

Para responder a esse desafio, a OMS desenvolveu um Plano de Ação Global para vacinas contra *Influenza* pandêmica, com estratégias de curto, médio e longo prazo para aumentar a produção de vacinas contra *Influenza* e gerar capacidade para atender a picos de demanda antes e durante uma pandemia de *Influenza* (38). O plano propõe três estratégias para expandir o acesso a vacinas durante pandemias: (i) aumento da vacinação de base contra *Influenza* sazonal; (ii) aumento da capacidade global de produção; e (iii) expansão de pesquisa e desenvolvimento.

A primeira das três estratégias acima depende do estabelecimento de políticas de imunização claras e efetivas nos diferentes países, que aumentem a vacinação de base contra *Influenza* sazonal – levando a uma melhor capacidade de previsão de demanda pela indústria e estimulando o aumento da capacidade de produção.

A vacinação de profissionais da saúde, embora resulte em um ligeiro aumento na demanda por vacinas, estabelece uma plataforma robusta e funcional para a imunização rápida de profissionais da saúde, e pode contribuir para a obtenção de alta cobertura vacinal em pandemias, protegendo, assim, a oferta de serviços de saúde durante o período crítico. Além disso, a alta adesão à vacinação entre profissionais da saúde tende a criar confiança e melhorar a adesão de outros grupos de alto risco que sejam alvos da vacinação contra *Influenza* sazonal segundo as políticas nacionais. A vacinação de profissionais da saúde também ajuda a estabelecer ou reforçar processos que permitam a rápida implementação de vacinas durante pandemias. Sendo assim, a vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal vai além da proteção imediata contra a gripe sazonal, conforme descrito acima, ajudando também na preparação geral para a *Influenza* pandêmica.

2. Estabelecimento de uma política de vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal

A decisão de estabelecer uma política para vacinar profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal deve ser baseada em evidências, com um racional claro, e com os investimentos necessários para uma implementação sustentável. Os princípios e considerações gerais para a inclusão de uma vacina em um Programa Nacional de Imunização – PNI são explicados no documento de orientação publicado pela OMS em 2014, intitulado “Princípios e considerações para a inclusão de uma nova vacina em um programa nacional de imunização: da decisão à implementação e monitoramento” (39).

Profissionais da saúde são uma população-alvo frequentemente excluída dos programas nacionais de imunização de muitos países de baixa e média renda. Embora existam programas de vacinação de profissionais da saúde contra hepatite B, as vacinas contra *Influenza* são únicas, já que a vacinação para o futuro imediato precisa ser repetida anualmente. Esta seção do manual trata principalmente das considerações adicionais e específicas da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal, com base no esquema genérico fornecido no documento mencionado acima.

O processo de tomada de decisão

Assim como acontece com qualquer outra vacina que exija uma política, os Ministérios da Saúde (MS) solicitam ao Comitê Técnico Assessor em Imunização - CTAI (em inglês, *National Immunization Technical Advisory Groups*, ou NITAGs) ou autoridades nacionais e regionais equivalentes que estas avaliem as evidências disponíveis e orientem o estabelecimento de uma política para vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal, além de fazerem recomendações sobre o conteúdo dessa política de vacinação.

O envolvimento das diferentes partes interessadas afetadas pela política em questão é essencial para garantir endosso e promover uma boa adesão à vacinação. Além disso, resulta em uma abordagem mais coordenada do controle da *Influenza* em instituições de saúde. A consulta às partes interessadas deve ser uma prioridade, e incluir:

1. Associações e sociedades profissionais que representem diferentes grupos de profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, e associações de serviços de saúde relacionados, bem como representantes de instituições de saúde privados.
2. Conselhos de medicina e enfermagem e outros órgãos reguladores de profissões na área da saúde.
3. Grupos de segurança do paciente, quando existentes, e organizações de defesa do paciente, já que a imunização de profissionais da saúde também deve ser vista como uma questão de segurança do paciente e qualidade do atendimento.
4. Sindicatos de profissionais da saúde, quando existirem, e quando a participação destes puder ser útil para promover uma melhor adesão à vacinação.
5. Gestores de instituições de saúde.

O processo também deve engajar, desde o início, os órgãos responsáveis por estabelecer políticas e normas de saúde ocupacional, garantindo que as políticas criadas para vacinação de profissionais

da saúde contra *Influenza* também estejam refletidas nas políticas nacionais de segurança e saúde ocupacional.

Caso existam políticas relativas a outras vacinas para profissionais da saúde como, por exemplo, hepatite B, o estudo dessas políticas pode fornecer perspectivas relevantes para a formulação da política de vacinação contra *Influenza* sazonal, e estratégias para otimização da adesão à vacinação.

Quando disponíveis, os CTAI/NITAG podem acessar as informações necessárias nos dados disponíveis no sistema de vigilância nacional de *Influenza*, Centros Nacionais de Influenza ou outras instituições participantes do Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza (*Global Influenza Surveillance and Response System - GISRS*) (ver **Caixa de ferramentas 1**).

CAIXA DE FERRAMENTAS 1

Centros Nacionais de Influenza



Para monitorar e responder às mudanças na estrutura antigênica do vírus da influenza e a subsequente necessidade de modificar a composição da vacina, muitos países já estabeleceram centros nacionais de influenza (em inglês, National Influenza Centers, ou NIC) para coletar e caracterizar amostras do vírus nos respectivos países e realizar outras análises que sirvam de base para decisões da OMS e seus parceiros sobre a composição da vacina contra a gripe do ano seguinte. Em muitos países, a vigilância virológica é complementada com uma vigilância mais sistemática da influenza em relação à síndrome respiratória aguda grave (em inglês, severe acute respiratory illness, ou SARI) e síndrome gripal.

O NIC de um país – ou de um país vizinho – pode dar suporte às recomendações baseadas em evidências, fornecendo dados sobre a carga da doença e a sazonalidade da influenza ao NITAG ou outro órgão decisor equivalente no país. O envolvimento deste e de outros centros nas discussões do NITAG é crucial para a compilação de informações importantes e necessárias para o processo de tomada de decisão.

Uma lista dos NICs, centros colaboradores da OMS e laboratórios reguladores essenciais (em inglês, essential regulatory laboratories, ou ERLS) está disponível nas conexões abaixo:

http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/national_influenza_centres/list
(Acessado em 14 de maio de 2019)

http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/collaborating_centres/list
(Acessado em 14 de maio de 2019)

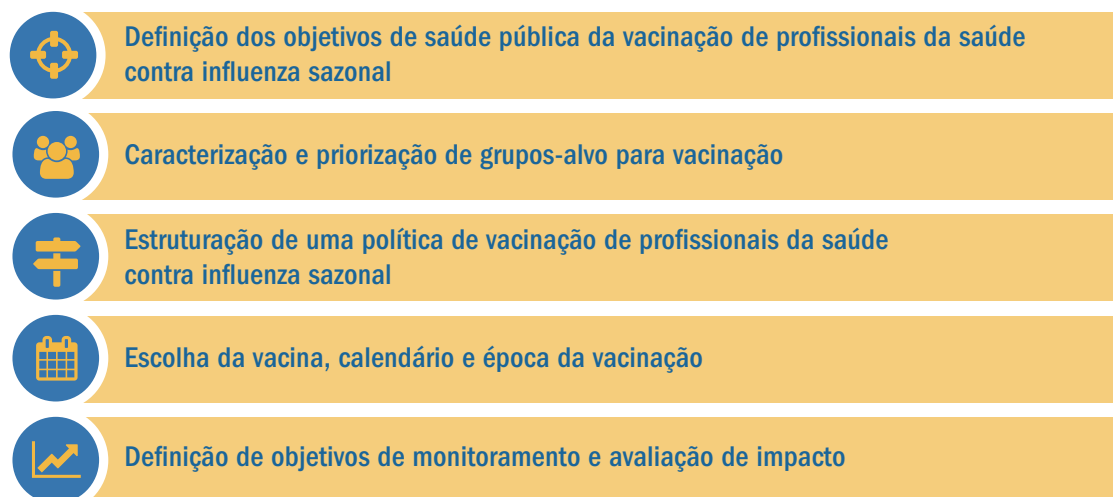
Em países em que não há evidências locais prontamente disponíveis, principalmente sobre a incidência da doença entre profissionais da saúde e transmissão da doença de profissionais da saúde para pacientes, o trabalho para gerar essas evidências pode exigir muito tempo e muitos recursos. Os decisores políticos teriam que considerar a necessidade de estudos locais, ou se dados de outros países com perfil epidemiológico e sistema de saúde semelhantes poderiam ser usados para se deduzir a carga da doença e respaldar a tomada de decisão. Os CTAI/NITAG teriam que balancear a vontade de criar dados nacionais com o custo e a demora que resultariam dessa geração de dados, e os consequentes impactos de saúde decorrentes dessa demora.

Considerações para a tomada de decisão

Além das considerações gerais contidas no documento da OMS “Princípios e considerações para a inclusão de uma nova vacina em um programa nacional de imunização: da decisão à implementação e monitoramento” e mencionadas anteriormente, outras questões importantes precisam ser

consideradas ao se criar uma política de vacinação de profissionais da saúde. Essas questões estão listadas na **Figura 2**.

Figura 2. Principais considerações para o estabelecimento de uma política de vacinação de profissionais da saúde



Definição dos objetivos de saúde pública da vacinação

Um primeiro passo crítico para o estabelecimento de uma política de vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal seria definir claramente as metas e objetivos do programa de vacinação. Esses objetivos podem variar entre os países, mas serviriam de base para a priorização de grupos de profissionais da saúde visados para vacinação, estabelecimento de metas de cobertura vacinal, e definição dos desfechos e escopo de mensuração do impacto da vacinação.

A vacinação de profissionais da saúde tem diversos objetivos. Estes incluem:

1. Prevenir a infecção nos próprios profissionais da saúde, evitando a morbidade associada.
2. Prevenir a transmissão da infecção de profissionais da saúde para pacientes vulneráveis, incluindo pacientes com alto risco para doença grave, complicações e óbito.
3. Garantir a sustentabilidade dos serviços de saúde, com menos absenteísmo dos profissionais da saúde, principalmente durante surtos de *Influenza* sazonal e pandêmica, quando aumenta a demanda por atendimento.
4. Promover a vacinação contra *Influenza* sazonal perante outros grupos-alvo, aumentando a confiança pública na vacinação contra *Influenza*.
5. Contribuir com a preparação para a *Influenza* pandêmica, da seguinte forma:
 - a) Estabelecendo um mecanismo de imunização rápida de profissionais da saúde durante uma pandemia de *Influenza* ou epidemia de outras doenças preveníveis por vacinas.
 - b) Contribuindo para o aumento da demanda pela vacina de *Influenza* e, portanto, promovendo o aumento da capacidade de produção para garantir acesso oportuno à vacina em caso de pandemia.
 - c) Estabelecendo ou reforçando a capacidade nacional de regulamentação de vacinas.

Um ou mais dos itens acima poderiam ajudar na definição de objetivos nacionais para a vacinação de profissionais da saúde. As considerações importantes na definição de objetivos de vacinação incluem:

1. Análise dos dados disponíveis sobre carga da doença entre profissionais da saúde e infecções hospitalares em pacientes e residentes de instituições de cuidados de longo prazo. Dados nacionais, quando disponíveis, complementados por dados representativos regionais ou globais ou estimativas baseadas em modelos matemáticos podem ser usados para esta finalidade.
2. Custo e impacto da vacinação e disponibilidade de abastecimento da vacina.
3. Análise do plano nacional de preparação para pandemias e consideração de como a vacinação de profissionais da saúde poderia contribuir para essa preparação.

Análise econômica para estabelecimento de políticas nacionais

Embora se recomende que uma análise econômica seja realizada antes da tomada de decisão sobre políticas de vacinação, a falta de dados que permitam estimar e comparar os benefícios econômicos dos diferentes objetivos da vacinação pode ser um fator limitante, assim como o tamanho relativamente pequeno do grupo-alvo. A *Caixa de ferramentas 2* lista materiais disponíveis para a análise econômica da vacinação contra *Influenza*.

CAIXA DE FERRAMENTAS 2

Instrumentos para análise econômica da vacinação contra influenza




Há várias ferramentas disponíveis para a análise econômica da vacinação contra influenza:


Guia da OMS para Padronização de Avaliações Econômicas de Programas de Imunização (WHO/IVB/08.14)

 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69981/WHO_IVB_08.14_eng.pdf

Manual da OMS para estimativa do ônus econômico da influenza sazonal (WHO/IVB/16.04)

 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250085/WHO-IVB-16.04-eng.pdf>

Guia para avaliação econômica da vacinação contra influenza (WHO/IVB/16.05)

 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250086/WHO-IVB-16.05-eng.pdf>

Os custos e benefícios econômicos da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* geralmente dependem de diversos fatores, incluindo o número e as categorias dos profissionais-alvo, a incidência e gravidade da infecção nos profissionais-alvo, sua contribuição para a transmissão hospitalar e as consequências dessas infecções. Esses fatores variam entre diferentes instituições de saúde, e de uma temporada de *Influenza* para a outra.

Uma revisão sistemática recente dos efeitos epidemiológicos e econômicos da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal concluiu que a vacinação deste grupo resultou em economia de custos, com base em estimativas brutas do absenteísmo evitado pela vacinação⁽¹⁵⁾. No entanto, todos os estudos incluídos nesta revisão foram feitos em países de alta renda e basearam-se na perspectiva do empregador, com um grande foco no absenteísmo evitado.

As decisões iniciais poderiam levar em consideração os custos da vacinação e o impacto desses custos nos orçamentos de imunização e saúde, com a opção de se medir o custo-efetividade pós-introdução, se necessário.

Orientações adicionais sobre custos e verbas para vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza*, com conexões para as ferramentas de estimativa de custos e materiais de referência sobre financiamento de imunização disponíveis, são fornecidas na próxima seção deste manual.

Caracterização dos grupos-alvo para vacinação

Idealmente, todos os profissionais da saúde deveriam ser vacinados, inclusive aqueles que não entram em contato direto com os pacientes. Mesmo que não tenham contato direto, os profissionais da saúde poderiam transmitir uma infecção contraída na comunidade aos colegas e, portanto, participar da cadeia de transmissão hospitalar da infecção. No entanto, em situações em que os recursos são escassos ou o abastecimento da vacina é limitado ou instável, seria necessário categorizar e priorizar os profissionais da saúde a serem vacinados. A priorização dos profissionais da saúde depende da avaliação do risco de infecção entre os próprios profissionais, transmissão da infecção para os pacientes, e as consequências da transmissão hospitalar da infecção.

Mesmo sem restrições financeiras ou limitações no abastecimento da vacina, a categorização dos profissionais da saúde pode ser útil quando existem diferentes políticas para diferentes categorias de profissionais, com base na avaliação de risco. Por exemplo, uma política de vacinação obrigatória pode ser usada para selecionar categorias de profissionais da saúde que trabalhem com pacientes com alto risco de evolução para quadros graves de *Influenza*, e que têm, portanto, maior probabilidade de aceitar a vacinação obrigatória, enquanto a vacinação voluntária pode ser usada para outras categorias (40, 41).

A **Tabela 1** traz um exemplo da categorização de risco dos profissionais da saúde com base no risco para eles próprios e para pacientes sob seus cuidados.

Tabela 1. Categorização de risco dos profissionais da saúde

Categoria de risco	Características dos profissionais da saúde
Muito alto	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais da saúde de alto risco (item seguinte), que trabalham em áreas clínicas que atendem pacientes com alto risco de quadro grave, complicações ou óbito decorrente da infecção por influenza. Este grupo inclui unidade de cuidados intensivos; serviços de transplante ou oncologia; áreas ante natais, perinatais ou pós-natais; e áreas com pacientes idosos, principalmente com doenças crônicas.
Alto	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais da saúde que têm contato físico direto com os pacientes, ou com materiais infecciosos, incluindo superfícies ou equipamentos contaminados por materiais infecciosos. Profissionais da saúde que têm contato não-físico, mas que permitiria contração ou transmissão de doenças propagadas por meios respiratórios a pequenas distâncias (1-2m), por exemplo, psicólogos com contato presencial prolongado (42, 43).
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> Profissionais da saúde que não têm contato com pacientes e que não trabalham normalmente em nenhuma das áreas clínicas definidas acima.

A categoria de risco muito alto é aquela em que as evidências de risco e de impacto da vacinação são as mais fortes, e na qual existe uma justificativa maior ainda para a vacinação (10).

Os vacinados devem incluir também funcionários de meio expediente, estudantes, terceirizados e voluntários presentes na instituição de saúde, que possam ser expostos a pacientes no exercício de funções nas categorias acima.

A categorização de risco dos profissionais da saúde pode ser muito complexa e exigir demasiados recursos em diferentes cenários, principalmente em países de baixa e média renda. Nessas situações, podem ser usadas abordagens mais simples, nas quais os profissionais da saúde são classificados em apenas dois grupos, ou seja, um grupo de alto risco (visado para vacinação) e um de baixo risco (não visado para vacinação).

Para assegurar o uso bem direcionado da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* e solucionar possíveis problemas de adesão, as políticas nacionais de vacinação de profissionais da saúde devem definir:

1. A classificação de diferentes categorias de profissionais da saúde com base na avaliação de risco.
2. A política de vacinação de cada categoria, por exemplo, se a vacinação é recomendada e se a recomendação é de vacinação obrigatória ou voluntária.
3. Estratégias de gestão de profissionais da saúde faltosos ou que se recusam a receber a vacina.

O seguinte documento traz um exemplo de esquema para avaliação, classificação e priorização de profissionais da saúde:



Normativa do Ministério da Saúde de New South Wales sobre avaliação ocupacional, rastreamento e vacinação contra doenças infecciosas específicas.

https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/PD2018_009.pdf (Acessado em 14 de maio de 2019)

Estruturação de uma política de imunização para profissionais da saúde

Recomendações para a vacinação de profissionais da saúde poderiam propor a vacinação obrigatória, voluntária, ou uma abordagem mista, de acordo com o risco dos diferentes locais de assistência clínica.

Diversos estudos em muitos países já demonstraram que a vacinação voluntária de profissionais da saúde, mesmo quando acompanhada de esforços consideráveis para informá-los sobre os benefícios e riscos da vacinação e garantir acesso conveniente à vacina, resulta em baixa cobertura, raramente acima de 70%. Por outro lado, a vacinação obrigatória resultou em quase 100% de adesão em instituições nos Estados Unidos em que essa abordagem foi usada (44–46). Entretanto, a vacinação obrigatória é difícil de se implementar em alguns países devido a questões de aceitação, e porque os benefícios atribuídos à vacinação de profissionais da saúde ainda estão sendo debatidos (32). Além disso, pode não ser possível implementar políticas de vacinação obrigatória em cenários com poucos recursos.

Vacinação voluntária

Uma opção de política de vacinação de profissionais da saúde é a vacinação voluntária, na qual a vacinação é recomendada e oferecida aos profissionais, mas a aceitação é voluntária ou opcional, ou seja, não é uma exigência. Esses programas geralmente levam a uma baixa cobertura vacinal.

Por isso, a vacinação voluntária exige esforços adicionais para otimizar a adesão à vacinação. Esses esforços podem incluir:

1. Uma estratégia robusta de comunicação, criada especificamente para as necessidades das diferentes categorias de profissionais da saúde, explicando os benefícios e riscos da vacinação, inclusive os benefícios aos pacientes, e especialmente àqueles com alto risco de evolução para quadros graves da doença. Deve-se enfatizar que alguns desses pacientes, como os idosos ou pacientes imunocomprometidos, podem não responder bem à vacina e, sendo assim, a vacinação dos profissionais da saúde que os atendem é uma forma importante de protegê-los, ou seja, um argumento moral e de ética profissional.
2. Acesso conveniente e gratuito à vacinação, para profissionais de todos os turnos. Aqueles que trabalham à noite ou de madrugada podem ter acesso à vacinação no início ou no fim dos respectivos turnos, ou em dias e horários especialmente designados para eles.
3. Outras atividades de geração de demanda, conforme descritas na próxima seção deste manual.

Algumas exigências alternativas também podem ajudar a aumentar a adesão à vacinação, como:

1. Exigência de uma declaração de recusa deliberada da vacinação, com assinatura de formulários indicando a opção pela não-participação, declarando-se ou não os motivos para a recusa (o *“Anexo 1. Modelo de formulário de não participação”* traz um modelo desse formulário de recusa).
2. Realocação de profissionais da saúde que se recusam a tomar a vacina para áreas com menor probabilidade de contato com pacientes de alto risco, quando possível, ou uso obrigatório de máscaras quando estiverem atendendo pacientes com alto risco de complicações da *Influenza*.
3. Uso de máscaras faciais durante a permanência na instituição de saúde.

Vacinação obrigatória

A vacinação obrigatória torna a vacinação de profissionais da saúde uma exigência legal ou regulamentar, embora permita algumas exceções como, por exemplo, em caso de contraindicações médicas. Não existe uma definição da OMS ou qualquer outra formalmente usada para vacinação obrigatória. Os programas de imunização de bebês e crianças descritos como obrigatórios variam muito, principalmente em relação às exceções e penalidades em caso de descumprimento (47).

Diversos especialistas já argumentaram que políticas de imunização obrigatória devem ser implementadas para doenças preveníveis por vacina que possam ser transmitidas em locais de assistência à saúde e levar a um risco considerável de morbidade ou mortalidade aos pacientes (20, 44, 48–50), como parte da ética profissional das instituições de saúde.

Também se defende que poucas obrigações éticas no campo da medicina são mais importantes do que a obrigação de não causar danos. Por isso, garantir um atendimento seguro aos pacientes, minimizando a transmissão de doenças infecciosas, é uma norma ética fundamental em locais de assistência à saúde (20). No entanto, caso sejam estabelecidas políticas de vacinação obrigatória, questões de responsabilidade jurídica devem ser estudadas, inclusive a possibilidade de pedidos de indenização em caso de eventos adversos.

A vacinação obrigatória pode fazer parte da política nacional ou ser implementada nas instituições de saúde individualmente, como parte das políticas institucionais. A aprovação de leis que endossem a vacinação obrigatória facilitaria a implementação desse tipo de política.

Os Regulamentos do Código de Colorado é um exemplo de política de vacinação obrigatória:

**Regulamentos do Código do Colorado: Code of Colorado Regulations: Normas para Hospitais e Instalações de Saúde – 02 Normas Gerais de Licenciamento (Parte 10, Pág. 46)**

<https://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=6020&fileName=6%20CCR%201011-1%20Chap%2002> (Acessado em 14 de maio de 2019)

Diversos países com vacinação voluntária de profissionais da saúde contra *Influenza* têm políticas de vacinação obrigatória para outras infecções, como sarampo e hepatite B. Essas políticas de vacinação obrigatória que já existem poderiam ajudar a justificar o estabelecimento da vacinação obrigatória também para *Influenza*, com base no argumento da proteção não apenas dos profissionais da saúde, mas também dos pacientes vulneráveis de alto risco com quem eles têm contato.

As recomendações publicadas para a implementação ética de políticas de vacinação obrigatória estão reproduzidas na **Caixa de ferramentas 3**. Essas recomendações podem ser levadas em consideração para a estruturação de uma política nacional baseada na viabilidade de implementação.

CAIXA DE FERRAMENTAS 3**Recomendações para a implementação ética de políticas de vacinação obrigatória**

- Deve haver um problema de segurança de funcionários e pacientes claramente comunicado aos funcionários.
- O meio menos restritivo possível deve ser usado para se alcançar o objetivo de segurança.
- Deve haver critérios claros de recusa deliberada por razões médicas.
- A recusa com base em opiniões pessoais dos profissionais da saúde deve ser permitida apenas para os funcionários atuais. Essas determinações devem ser feitas de forma transparente e objetiva.
- Para os que atendem a critérios médicos de exclusão ou outros, ou que se recusam a tomar a vacina, as instituições devem oferecer modos alternativos de controle da transmissão, incluindo afastamento temporário durante épocas de pico, uso obrigatório de máscaras, realocação para área não clínicas (se possível) ou testes frequentes durante períodos de pico da influenza.
- Futuros funcionários devem ser avisados sobre a política obrigatória e estar cientes de que o não cumprimento pode justificar sua dispensa do emprego.
- O processo deve ser transparente e considerar amplamente as perspectivas dos próprios profissionais da saúde para o desenvolvimento da política.
- As instituições devem dar suporte aos profissionais da saúde, implementando procedimentos de vacinação gratuita e facilmente acessível, e oferecendo cobertura completa para eventuais eventos adversos. Deve-se prestar atenção especial para não prejudicar membros menos favorecidos da equipe de saúde.

Fonte: Tilburt JC et al. *Vaccine* 26S (2008) D27-D30 (1)

Abordagem mista

É possível também usar uma abordagem mista, que contemple uma política de vacinação obrigatória para determinadas categorias de profissionais da saúde que geralmente têm contato físico direto com pacientes de alto risco, e uma outra de vacinação voluntária para as demais categorias.

Esse tipo de abordagem deve definir de forma clara e inequívoca os grupos de profissionais da saúde ou áreas de atuação para as quais devem ser aplicadas as políticas de vacinação obrigatória e voluntária. Deve-se considerar também as implicações relativas a recursos humanos e financeiros das políticas de vacinação obrigatória ou das exigências alternativas.

Integração com políticas de Saúde Ocupacional

As políticas para vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* devem ser parte das políticas e normas nacionais de segurança e saúde ocupacional e dos sistemas de gestão de segurança e saúde ocupacional das instituições de saúde.

A inclusão da vacinação contra *Influenza* sazonal nas políticas de saúde ocupacional permite o acesso à vacinação gratuita para todos os profissionais da saúde incluídos no público-alvo, conforme a Convenção de Segurança e Saúde Ocupacional de 1981, Artigo 21⁵ e as recomendações do Modelo Global de Programas Nacionais de Saúde Ocupacional para Profissionais da Saúde da Organização Mundial da Saúde e Organização Internacional do Trabalho (OMS-OIT)⁶. Esse tipo de política também coloca sobre os empregadores a responsabilidade pela vacinação de profissionais da saúde, e não sobre os próprios profissionais.

Uma política integrada leva a uma maior coordenação e colaboração entre os programas de saúde ocupacional e imunização, e promove uma abordagem conjunta para o controle da *Influenza* em instituições de saúde, na qual a vacinação é parte integrante de um programa de controle de infecções que inclui outras medidas de proteção para profissionais da saúde e pacientes. O programa de saúde ocupacional, no âmbito do país, e o sistema de gestão no âmbito das instituições de saúde também proporcionam um ambiente propício para a criação de uma cultura de prevenção de infecção no local de trabalho, estimulando a implementação de programas de vacinação.

Escolha da vacina, calendário e época da vacinação

Escolha do produto

A OMS oferece recomendações para a composição de vacinas contra *Influenza* com base nas informações fornecidas pelo Sistema Global de Vigilância e Resposta à Influenza⁷. Com base nessas recomendações, os fabricantes formulam vacinas para o Hemisfério Norte (HN) e Hemisfério Sul (HS), que geralmente ficam disponíveis em setembro (HN) e abril (HS) de cada ano, respectivamente. Uma lista das vacinas pré-qualificadas pela OMS com informações sobre as respectivas características está disponível na página da OMS na Internet⁸.

Há vários tipos diferentes de vacinas disponíveis, incluindo vacinas com vírus inativado (composições trivalente e quadrivalente), vacinas com vírus vivo atenuado, vacina com adjuvante e vacina recombinante. O simples fato de se tratar de profissionais da saúde não faz com que um tipo de vacina seja superior a outro (dependendo das autorizações de comercialização específicas dos países)⁹. Os profissionais da saúde que atendem pacientes muito imunocomprometidos devem receber, preferencialmente, a vacina com vírus *Influenza* inativado (em inglês, *inactivated influenza vaccine*, ou IIV).

⁵ C155-Convenção de Segurança e Saúde Ocupacional, 1981 (Nº. 155). https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NO_RMLEXPUB:12100:0::NO::p12100_instrument_id:312300 (Acessado em 14 de maio de 2019)

⁶ A dimensão setorial do trabalho - OIT: Revisão de iniciativas setoriais sobre HIV e AIDS Appendix II - WHOILO WHO-ILO Quadro Global para Programas Nacionais de Saúde Ocupacional de Profissionais de Saúde. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_145837.pdf (Acessado em 14 de maio de 2019)

⁷ Influenza: vacinas. <http://www.who.int/influenza/vaccines> (Acessado em 14 de maio de 2019)

⁸ WHO Vacinas prequalificadas. https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/ (Acessado em 14 de maio de 2019)

⁹ Em alguns países, a quadrivalente é o produto de escolha. Atualmente, o Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em imunização da OMS está estudando as evidências, e deve publicar uma recomendação em 2020.

O preço e a disponibilidade de estoque de cada produto são considerações adicionais que devem ser feitas na ocasião da escolha.

Época da vacinação

Nos países em que a *Influenza* é sazonal e os padrões de sazonalidade são bem definidos, a vacinação deve ser agendada, idealmente, antes do início da temporada de gripe, permitindo um intervalo de aproximadamente 14 dias para a indução de anticorpos protetores. Quando atrasos no abastecimento das vacinas não permitem que esse cronograma seja cumprido, a vacinação deve iniciar assim que os estoques estiverem disponíveis. Além disso, não se deve negar vacinação para nenhum profissional da saúde, durante toda a temporada da *Influenza*, caso estes atrasem a vacinação.

Em regiões tropicais e subtropicais, onde podem ocorrer diversos picos, a vacinação deve ser realizada antes do pico principal de transmissão, com a formulação mais recente disponível da vacina. Caso não haja dados disponíveis sobre a sazonalidade da *Influenza* em um país, é possível usar os dados de países epidemiologicamente semelhantes. A **Caixa de ferramentas 4** traz informações publicadas sobre a sazonalidade da *Influenza* nos trópicos e subtrópicos.

CAIXA DE FERRAMENTAS 4

Orientação para escolha do produto e época da influenza sazonal



Uso e efetividade de políticas para influenza sazonal nos trópicos e subtrópicos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016.

 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910173/pdf/IRV-10-254.pdf>


(Acessado em 14 de maio de 2019)

Sazonalidade da influenza nos trópicos e subtrópicos – quando vacinar

 <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0153003>

(Acessado em 14 de maio de 2019)

Lista de vacinas pré-qualificadas pela OMS

 https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web

(Acessado em 14 de maio de 2019)

Definição de objetivos de monitoramento e mensuração do impacto da doença

Os Ministérios da Saúde poderiam ser aconselhados pelo CTAI/NITAG ou outros grupos consultivos relevantes quanto aos objetivos de monitoramento e mensuração de impacto que devem ser levados em consideração durante o planejamento e execução de Monitoramento e Avaliação (ver **Capítulo 4**).

Os CTAI/NITAG, com a contribuição de outros grupos consultivos relevantes e das universidades, deveriam fazer recomendações a respeito de:

1. Monitoramento e notificação (relatório) de cobertura vacinal, sempre que possível, por unidade e tipo de atendimento oferecido.
2. Mensuração de impacto da vacinação, incluindo:
 - a) Grupos-alvo (profissionais da saúde e/ou pacientes) para mensuração de impacto.

- b) Desfechos a serem monitorados, por exemplo, síndrome gripal, doença confirmada em laboratório, doença grave, óbito, absenteísmo, desfechos relacionados aos pacientes etc.
- c) Estratégias de vigilância para mensuração de impacto, por exemplo em unidades sentinela, número e a distribuição das mesmas.
- d) Períodos para mensuração de impacto, por exemplo, monitoramento contínuo por um período indefinido ou limitado a um determinado número de temporadas.

Essas medições serão úteis ao NITAG no momento da avaliação de impacto e publicação de recomendações para otimização do impacto e do custo-efetividade da vacinação. A mensuração de impacto também pode gerar dados empíricos que permitam uma estimativa de custo-efetividade da vacinação.

Destaca-se que essas medições devem incluir coleta de dados de diversas temporadas, já que a intensidade de transmissão, gravidade da infecção e eficácia da vacina podem variar entre temporadas. Para obter mais detalhes, leia a seção sobre *Monitoramento e avaliação* ([capítulo 4](#)).

3. Planejamento e gestão da vacinação de profissionais da saúde

Planejamento para o sucesso na introdução de vacinas

Após o estabelecimento de uma política nacional de vacinação, é necessário converter essa política em planos operacionais com estimativas de custos, definição de orçamentos e informações detalhadas sobre os diferentes componentes programáticos relativos à introdução de uma nova vacina no PNI.

Os conceitos gerais para inclusão de uma nova vacina aos planos nacionais de imunização e gestão dessa introdução estão definidos no guia da OMS “Princípios e considerações para a inclusão de uma nova vacina em um programa nacional de imunização: da decisão à implementação e monitoramento” (o **Anexo 3** fornece um Modelo de Plano de Introdução de Novas Vacinas). Esta seção orienta sobre elementos adicionais específicos da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal.


Um plano de introdução de vacinas integrado ao plano anual de imunização, e combinado a listas de verificações, permite que os planejadores providenciem todos os itens necessários para a introdução oportuna e eficiente de uma vacina no programa nacional. Para facilitar o acesso, as conexões para os Anexos relevantes do guia da OMS são fornecidos na **Caixa de ferramentas 5**.

CAIXA DE FERRAMENTAS 5




Referências para os modelos e listas de verificação do plano de introdução de novas vacinas no documento “Princípios e considerações para a inclusão de uma nova vacina em um programa nacional de imunização: da decisão à implementação e monitoramento”


Modelo genérico para guiar a elaboração de um plano nacional de introdução

 http://www.who.int/entity/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/Annex3_NVI_Template_EN.doc (Acessado em 14 de maio de 2019)

A lista de verificação de introdução de novas vacinas, a lista de atividades e a linha do tempo do guia da OMS para introdução de novas vacinas oferecem orientações para o planejamento de verbas, atividades, distribuição de papéis e responsabilidades, e cronogramas

 http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/Annex4_Instructions.pdf (Acessado em 14 de maio de 2019)

Lista de verificação correspondente

 http://www.who.int/entity/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/Annex4_checklist_en.xls (Acessado em 14 de maio de 2019)

Além da lista de verificação genérica para introdução de vacinas, a lista de verificação complementar no **Anexo 2** traz um elenco de questões específicas da imunização de profissionais da saúde. Os elementos nessa lista devem ser adicionados (conforme apropriado) à lista de verificação de atividades mais genérica. Um exemplo de lista de verificação para instituições de saúde também é fornecido (**Anexo 3**) para orientar os preparativos para vacinação nas instituições de saúde.

Os cronogramas para planejamento e introdução devem ser incluídos nos *checklists* e/ou na forma de um diagrama de Gantt (gráfico ilustrativo do avanço das etapas de um projeto) separado, garantindo que todas as atividades sejam concluídas na ordem correta, para permitir a implementação das atividades de vacinação dentro dos prazos estabelecidos.

Devem-se incluir referências cruzadas para as seções relevantes das estratégias e planos de saúde ocupacional, tanto em âmbito nacional quanto das instituições de saúde (ver o capítulo anterior sobre integração de políticas de vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* nas políticas e normas de saúde ocupacional), para facilitar uma abordagem mais coesa de planejamento e implementação.

O Modelo Global de Programas Nacionais de Saúde Ocupacional da OMS-OIT para profissionais da saúde recomenda que todos os países identifiquem os responsáveis pela saúde ocupacional, no país e nos locais de trabalho. Esses pontos focais devem fazer parte da equipe de planejamento, do país e das instituições de saúde, respectivamente. A inclusão dos pontos focais de saúde ocupacional permite uma abordagem integrada para prevenção da *Influenza* no local de trabalho, sendo a vacinação parte de um pacote de intervenções para o controle da *Influenza*, que inclui também outras medidas de controle de infecções para proteger tanto os profissionais da saúde quanto os pacientes. Os comitês de segurança e saúde ocupacional das instituições de saúde, quando existentes, podem ajudar a engajar a diretoria e os representantes dos funcionários na implementação do programa de vacinação.

Além dos planos operacionais nacionais para implementação da vacinação de profissionais da saúde, o plano completo plurianual (cMYP) de imunização também deve ser atualizado para incluir a imunização de profissionais da saúde. (*Caixa de ferramentas 6*).

CAIXA DE FERRAMENTAS 6

Diretrizes da OMS-UNICEF para planejamento plurianual



Diretrizes da OMS-UNICEF para elaboração de um plano completo plurianual (cMYP)

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/tools/cmyp

Estimativa de custos e financiamento

Com a adição de uma nova vacina ao calendário nacional de vacinação, os custos da vacina e da respectiva aplicação devem ser estimados e incluídos nos orçamentos de imunização anual e plurianual. Além dos custos da vacina e dos insumos (seringas, agulhas, recipientes de descarte etc.), os custos da aplicação da vacina (incluindo recursos humanos) e de todo o trabalho anual de comunicação/informação e geração de demanda, em âmbito nacional e nas instituições de saúde, bem como os custos de monitoramento e notificação, devem ser incluídos. Há diversas ferramentas e materiais disponíveis que poderiam ser usados ou adaptados para estimar os custos, definir orçamentos e garantir financiamento para a vacinação de profissionais da saúde (ver *Caixa de ferramentas 7*).

Como a comunicação e outras atividades/intervenções para melhorar a adesão à vacinação são necessários todos os anos, esses custos devem ser incorporados nos custos anuais de aplicação da vacina, e não devem ser considerados como uma atividade isolada.

Além da estimativa de custos e definição de orçamento para a vacinação anual de profissionais da saúde contra *Influenza*, talvez seja também necessário intervir junto aos responsáveis pela alocação de fundos para programas de saúde, para garantir financiamento sustentado para a vacinação. A **Caixa de ferramentas 8** fornece conexões para materiais que auxiliam na garantia de financiamento sustentável.

CAIXA DE FERRAMENTAS 7



Materiais para estimativa de custos e financiamento

Ferramenta cMYP de estimativa de custos e financiamento

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/tools/cmyp (Acessado em 14 de maio de 2019)

Catálogo de Custos em Imunização (Immunization Costing Action Network ICAN)

Esta página interativa fornece informações sobre os custos de aplicação das vacinas em diferentes países de baixa e média renda através de diferentes estratégias de implementação.

<http://immunizationeconomics.org/ican-idcc> (Acessado em 14 de maio de 2019)

Ferramenta da OMS para planejamento e estimativa de custos da vacinação materna contra influenza (novo nome: ferramenta SIICT)

Esta ferramenta está sendo expandida para incluir todos os grupos de risco da influenza, inclusive profissionais da saúde.

https://www.who.int/immunization/research/development/influenza_economics/ (Acessado em 14 de maio de 2019)

Ciências Administrativas para a Saúde. Modelo de planejamento, estimativa de custos e definição de orçamentos

<http://www.msh.org/resources/planning-costing-and-budgeting-framework> (Acessado em 14 de maio de 2019)

Financiamento em imunização: guia de referência para promotores de saúde, gestores políticos e técnicos.

<https://immunizationeconomics.org/imfin> (Acessado em 14 de maio de 2019)

CAIXA DE FERRAMENTAS 8**Materiais para promoção ou financiamento sustentável**

Biblioteca para promoção da imunização. Oferece uma série de ferramentas e guias para explicar o valor da vacinação e a necessidade de investimentos para esse fim

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/communication-and-advocacy/immunization-advocacy-library>
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Há dois documentos especialmente relevantes nessa biblioteca:

Apostila- promoção de financiamento sustentável para programas de imunização

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2015/workbook-advocacy-for-sustainable-funding-of-immunization-programmes>
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Como preparar um perfil financeiro para seu programa de imunização

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2015/how-to-prepare-a-financial-profile-of-your-immunization-programme>
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Pesquisa aplicada para embasamento do processo de planejamento

Durante os preparativos para lançamento da vacinação contra *Influenza*, diversos países já usaram a pesquisa aplicada (pesquisa científica primordialmente dirigida em função de um fim ou objetivo prático específico, solução de problemas) para compreender melhor os fatores que afetam a adesão à vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal, incluindo medos, crenças, necessidades de informação, questões culturais e barreiras à vacinação, visando a desenvolver um plano individualizado para lidar com eles.

A pesquisa aplicada pode incluir pesquisa quantitativa e qualitativa e, em alguns casos, uma revisão documental. Pesquisa quantitativa pode ser usada para identificar os principais preditores de baixa adesão à vacinação entre profissionais da saúde e os principais motores da adesão a recomendações de vacinação. Os dados podem ser coletados por meio de levantamentos e questionários administrados aos profissionais da saúde. A amostra ideal deve representar corretamente as diferentes categorias de profissionais da saúde, já que percepções e razões para a baixa adesão podem variar entre diferentes grupos de profissionais, por exemplo, entre médicos e enfermeiros (40), entre amostras de unidades de atenção primária, secundária e terciária, e entre diferentes áreas dentro dessas instituições.

A pesquisa qualitativa é uma pesquisa de conhecimento, de discernimento, que se baseia na compreensão do ponto de vista dos entrevistados. Esse tipo de pesquisa elucida novos problemas e permite um entendimento mais aprofundado de questões complexas por trás da adesão à vacinação. Os métodos de pesquisa qualitativa geralmente incluem discussões em grupos focais e entrevistas individuais em profundidade. O Escritório Regional da OMS na Europa publicou um guia passo-a-passo de pesquisa qualitativa para introdução de novas vacinas (ver **Caixa de ferramentas 9**). Para ser útil, a pesquisa aplicada deve ser corretamente planejada e executada. Caso contrário, existe o risco de se chegar a conclusões erradas. Esse trabalho requer tempo e recursos. Embora esse tipo de pesquisa seja útil para embasar o processo de planejamento, caso haja restrição de tempo e recursos, a ausência desse tipo de pesquisa não deve atrasar a introdução da vacina


contra *Influenza* sazonal, a não ser que haja indícios de que a atitude dos profissionais da saúde possa ser um problema, com impacto negativo considerável na adesão à vacinação.

CAIXA DE FERRAMENTAS 9

Guia de campo para pesquisa aplicada qualitativa



Guia de campo de pesquisa qualitativa para introdução de novas vacinas

 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/359878/EIW2018_FieldGuide_VaccineIntro.pdf
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Quando não houver dados de pesquisa formativa disponíveis, dados equivalentes de estudos conduzidos em outros países podem ser usados para embasar o processo de planejamento. Embora as razões para uma baixa adesão à vacinação sejam heterogêneas, as evidências disponíveis indicam que existe muita convergência dos maiores influenciadores da adesão à vacinação entre profissionais da saúde, principalmente entre países na mesma sub-região, e isso pode ser usado no processo inicial de planejamento. A análise rápida de evidências (10) sintetiza os principais achados da literatura, e essas evidências poderiam ser usadas, conforme aplicáveis e adequadas, na ausência de pesquisas realizadas localmente.

Os dados da literatura podem ser complementados com informações obtidas a partir de pesquisa aplicada quantitativa, usando questionários rápidos aplicados em uma amostra de profissionais da saúde, idealmente composta de diferentes categorias desses profissionais. Esses levantamentos requerem menos recursos que a pesquisa aplicada qualitativa, e podem ser concluídos sem que isso atrase a introdução da vacina.

O **Anexo 4** traz um modelo de questionário que pode ser usado para esses levantamentos.

Mais pesquisas podem ser conduzidas caso a baixa adesão à vacinação persista. A ferramenta TI-Pflu (ver Caixa de Ferramentas 16) é um auxílio importante que pode ser usado em tais situações.

Comunicação e aceitação da vacina

Crenças pessoais, atitudes culturais e percepções sobre a vacinação, além de recomendações oficiais, frequentemente orientam as ações de muitos dos responsáveis pela aplicação de vacinas, e muitos dos receptores (51, 52). Isso também se aplica aos profissionais da saúde. As evidências mostram que percepções equivocadas sobre a vacinação são frequentes, bem como divergências entre conhecimento e comportamentos (53, 54). Sendo assim, o mero conhecimento dos riscos e benefícios da vacinação entre profissionais da saúde não se mostrou suficiente para garantir uma boa adesão. A obtenção de uma boa cobertura vacinal entre profissionais da saúde requer um trabalho multidimensional de geração de demanda, embasado por um entendimento concreto das percepções, motivações e barreiras para a aceitação da vacinação entre profissionais da saúde, tanto para aqueles que aplicam quanto os que recebem a vacina.

As mensagens de comunicação precisam ser adaptadas para as necessidades de diferentes grupos de profissionais da saúde, já que as evidências disponíveis indicam que as percepções sobre a necessidade, riscos e benefícios da vacinação podem variar nesses grupos (55). Os esforços atuais concentram-se principalmente na preparação de abordagens baseadas em fatos para a elaboração de mensagens de comunicação. No entanto, esse tipo de mensagem pode precisar de adaptação de acordo com o público-alvo, com base no nível de escolaridade e de compreensão desse pú-

blico. É possível gerar um impacto maior ao se levar em consideração os estilos preferenciais de tomada decisão dos grupos individuais tidos como alvo da vacinação (54). A estruturação dessas mensagens requer compreensão da psicologia das vacinas e da tomada de decisão, e pode exigir o envolvimento de especialistas em comunicação.

Uma abordagem tradicional no contexto da imunização é o uso dos meios de comunicação de massa. Porém, estudos mostram que os meios de massa, isoladamente, bem como estratégias de comunicação de uma só via, podem não ser suficientes para otimizar a adesão à vacinação entre profissionais da saúde. A comunicação individual e em grupos, neste caso nas instituições de saúde, é necessária para gerar confiança e incentivar os profissionais da saúde a aceitar a vacinação.

A inclusão de informações sobre a importância da vacinação de profissionais da saúde (autoproteção, responsabilidade para com os pacientes, preparação para pandemias no caso da *Influenza*) nos currículos das faculdades de medicina, enfermagem e outras instituições de ensino na área da saúde pode ajudar a consolidar a vacinação de profissionais da saúde como um conceito organizador, e criar gerações de profissionais mais bem informados sobre a imunização.


Atividades efetivas de comunicação e geração de demanda não devem ser eventos isolados, mas sim um esforço contínuo, com a capacidade de responder rapidamente a mudanças nas percepções sobre vacinação, bem como combater boatos e concepções equivocadas. As equipes na linha de frente, responsáveis pela vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza*, devem ser treinadas para lidar com profissionais hesitantes, bem como aqueles que negam expressamente o benefício das vacinas¹⁰ e podem, assim, impactar negativamente a adesão à vacinação (56).

A criação de um grupo de trabalho nacional, com especialistas em comunicação, pode facilitar uma forte relação de trabalho e cooperação entre parceiros e aliados, reforçar a comunicação de rotina para imunização e garantir uma boa coordenação e resposta imediata de todas as autoridades envolvidas, em caso de incidentes de segurança. A inclusão de membros do departamento de Saúde e Segurança Ocupacional e de associações profissionais na comunicação com os profissionais da saúde contribui para criar confiança e melhorar a aceitação da vacinação. Representantes dos profissionais da saúde, associações profissionais, sindicatos, bem como das diferentes categorias de profissionais da saúde candidatos à vacinação, ajudam a garantir que os pontos de vista de todas as categorias estejam sendo considerados para a elaboração de materiais de comunicação direcionados.

Uma série de ferramentas e guias estão disponíveis e podem ser usados para o desenvolvimento de uma estratégia efetiva de comunicação e para a estruturação de mensagens de comunicação especificamente pensadas para grupos diferentes de profissionais da saúde, incluindo um modelo de termos de referência para grupos de trabalho de divulgação da vacinação (*Caixa de ferramentas 10*).


¹⁰ Estes encontram-se no extremo de um subgrupo de indivíduos que se negam a tomar vacinas e se opõem ativamente à vacinação, usando técnicas de negacionismo científico para justificar suas crenças (*referência 32*).

CAIXA DE FERRAMENTAS 10**Instrumentos e guias para o desenvolvimento de mensagens e estratégias de comunicação****Biblioteca de vacinação e confiança [Vaccination and trust library]**

 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/vaccination-and-trust>


(Acessado em 14 de maio de 2019)

Introdução de novas vacinas: *checklist* para planejamento de comunicação e promoção (2017)

 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/publications/2017/new-vaccine-introduction-checklist-for-planning-communication-and-advocacy-2017>

(Acessado em 14 de maio de 2019)

Modelo de termos de referência para grupos de trabalho de comunicação de vacinação

 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/337496/02_WHO_VaccineSafety_Support-Doc_TOR_Proof7.pdf

(Acessado em 14 de maio de 2019)

Além de vacinação, os materiais de informação, ensino e comunicação também devem incluir informações sobre outras medidas de controle de infecções que reduzam a transmissão da *Influenza* no local de trabalho, bem como os passos a serem tomados caso um profissional da saúde apresente síndrome gripal.

Comunicação no âmbito das instituições de saúde

Uma comunicação eficaz depende de uma equipe dedicada e bem treinada para executar a estratégia de comunicação no âmbito das instituições de saúde. Essa equipe deve estar estabelecida e treinada muito antes da data planejada para a introdução, e deve incluir representantes das principais categorias de profissionais da saúde presentes na instituição, bem como um especialista em promoção de saúde e comunicação, quando possível. Idealmente, a comunicação para a vacinação contra *Influenza* sazonal deve fazer parte de um trabalho mais amplo de comunicação para controle da *Influenza* em instituições de saúde.

As atividades de comunicação no âmbito das instituições de saúde devem começar com bastante antecedência em relação à data planejada para início da vacinação, principalmente em países que estejam introduzindo a vacinação pela primeira vez. As atividades iniciais podem incluir a exibição de cartazes com informações em todas as áreas relevantes da instituição de saúde. O administrador da instituição de saúde e os chefes de todos os departamentos e áreas clínicas relevantes devem receber um comunicado formal, além de um número suficiente de cópias de materiais informativos sobre a vacinação, para serem exibidos nas respectivas áreas clínicas. Sempre que possível, informações sobre a vacinação contra *Influenza* também devem ser enviadas a todos os profissionais da saúde, por mensagem eletrônica ou pelas redes sociais locais.

A exibição e distribuição dos materiais informativos deve ser complementada por sessões presenciais de orientações e esclarecimentos em pequenos grupos. As reuniões de rotina das equipes podem ser aproveitadas para esse fim. O número de sessões presenciais em grupo dependerá do tamanho da instituição de saúde e do número de profissionais a serem vacinados. Instituições maiores (por exemplo, unidades de atenção secundária ou terciária) talvez precisem realizar várias sessões informativas para atender a todos os profissionais da saúde contemplados pela vacinação. Como as mensagens de comunicação podem ser diferentes para as diversas categorias de profis-

sionais da saúde, deve-se considerar a realização de sessões informativas separadas para cada uma dessas categorias, usando referências e materiais relevantes para cada uma. Para melhorar a comunicação e permitir tempo suficiente para perguntas dos profissionais da saúde, o tamanho dos grupos deve proporcionar oportunidades suficientes de interação. Deve-se tomar providências para facilitar a participação dos profissionais da saúde que trabalham durante a noite. A agenda das sessões informativas deve ser amplamente divulgada na instituição de saúde, e lembretes enviados para promover a participação.

As sessões presenciais devem:

1. Explicar por que a vacinação é importante para os profissionais de saúde, para os pacientes e familiares, e para a sociedade como um todo - com foco específico nos desfechos graves associados à infecção por *Influenza*.
2. Informar os profissionais da saúde sobre políticas nacionais.
3. Fornecer informações sobre a segurança das vacinas contra *Influenza* sazonal.
4. **Fornecer informações** sobre a época e os locais de vacinação.
5. Explicar as possíveis consequências da não vacinação.
6. Elucidar possíveis dúvidas.

Deve-se considerar a criação de uma linha direta ou sistema de atendimento por mídia eletrônica para responder às dúvidas dos profissionais da saúde. Além da exibição de cartazes e outros materiais de comunicação, o uso de adesivos visíveis e removíveis pelos profissionais da saúde que já se vacinaram (por exemplo, nos crachás de identificação) poderia servir como lembrete aos colegas que ainda não tomaram a vacina. Mensagens de texto, mensagens eletrônicas genéricas e plataformas de mídia social também podem ser usados para o envio de lembretes periódicos sobre a vacinação.

Geração de demanda no âmbito das instituições de saúde

Além de estratégias de comunicação, esforços para geração de demanda com base em ciência comportamental podem ser implementados antes da disponibilização das vacinas, para preparar os profissionais da saúde para a vacinação. Essas intervenções pontuais servem para criar um ambiente que influencie o comportamento de forma previsível, sem eliminar a livre escolha (57), e já tiveram sua eficácia comprovada em diversos cenários no campo da saúde (58). Essas intervenções são capazes de reduzir a distância entre a intenção e o comportamento efetivo, que ocorre quando os indivíduos ou profissionais da saúde esquecem de se vacinar, ou quando existem barreiras para uma vacinação prática e conveniente. Além disso, essas intervenções normalmente podem ser implementadas com um custo relativamente baixo (59). A figura a seguir (*Figura 3*), adaptada do Conselho Nuffield de Bioética, mostra a hierarquia dessas intervenções pontuais que ajudam a promover a adesão à vacinação (60).

As intervenções nos degraus mais baixos são menos agressivas, mas ainda assim geram impacto mensurável. Ao se fornecer resposta sobre a taxa de vacinação em uma instituição de saúde, um processo usado nos Estados Unidos para promover a adesão à vacinação infantil, é possível monitorar o progresso dentro das instituições e motivar outros profissionais da saúde a aprimorarem suas próprias práticas de vacinação (61).

Figura 3. Lista de intervenções pontuais para aumentar a taxa de vacinação

Fonte: Patel MS (ref. 32)

Lembretes aos indivíduos opções-padrão a que tomem a vacina servem como intervenções pontuais, informando prazos e solicitando que compareçam ao local programado para serem vacinados. Esses lembretes podem ser em papel ou por mensagem de texto no celular, e são comprovadamente eficazes (62). Na instituição de saúde, lembretes enviados aos profissionais da saúde por meio de uma ferramenta de coleta de dados de imunização (impressos ou eletrônicos) ajudam a melhorar a aplicação de vacinas (59).

Uma estratégia bem-sucedida, baseada nessas intervenções pontuais, capaz de reduzir as barreiras para uma vacinação conveniente e preservar a livre escolha são os protocolos de vacinação. Os protocolos de vacinação existem nas instituições de saúde para permitir que profissionais não-médicos apliquem vacinas sem a necessidade de prescrição ou pedido de um médico, e são comprovadamente uma das estratégias mais eficazes para melhorar a adesão à vacinação, quando apropriados (63). Todas essas estratégias podem ser combinadas a abordagens de comunicação para criar demanda na comunidade.

Para além das intervenções pontuais

As intervenções pontuais são um bom método para influenciar a demanda, já que preservam a livre escolha e não são coercitivas. No entanto, alguns especialistas defendem que, quando as intervenções pontuais não conseguem promover uma boa adesão à vacinação entre profissionais da saúde, levando a prejuízos aos pacientes, os decisores devem considerar a adoção de políticas mais autoritárias (64). Isso não quer dizer que quando intervenções pontuais não funcionam, deve-se partir imediatamente para medidas que eliminem a livre escolha. Há ainda outras intervenções antes de se levar à restrição da livre escolha. O uso de “exigências alternativas” é um exemplo dessa ação.

Estudo de caso: Campanha «flulapalooza» para promoção de adesão à vacinação contra influenza entre profissionais da saúde

O Centro Médico da Universidade Vanderbilt em Nashville, Tennessee, nos Estados Unidos, tem mais de 24.000 funcionários. Desde 2011, o principal pilar da campanha de vacinação de profissionais da saúde contra influenza nesse centro é um grande evento batizado de “flulapalooza”. Nesse evento, são vacinadas, em média, 14.000 pessoas, em um único dia. Esse modelo de “ponto-de-dispensação fechado” já foi avaliado e aperfeiçoado ao longo do tempo, em busca de uma maior eficiência na aplicação de vacinas e melhores taxas de cobertura. O evento cria uma atmosfera festiva e, ao mesmo tempo, serve como prática de habilidades críticas de vacinação necessárias em pandemias, envolvendo as equipes de saúde ocupacional e a liderança executiva da instituição.

O evento alcança altas taxas de cobertura vacinal nas diferentes categorias de profissionais da saúde que dele participam; no entanto, devido ao esquema de turnos de enfermagem e as demandas das enfermarias da instituição, menos de 30% dos enfermeiros do hospital são vacinados nesse evento. Portanto, o hospital precisa combinar o flulapalooza com visitas às enfermarias, uso de carrinhos móveis e outras estratégias para alcançar sua meta anual de 90% de cobertura vacinal entre os profissionais da saúde no geral. Embora o estabelecimento de uma política institucional tenha gradualmente aumentado a dificuldade de recusas e incluído medidas disciplinares para funcionários faltosos sem justificativa válida, é importante destacar que, antes dessas políticas disciplinares, as taxas de cobertura já chegavam a 92%. Os detalhes sobre o projeto do evento, fluxogramas e as lições práticas aprendidas estão disponíveis em uma publicação eletrônica.

Fonte: Swift MD, Aliyu MH, Byrne DW, et al. Preparação para emergências no local de trabalho: o flulapalooza como modelo para vacinação em massa. *American Journal of Public Health*. 2017 sep;107(s2): s168-76.

 <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2017.303953>

O **Anexo 5** traz uma tabela com diferentes abordagens de comunicação e geração de demanda, juntamente com uma indicação do trabalho necessário para implementar essa abordagem, e o impacto esperado.

Obtenção das vacinas e gestão da rede de distribuição

Obtenção das vacinas

A obtenção das vacinas com o melhor preço possível requer uma boa compreensão dos mecanismos e sistemas de compras, da dinâmica do mercado de vacinas e dos elementos que compõem os preços. A obtenção das vacinas começa com a previsão da demanda, seguida pelo pedido de cotação, contratação e processo de compra. As ferramentas e materiais para obtenção de vacinas estão disponíveis na **Caixa de ferramentas 11**. A obtenção de vacinas contra *Influenza* sazonal pode envolver alguns aspectos exclusivos e exigir aprovações regulamentares e compromissos prévios de compra com fabricantes específicos logo após a publicação das recomendações da OMS relativas à formulação da vacina sazonal (em fevereiro para o hemisfério norte e em setembro para o hemisfério sul), e bem antes da temporada de *Influenza*.

CAIXA DE FERRAMENTAS 11**Instrumentos para obtenção de vacinas****Mecanismos e sistemas de compras**

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/mechanisms_systems
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Plataforma web sobre produtos, preços e compras V3P (Vaccine product, price and procurement)

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/v3p/platform
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Mercado de vacinas

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/procurement/market
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Lista de vacinas contra influenza sazonal pré-qualificadas pela OMS

https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Seleção do produto e apresentação

Assim como com qualquer outra vacina, a escolha do produto e da apresentação depende de vários fatores, incluindo disponibilidade, preço, facilidade de uso, requisitos de armazenamento e transporte, perdas de doses (rendimento dos frascos multidoses) e oportunidades perdidas de vacinação (por exemplo, adiamento da vacinação devido à relutância em abrir um frasco com 10 doses para apenas um ou dois indivíduos). A escolha do tamanho do frasco deve se basear no número de doses a serem usadas em cada ponto de vacinação e o número de sessões a serem realizadas em cada ponto. As vacinas injetáveis contra *Influenza* sazonal pré-qualificadas atualmente são disponibilizadas em seringas preenchidas com doses únicas, bem como em frascos com dose única e com 10 doses. Todas as apresentações em frascos com 10 doses usam timerosal como preservativo. No entanto, é importante lembrar que nem todos os produtos pré-qualificados disponíveis atualmente em frascos com 10 doses têm autorização para serem armazenados por até 28 dias após a abertura do frasco, e nem todos os produtos têm rótulo monitor de frasco de vacina (em inglês, *vaccine vial monitor*, ou VVM). Esses aspectos devem ser considerados na seleção do produto e da apresentação. Deve-se verificar se as especificações de cada produto e apresentação atendem aos requisitos do programa antes de encomendá-los. Informações sobre as vacinas pré-qualificadas pela OMS estão disponíveis na página da instituição na Internet (ver **Caixa de ferramentas 11**).

A previsão da demanda por vacinas é um primeiro passo importante na obtenção das vacinas. A previsão de demanda requer uma estimativa do número de profissionais da saúde a serem vacinados, a cobertura vacinal esperada e uma estimativa de perdas. Idealmente, os profissionais da saúde de instituições públicas e privadas devem ser vacinados. O processo de estimativa do tamanho da população-alvo para vacinação de profissionais da saúde tende a ser mais complexo que para outras vacinas destinadas à população em geral. Os dados para derivação dessas estimativas também podem ser mais difíceis de encontrar, principalmente em países de baixa e média renda. A **Caixa de ferramentas 12** fornece recursos para a estimativa do tamanho da força de trabalho e de quantos profissionais precisam ser vacinados.

CAIXA DE FERRAMENTAS 12**Recursos para estimativa do tamanho da população-alvo**

Observatório de saúde global: profissionais e trabalhadores da saúde

 http://www.who.int/gho/health_workforce

Banco de dados sobre estatística mundial de profissionais e trabalhadores da saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

 <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats>

Contando profissionais da saúde: definições, dados, métodos e resultados globais. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2007.

 http://www.who.int/hrh/documents/counting_health_workers.pdf

Classificando profissionais da saúde: mapeamento de ocupações para padronização de classificação internacional

 https://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf

Os bancos de dados globais de trabalhadores da saúde talvez não tenham informações sobre todas as categorias de profissionais que possam ser alvo de vacinação. Por exemplo, os bancos de dados globais podem ter estimativas apenas do número de médicos, enfermeiros e obstetrias, mas não de outras categorias de profissionais da saúde. Nesses casos, estimativas aproximadas poderiam ser feitas com base na proporção dos profissionais da saúde para os quais não há dados disponíveis em relação àqueles para os quais há dados disponíveis (por exemplo, proporção de médicos em relação aos profissionais de análises clínicas). Essas proporções poderiam ser rapidamente obtidas por meio de um levantamento com uma pequena amostra representativa (por exemplo, atenção terciária, secundária e primária) de instituições de saúde.

Se cada uma das instituições de saúde preparar listas nominais de beneficiários candidatos à vacinação, para acompanhamento da aplicação de vacinas e manutenção de registros dos que foram vacinados, as previsões iniciais de demanda poderiam ser refinadas nos anos subsequentes, usando-se os dados dessas listas e dos registros dos vacinados.

Gestão de logística e rede de frio

O manuseio da vacina contra *Influenza* é semelhante ao da maioria das outras vacinas dos programas nacionais de vacinação. A vacina deve ser armazenada entre 2° e 8° Celsius. Como se espera que a vacinação de profissionais da saúde seja realizada anualmente, durante um período relativamente curto antes do início da temporada anual de *Influenza*, deve-se desenvolver um plano para assegurar o armazenamento e transporte das vacinas nos diferentes níveis da rede de abastecimento durante o período designado para vacinação. Ferramentas e materiais para previsões, gestão e logística de vacinas estão disponíveis na página da OMS na Internet (**Caixa de ferramentas 13**). Os requisitos de volumes da rede de frio de cada um dos produtos e apresentações pré-qualificados pela OMS estão disponíveis na página da instituição na Internet (selecione o tipo de vacina e clique nas conexões individuais de cada produto e apresentação para obter essas informações)¹¹. Nas instituições de saúde, o ponto focal responsável pela vacinação dos profissionais deve assegurar que as doses de vacina necessárias estejam incluídas na previsão de demanda, e que haja espaço

¹¹ Vacinas pré-qualificadas pela OMS. https://extranet.who.int/gavi/PQ_Web/Browse.aspx?nav=3

de armazenamento suficiente para acomodar todas as doses antes da data prevista de chegada das vacinas na instituição de saúde.

CAIXA DE FERRAMENTAS 13

Gestão de vacinação e materiais de suporte



Materiais de apoio para gestores de programas, relativos ao planejamento de abastecimento e suporte de logística, estão disponíveis em:

http://www.who.int/immunization/programmes_systems/supply_chain/resources/tools/en/index4.html
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Visão geral de tecnologias para o tratamento de resíduos infecciosos e perfurocortantes provenientes de instituições de saúde

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328146/9789241516228-eng.pdf>
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Vacinação de profissionais da saúde

A vacinação dos profissionais da saúde, sempre que possível, deve ser realizada no local onde esses profissionais trabalham, para facilitar o acesso à vacinação.

Estudo de caso: Uso de embaixadores de vacinação para melhorar a adesão à vacinação contra influenza entre profissionais da saúde no Omã

O Omã tem um sistema de saúde universal e gratuito, que oferece vacinação contra influenza aos profissionais da saúde. O Omã é um dos poucos países de alta renda na região do Leste do Mediterrâneo (EMR) da OMS com uma boa cobertura contra influenza entre profissionais da saúde (>80%). Isso foi possível graças aos embaixadores de imunização. O ministro da saúde do Omã defende veementemente a proteção dos profissionais da saúde e é sempre um dos primeiros a tomar a vacina contra influenza sazonal. Como chefe máximo da comunidade de profissionais da saúde e uma pessoa de muita influência no país, esse ato reforça a importância da vacinação e ajuda a promover, ano após ano, os programas de imunização contra influenza. O ministro também atua diretamente na divulgação da vacinação para a comunidade de profissionais da saúde.

Todas as instituições de saúde devem ter um plano para vacinar seus profissionais contra *Influenza* muito antes do início da temporada do vírus. Esses planos devem incluir medidas que permitam acesso conveniente à vacinação para profissionais de todos os turnos. Podem ser necessárias diferentes estratégias nas instituições de saúde, para atingir os funcionários que trabalham durante a noite, sem que seja preciso oferecer vacinação 24 horas por dia, por exemplo, disponibilizando os serviços logo antes, ou logo depois de uma troca de turno.

Deve-se montar uma equipe de vacinação em cada instituição de saúde, responsável por coordenar as atividades relacionadas e otimizar a adesão à vacinação, sob a supervisão geral do gestor principal do estabelecimento. Uma pessoa deve ser nomeada líder da equipe. Esse líder pode ser um ponto focal de segurança e saúde ocupacional, ou alguém responsável pelas atividades de vacinação na instituição de saúde em questão. Em instituições maiores, essa atividade pode ficar a cargo da equipe de medicina do trabalho. A experiência de algumas organizações e instituições de saúde mostrou que o uso de “embaixadores de vacinação”, dentre os próprios funcionários, pode contribuir para melhorar a adesão à vacinação. Alguns países tiveram êxito ao designar uma

equipe móvel encarregada de visitar as diferentes áreas clínicas do local, oferecendo o serviço de vacinação.

Treinamento da equipe de vacinação

Palestras de treinamento devem ser oferecidas aos pontos focais de vacinação nas instituições de saúde para instruí-los sobre o desenvolvimento de um plano para a instituição, bem como para implementação e monitoramento de atividades de vacinação. Essas palestras devem ter programa, currículo, documentos de referência, *checklists* e modelos de formulários criados e padronizados em âmbito nacional, para garantir a uniformidade do treinamento em todas as instituições de saúde. Para assegurar ainda mais a uniformidade do treinamento, as palestras podem ser realizadas por uma equipe de instrutores que tenham sido previamente treinados de forma centralizada, e depois designados para diferentes regiões/sub-regiões, usando-se uma abordagem de treinamento em cascata. Vídeos curtos podem ser usados para uniformizar o conteúdo do treinamento. Pode-se também considerar o uso de módulos de autoaprendizagem pela Internet para aqueles que não puderem assistir presencialmente ao treinamento.

A equipe de vacinação da instituição de saúde deve ser capaz de classificar diferentes grupos de profissionais da saúde (ver no [capítulo 2](#) um exemplo de categorização de risco de profissionais da saúde) e estabelecer uma lista de profissionais da saúde que sejam alvos da vacinação, com o respectivo cargo e área de trabalho. Caso existam políticas de vacinação diferentes para diferentes categorias de risco, é necessário criar listas separadas ou estabelecer mecanismos que facilitem a identificação e o monitoramento da situação vacinal dos profissionais de cada categoria. As listas de beneficiários devem ser elaboradas com antecedência suficiente em relação ao início das atividades de vacinação, e os profissionais da saúde envolvidos devem ser informados sobre a necessidade de se vacinarem.

Além dos profissionais da saúde da própria instituição, é possível incluir profissionais de outros estabelecimentos menores dentro da mesma área de captação, inclusive clínicas particulares, de acordo com a política nacional, caso não haja vacinação disponível em todas as instituições.

Um mecanismo de rastreamento de faltosos com envio de lembretes deve ser estabelecido em cada instituição de saúde. Para profissionais da saúde em contato com pacientes de alto risco (por exemplo, transplantados, pacientes de câncer, pacientes críticos ou unidades perinatais), pode ser necessário notificar os superiores daqueles que ainda não foram vacinados antes do início da temporada de *Influenza* (quando permitido pelas normas locais de confidencialidade). Isso permite reforçar o envio de lembretes ou, em caso de recusa, garantir que o termo de recusa deliberada seja assinado e as medidas apropriadas de controle de infecção sejam implementadas, por exemplo realocação em outras funções, uso de máscaras etc., conforme a política nacional estabelecida para instituições de saúde.

4. Monitoramento e avaliação

Todos os países devem ter um sistema operante para monitorar a cobertura vacinal e os eventos adversos pós-vacinação (EAPV) desde as instituições de saúde até o âmbito nacional, e conduzir pelo menos uma avaliação pós-introdução da vacina contra *Influenza*. Entretanto, a mensuração da aceitação, bem como da efetividade ou impacto da vacinação, será necessária e viável somente em locais onde as metas de imunização não forem atingidas e se houver financiamento para esse fim.

Desenvolvimento e atualização dos sistemas de informação

Devem ser criados formulários e módulos de entrada de dados adequados para registro e notificação de dados de vacinação no âmbito das instituições de saúde, além de processos para comunicar esses dados.

Deve-se considerar a necessidade de inclusão dos sistemas público e privado de saúde no desenvolvimento de ferramentas e orientações para coleta de dados. Isso pode requerer o mapeamento dos sistemas de informação de saúde e instrumentos de coleta de dados de imunização existentes, além de orientações a respeito da maneira como esses sistemas podem ser utilizados para coleta de dados referentes à imunização sazonal de profissionais da saúde.

Os sistemas de coleta de dados podem variar entre instituições de saúde, dependendo do tamanho e da infraestrutura disponível. Entretanto, todas as instituições de saúde devem receber um formulário padronizado de notificação de dados para garantir que as informações necessárias no âmbito nacional sejam coletadas, independentemente do sistema de registro de dados utilizado. Esse formulário pode incluir o nome e a categoria do profissional da saúde, a área de trabalho, a categoria de risco, a data da vacinação, a vacina utilizada e o número do lote. As recomendações do NITAG relativas ao monitoramento e avaliação de impacto devem ser consideradas na elaboração do formulário de notificação de dados.

Todos os sistemas de coleta de dados, sejam eles em formato impresso ou eletrônico, devem ser capazes de rastrear faltosos e contar com um sistema de geração e envio de lembretes. O uso de sistemas de envio de lembretes implica rigor na proteção da confidencialidade dos dados referentes à saúde e situação vacinal dos profissionais da saúde, devendo o acesso aos dados ser restrito ao coordenador de vacinação da instituição.

Monitoramento da cobertura

Existem diversas abordagens para estimativa da cobertura vacinal de profissionais da saúde contra a *Influenza*. O momento em que se mede essa cobertura é importante e deve estar em sincronia com a realização da vacinação no país. Recomenda-se a notificação sistemática (mensal, por exemplo), uma vez que a vacina contra *Influenza* costuma ser administrada em campanhas sazonais. Idealmente, as avaliações devem ser realizadas no final da temporada, quando dados completos, devidamente avaliados e sem divergências estiverem disponíveis.

■ Registros de instituições de saúde

As informações referentes às vacinas contra *Influenza* administradas a profissionais da saúde devem ser incluídas nos registros existentes, mantidos como parte das exigências de saúde ocupacional, e nos registros de vacinação, como parte dos mecanismos institucionais de monitoramento. A análise cuidadosa de discrepâncias nos dados se faz necessária caso a notificação

provenha de múltiplas fontes, devendo-se considerar criteriosamente as questões relacionadas à proteção de dados. Os dados mínimos incluem o número de indivíduos vacinados contra *Influenza* em cada temporada anual, o número total de profissionais da saúde visados e a cobertura vacinal atingida (%). Geralmente, tanto os numeradores quanto os denominadores podem ser obtidos junto ao departamento de saúde ocupacional das instituições de saúde. Registros nominais de profissionais da saúde (baseados em folha de pagamento, por exemplo) podem ser utilizados como um primeiro passo para o estabelecimento de denominadores mais detalhados. Uma lista de beneficiários incluídos no grupo-alvo da vacinação contra *Influenza* pode ser selecionada a partir desses registros, mediante a aplicação de critérios relativos ao risco desses profissionais de se infectarem e transmitirem a infecção aos pacientes sob seus cuidados (ver seção sobre “Caracterização de grupos-alvo para vacinação” e tabela 1). Dependendo da capacidade do sistema e do programa de notificação de dados, pode-se incluir os números por categoria e perfil de risco dos profissionais da saúde, permitindo a estimativa da cobertura por subcategorias, como médicos, enfermeiros e profissionais de análises clínicas, membros das equipes de Terapia Intensiva ou de departamentos gerais (medicina ou pediatria, por exemplo), etc.

Na ausência de um registro de vacinação, uma estimativa grosseira da cobertura entre profissionais da saúde pode ser calculada a partir do número de doses de vacina distribuídas para cada instituição, menos o número de doses de devolvidas (não utilizadas), dividido pelo número estimado de profissionais da saúde incluídos no grupo-alvo de vacinação naquela instituição.

Um método semelhante e bastante impreciso para avaliação da cobertura em âmbito nacional seria o uso de dados dos profissionais da saúde compilados periodicamente (conforme notificado à OMS) para estimar o denominador (ver Caixa de ferramentas 12), como se faz para prever a demanda vacinal, usando-se o número total de vacinas administradas como numerador. Essa abordagem só deve ser utilizada em último caso, quando nenhum dos outros métodos descritos for viável.

■ Dados administrativos

Quando a vacinação dos profissionais da saúde é gratuita, sendo custeada pelo governo, pelo sistema público de saúde ou pelo empregador, a notificação do número de profissionais da saúde vacinados nas instituições de saúde pode ser periódica e, às vezes, obrigatória. Dados administrativos desse tipo podem ser obtidos a partir de programas nacionais de vacinação bem documentados ou de registros de seguros de saúde.

■ Pesquisas

Pesquisas destinadas à coleta de dados de vacin角度ões e outras intervenções devem ser realizadas a cada 3 a 5 anos e permitem a identificação da heterogeneidade de cobertura no âmbito subnacional, um dado importante para a adaptação necessária das práticas de imunização. Amostras representativas de profissionais da saúde podem ser selecionadas por amostragem aleatória estratificada dos registros nacionais de profissionais da saúde (organizações profissionais, por exemplo). Na ausência de tais registros, uma seleção em duas etapas das instituições de saúde e dos profissionais da saúde que nelas atuam pode ser realizada. Se houver informações de contato, entrevistas padronizadas (presenciais, telefônicas ou em plataformas eletrônicas) podem ser realizadas. Se não houver informações de contato, acessos para pesquisa em plataforma eletrônica podem ser enviados a todos os profissionais da saúde da instituição selecionada, com convite para acesso à plataforma pelo celular ou computador de uso pessoal. Ao se adotar essa abordagem, cabe atentar ao risco de supernotificação decorrente do autorrelato de vacinação¹².

¹² Llopia A et al. O comportamento sobre vacinação influenza o autorrelato da situação vacinal contra a gripe: um estudo transversal entre trabalhadores da saúde PLoS One 2012; 7(7): e 39496. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3394773/>

Em todas essas abordagens para estimar a cobertura, é importante especificar as categorias de profissionais da saúde - os que têm e os que não têm contato direto com pacientes, por exemplo - enquadrando-se nessa última categoria estudantes, estagiários, voluntários, funcionários de manutenção, tecnologia da informação e do setor de alimentação e outros que tenham sido incluídos nos numeradores e denominadores. Também é importante especificar se foram incluídos funcionários temporários contratados durante a temporada de *Influenza*. Caso indivíduos cuja vacinação não é recomendada tenham sido vacinados (pessoal de retaguarda, parentes de funcionários etc.), deve-se ter cuidado para que estes não sejam incluídos na estimativa de cobertura vacinal. Os índices de recusa e preenchimento das pesquisas devem ser monitorados e ajustados para possíveis vieses de seleção na análise.

Eventualmente, os programas de vacinação contra *Influenza* podem apenas determinar metas em número absoluto de profissionais da saúde a serem vacinados, com base no número de vacinas compradas e disponibilizadas em uma determinada área ou local. Embora adotada em alguns países, essa abordagem não permite a estimativa adequada dos índices de cobertura, incluindo a cobertura por categoria de risco, nem comparações ao longo do tempo, que são importantes para a interpretação de quaisquer dados referentes ao impacto. Além disso, não será possível identificar os fatores determinantes da vacinação ou recusa pelos profissionais.

Quando disponíveis, os dados e métodos utilizados para estimar a cobertura vacinal de outras vacinações regulares de profissionais da saúde, tais como hepatite B, sarampo, poliomielite, coqueluche ou tétano, devem ser acessados. Entretanto, é importante lembrar que essas vacinas não são dadas anualmente e só costumam ser verificadas no momento da admissão no emprego.


A *Caixa de ferramentas 14* lista as ferramentas disponíveis para coleta e notificação de dados de imunização, e para estimativa da cobertura.

CAIXA DE FERRAMENTAS 14

Instrumentos e indicadores de monitoramento e avaliação



Série imunização na prática, módulo 7: Monitoramento e uso de dados. Descreve como coletar e notificar dados e como monitorar o desempenho da imunização.

 http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/IIP_Module7.pdf

(Acessado em 14 de maio de 2019)

Treinamento para gestores de nível médio. Módulo 7: pesquisa de cobertura do Programa Ampliado de Imunizações (Expanded Programme on Immunization – EPI) (Documento WHO/IVB/08.07). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2008. Fornece um guia passo-a-passo, incluindo orientações relevantes e ferramentas para o planejamento e condução de pesquisas de cobertura pós-introdução de novas vacinas.

 http://who.int/immunization/documents/MLM_module7.pdf

(Acessado em 14 de maio de 2019)

Referência da OMS para estimativa da cobertura vacinal contra influenza entre grupos-alvo. Delineia diferentes metodologias que podem ser utilizadas para estimar a cobertura vacinal nacional contra influenza entre grupos de alto risco visados para vacinação.

 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317344/Methods-assessing-influenza-vaccination-coverage-target-groups.pdf

(Acessado em 14 de maio de 2019)

Monitoramento de Eventos Adversos pós-vacinação - EAPVs

Assim como para qualquer vacina e grupo-alvo, um sistema operante de monitoramento de Eventos Adversos pós-vacinação - EAPVs é um requisito básico, uma vez que lacunas de conhecimento e conceitos equivocados a respeito da segurança da vacina contra *Influenza* entre profissionais da saúde são regularmente encontrados na literatura.

Idealmente, o sistema empregado no monitoramento e investigação de possíveis EAPVs associados à vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* deve ser integrado aos sistemas existentes de vigilância de EAPVs, conforme determinam as regulamentações nacionais de monitoramento de segurança de vacinas. O PNI ou outros departamentos responsáveis pela vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* (saúde ocupacional, por exemplo) devem trabalhar junto ao Órgão Regulador Nacional para definir papéis e responsabilidades no monitoramento da segurança de vacinas. Países que estejam aplicando vacinas contra *Influenza* pela primeira vez podem considerar a intensificação da vigilância de EAPVs durante o primeiro ano de introdução da vacina, para manter um retorno rápido às partes interessadas, garantindo-lhes a segurança das vacinas em uso.


Sistemas operantes de monitoramento de EAPVs detectam e esclarecem problemas relacionados às vacinas, que podem ser relacionados ao produto em si, sua qualidade ou erros na aplicação das vacinas. Todos os casos de eventos adversos (incluindo eventos menores) supostamente relacionados à vacina contra *Influenza* devem ser notificados ao sistema de vigilância de EAPVs por meio de formulários padronizados (ver Caixa de ferramentas 15). Havendo notificação adequada, o sistema de monitoramento deve ser capaz de avaliar o índice observado de reações à vacina contra *Influenza* e compará-lo aos índices esperados relatados na literatura. No caso de EAPVs graves, a avaliação da causalidade normalmente fica a cargo de um grupo de especialistas. Uma observação importante é que, assim como para qualquer vacina, o sistema deve ser capaz de identificar reações vacinais desconhecidas ou inesperadas, que devem ser investigadas mais a fundo. Deve-se garantir que eventos coincidentes não sejam confundidos com reações vacinais.

CAIXA DE FERRAMENTAS 15




Fontes de informações relacionadas a EAPV


Principais variáveis relacionadas a EAPV, incluindo dados do caso, vacina, evento e notificador

 http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/AEFI_core_variables_basics_EN_Dec2015.pdf
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Modelos de formulários de registro de EAPV, contendo descrição detalhada dos elementos de notificação

 http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/AEFI_reporting_form_EN_Jan2016.pdf
(Acessado em 14 de maio de 2019)


Avaliação da causalidade de um EAPV: apresenta a metodologia detalhada em um processo de quatro etapas, com acesso a um *software* relacionado

 http://www.who.int/vaccine_safety/publications/gvs_aefi/
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Recursos de treinamento em segurança de vacinas, com acesso a pacotes de treinamento em vacinas e farmacovigilância

 http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tech_support/
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Folheto informativo: índice observado de reações vacinais - vacinas contra influenza

 https://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/Influenza_Vaccine_rates_information_sheet.pdf
(Acessado em 14 de maio de 2019)

O estabelecimento e aprimoramento dos sistemas EAPVs permitem que a vacinação contra *Influenza* também seja usada para aumentar a conscientização da comunidade de profissionais de saúde a respeito da segurança das imunizações em geral.

Monitoramento e avaliação da aceitação da vacinação

Os principais determinantes da aceitação da vacinação entre profissionais da saúde têm sido investigados e incluem o desejo de se autoprotger, bem como proteger familiares e pacientes (ver também a seção sobre comunicação e aceitação da vacinação).

Como parte de uma análise situacional inicial de programas de vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza*, as informações disponíveis sobre políticas, programas e práticas e fatores que afetam a aceitação e participação, além da influência da mídia e dos meios de comunicação, podem ser investigados através de entrevistas com os principais informantes ou oficinas participativas. Os resultados dessas análises podem então ser utilizados para embasar estratégias de comunicação adicionais focadas nas preocupações identificadas.

Outros determinantes podem ser explorados por meio da pesquisa aplicada. Tanto métodos qualitativos quanto quantitativos de pesquisa podem ser empregados na avaliação de mudanças nos conhecimentos, atitudes, práticas e comportamentos entre profissionais da saúde. Determinantes comportamentais que diferenciem profissionais da saúde vacinados de não vacinados devem ser avaliados regularmente. A compreensão dos motivos e do raciocínio por trás das atitudes de profissionais da saúde com relação à vacinação anual contra *Influenza* é útil para o desenvolvimento de mensagens de comunicação e produtos. O envolvimento dos profissionais da saúde em pesquisas comportamentais relacionadas às suas percepções, crenças, emoções e possíveis conflitos re-

apresenta uma oportunidade de engajamento dessa comunidade na abordagem, podendo resultar em maior aceitação do programa de vacinação.

CAIXA DE FERRAMENTAS 16

Instrumentos de avaliação da aceitação da vacinação entre profissionais da saúde



Ferramenta TIP FLU. Fornece uma abordagem e ferramentas baseadas em teorias de mudança comportamental e modelos de planejamento de programas de saúde, para adequação da vacinação sazonal contra influenza às necessidades e atitudes de profissionais da saúde que atuam na linha de frente.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/publications/2015/tailoring-immunization-programmes-for-seasonal-influenza-tip-flu.-a-guide-for-increasing-health-care-workers-uptake-of-seasonal-influenza-vaccination-2015>

(Acessado em 14 de maio de 2019)

TIP FLU - Estudo do caso Montenegro. Fornece um exemplo prático do uso da ferramenta TIP FLU.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/281860/Tailoring-Immunization-Programmes-Seasonal-Influenza-TIP-FLU.pdf

(Acessado em 14 de maio de 2019)

Monitoramento do impacto da vacinação

Após a introdução da vacina contra *Influenza* em uma determinada população, estudos adicionais podem ajudar na avaliação do impacto do programa de imunização.

Entretanto, a OMS não recomenda a condução de estudos de efetividade ou impacto em todos os países onde haja programas de vacinação contra *Influenza*, dada a sua complexidade e custo. Diversas redes mundiais de pesquisa conduzem esse tipo de estudo e acredita-se que os resultados sejam aplicáveis a outros locais com epidemiologia e programas de vacinação contra *Influenza* semelhantes. Portanto, a decisão de conduzir tais estudos deve ser baseada na necessidade de estimativas específicas para cada país e na capacidade local para a condução de estudos tão rigorosos. Estudos com desenho experimental inadequado, que não incluam amostragem adequada das diferentes categorias de profissionais da saúde, podem levar a conclusões equivocadas.

Estudos do tipo antes e depois não são recomendados para demonstrar a efetividade vacinal no caso da *Influenza*, dada a heterogeneidade considerável da vacina na prevenção dos sintomas de *Influenza* em epidemias sazonais¹³. Estudos de avaliação do impacto da vacinação sazonal contra *Influenza* em profissionais da saúde são ainda mais complexos devido ao risco variável de infecção e transmissão para pacientes entre as diferentes categorias profissionais.

Em profissionais da saúde, a queda geral do absenteísmo ou, quando disponível, a queda do absenteísmo associado à *Influenza*, costuma ser utilizada como um indicador substituto do impacto de programas de vacinação contra *Influenza*. Para tal, o monitoramento institucional deve incluir índices da doença em profissionais da saúde, além de uma medida de faltas ao trabalho por motivos de saúde. Quando possível, a notificação de dias de absenteísmo por síndrome gripal (ou infecções respiratórias) deve ser registrada, incluindo casos de síndrome gripal autorrelatada, com ou sem

¹³ Avaliação da eficácia da vacina *Influenza*: Um guia para o desenho e interpretação de estudos observacionais, WHO 2017.

confirmação virológica. Outros desfechos inespecíficos incluem a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) e as pneumonias com necessidade de internação hospitalar, independentemente da causa. É importante destacar que todas essas síndromes clínicas incluem vários outros patógenos respiratórios, para os quais a vacina contra *Influenza* não oferece proteção. Caso sejam realizadas, idealmente essas avaliações devem abranger mais de uma temporada, uma vez que o impacto pode variar consideravelmente a cada uma delas. Caso contrário, a interpretação desse tipo de estudo se torna bastante difícil.

Desfechos com confirmação laboratorial (PCR em tempo real e outros testes diagnósticos moleculares, por exemplo) aumentam a especificidade da classificação da *Influenza*. Quando possível, deve-se considerar o estabelecimento de centros sentinela dotados dessa capacidade para a coleta de amostras de profissionais da saúde destinadas à confirmação laboratorial. Nesses centros, a efetividade vacinal pode ser avaliada por meio de estudos de caso-controle e da comparação da cobertura vacinal entre casos confirmados em laboratório e casos negativos, se a cobertura vacinal for suficientemente alta. Qualquer dessas abordagens requer laboratórios sofisticados, que nem sempre estão disponíveis.


O método de rastreamento é um outro desenho experimental que pode ser empregado na avaliação do impacto da vacinação em profissionais da saúde. Esse método usa dados individuais do histórico de vacinação dos casos e dados de cobertura vacinal na população de profissionais da saúde em que esses casos ocorreram. Entretanto, estudos desse tipo requerem informações precisas sobre o estado vacinal em cada caso e sobre a cobertura vacinal dos profissionais da saúde.

Considerando-se os indícios de que a vacinação anual de profissionais da saúde contra *Influenza* pode reduzir a transmissão da infecção para pacientes sob seus cuidados, é possível desenvolver estudos que avaliem o efeito da vacinação dos profissionais da saúde contra *Influenza* sobre a mortalidade, hospitalização e casos de *Influenza* entre os pacientes de uma determinada instituição de saúde. Diversas abordagens de pesquisa foram utilizadas nesse contexto, tais como ensaios randomizados e estudos de caso-controle. Dada a complexidade dos desenhos experimentais, a condução desse tipo de estudo deve ser reservada a instituições de pesquisa com capacidade e experiência na sua realização.


Avaliações econômicas e de custo-efetividade podem ser consideradas se houver dados suficientes de custo e impacto após a introdução da vacina contra *Influenza*. A OMS disponibiliza diversos documentos relevantes, que vêm sendo especificamente aprimorados para estimativa dos custos de introdução de vacinas para vacinação de profissionais da saúde Caixa de ferramentas 17; ver também Caixa de ferramentas 2. Os dados relevantes nem sempre estão disponíveis e as avaliações podem ser difíceis de realizar, dado o tamanho limitado do grupo de profissionais da saúde.

CAIXA DE FERRAMENTAS 17**Influenza em profissionais da saúde: metodologias de estudo**

Avaliação da efetividade da vacina contra gripe em 2017. Fornece informações detalhadas para pesquisadores envolvidos no desenho de estudos observacionais de efetividade da vacina contra influenza e para cientistas da saúde pública que interpretam e aplicam os resultados de tais estudos. A efetividade da vacina contra influenza em profissionais da saúde será abordada em um anexo.

 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255203/9789241512121-eng.pdf>
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Manual para estimativa da carga de doença associada à influenza sazonal. Fornece uma abordagem passo-a-passo para estimativa da carga de doença associada à influenza na população em geral e em pacientes com doenças específicas e vulneráveis à doença grave.

 http://www.who.int/influenza/resources/publications/manual_burden_of_disease/
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Avaliação pós-introdução

As revisões do PNI avaliam rotineiramente o uso de vacinas específicas, aproximadamente a cada 5 anos após a introdução de uma vacina nova. Essas revisões devem incluir itens relevantes para a identificação de possíveis áreas programáticas relacionadas ao uso da nova vacina.


Entre as revisões intermediárias do PNI, realizadas conforme a necessidade, podem ser adotadas ferramentas específicas para avaliação pós-introdução da vacina contra *Influenza* (em inglês, *Influenza-related Post-Introduction Evaluation*, ou I-PIE) após a primeira ou segunda campanha sazonal.

O pacote I-PIE (Caixa de ferramentas 18) inclui diversos instrumentos de suporte para o planejamento e condução da avaliação, incluindo questionários padronizados e formulários de coleta de dados em formato impresso ou eletrônico, além de modelos de notificação acompanhados de instruções sobre como realizar a I-PIE com boa relação custo-benefício. Essas ferramentas precisam ser adaptadas ao contexto específico de cada país e às características específicas de formulação e apresentação da vacina.

A I-PIE é realizada em todos os níveis do sistema de saúde e inclui observações a respeito das práticas adotadas nos pontos de aplicação da vacina e áreas de armazenamento, além de análises de dados e registros. Dessa forma, a I-PIE pode representar uma abordagem mais imediata para avaliação dos desafios programáticos e do impacto do uso da vacina contra *Influenza*, e para comparação entre países, de forma a permitir o compartilhamento de experiências e o aprendizado mútuo.

CAIXA DE FERRAMENTAS 18**Instrumentos de avaliação pós-introdução da vacina contra influenza**

Ferramenta I-PIE contendo instruções e modelos de registro e notificação

 https://www.who.int/immunization/research/development/ipie_influenza_post_introduction_evaluation
(Acessado em 14 de maio de 2019)

Referências bibliográficas

- [1] Vaccines against *Influenza*. WHO position paper – November 2012. Weekly Epidemiological Report. 2012; 87(47):461–76.
- [2] Lietz J, Westermann C, Nienhaus A, Schablon A. The Occupational Risk of Influenza A (H1N1) Infection among Healthcare Personnel during the 2009 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. PLoS One. 2016; 11(8):e0162061.
- [3] Wilson RJ, Paterson P, Jarrett C, Larson HJ. Understanding factors influencing vaccination acceptance during pregnancy globally: A literature review. Vaccine. 2015; 33(47):6420–9.
- [4] Yuen CY, Tarrant M. A comprehensive review of *Influenza* and *Influenza* vaccination during pregnancy. J Perinat Neonatal Nurs. 2014; 28(4):261–70.
- [5] Wiley KE, Massey PD, Cooper SC, Wood NJ, Ho J, Quinn HE, et al. Uptake of *Influenza* vaccine by pregnant women: a cross-sectional survey. The Medical journal of Australia. 2013; 198(7):373–5.
- [6] Zhang W, Hirve S, Kieny MP. Seasonal vaccines – Critical path to pandemic *Influenza* response. Vaccine. 2017; 35(6):851–2.
- [7] Jorgensen P, Mereckiene J, Cotter S, Johansen K, Tsovala S, Brown C. How close are countries of the WHO European Region to achieving the goal of vaccinating 75% of key risk groups against *Influenza*? Results from national surveys on seasonal *Influenza* vaccination programmes, 2008/2009 to 2014/2015. Vaccine. 2018; 36(4):442–52.
- [8] Black CL, Yue X, Ball SW, Fink RV, de Perio MA, Laney AS, et al. Influenza Vaccination Coverage Among Health Care Personnel – United States, 2017–18 Influenza Season. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018; 67(38):1050–4.
- [9] Pitts SI, Maruthur NM, Millar KR, Perl TM, Segal J. A systematic review of mandatory *Influenza* vaccination in healthcare personnel. Am J Prev Med. 2014; 47(3):330–40.
- [10] Rapid Evidence Appraisal: Healthcare Worker Influenza Vaccination – A global review of the evidence. 2017 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590136219300373?via%3Dihub>, acessado em 12 de julho de 2019).
- [11] Kuster SP, Shah PS, Coleman BL, Lam PP, Tong A, Wormsbecker A, et al. Incidence of *Influenza* in healthy adults and healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2011; 6(10):e26239.
- [12] Pereira M, Williams S, Restrick L, Cullinan P, Hopkinson NS, London Respiratory N. Healthcare worker *Influenza* vaccination and sickness absence – an ecological study. Clin Med (Lond). 2017; 17(6):484–9.
- [13] Kliner M, Keenan A, Sinclair D, Ghebrehewet S, Garner P. Influenza vaccination for healthcare workers in the UK: appraisal of systematic reviews and policy options. BMJ Open. 2016; 6(9):e012149.
- [14] Ng AN, Lai CK. Effectiveness of seasonal *Influenza* vaccination in healthcare workers: a systematic review. J Hosp Infect. 2011; 79(4):279–86.
- [15] Imai C, Toizumi M, Hall L, Lambert S, Halton K, Merollini K. A systematic review and meta-analysis of the direct epidemiological and economic effects of seasonal *Influenza* vaccination on healthcare workers. PLoS One. 2018; 13(6):e0198685.
- [16] Cooley P, Lee BY, Brown S, Cajka J, Chasteen B, Ganapathi L, et al. Protecting health care workers: a pandemic simulation based on Allegheny County. Influenza Other Respir Viruses. 2010; 4(2):61–72.

- [17] Ip DK, Lau EH, Tam YH, So HC, Cowling BJ, Kwok HK. Increases in absenteeism among health care workers in Hong Kong during *Influenza* epidemics, 2004–2009. *BMC Infect Dis*. 2015; 15:586.
- [18] Sartor C, Zandotti C, Romain F, Giacomo V, Simon S, Atlan-Gepner C, et al. Disruption of services in an internal medicine unit due to a nosocomial *Influenza* outbreak. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2002; 23(10):615–9.
- [19] Bellei N, Carraro E, Perosa A, Granato C. Patterns of *Influenza* infections among different risk groups in Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2007; 11(4):399–402.
- [20] Poland GA, Jacobson, R.M., Wicker, S. Mandating *Influenza* vaccination of health care workers: a patient safety, quality of care, and public trust issue. *Annals of Respiratory Medicine*. 2011; 2(1).
- [21] Chiu S, Black CL, Yue X, Greby SM, Laney AS, Campbell AP, et al. Working with *Influenza*-like illness: Presenteeism among US health care personnel during the 2014–2015 *Influenza* season. *Am J Infect Control*. 2017; 45(11):1254–8.
- [22] Mossad SB, Deshpande A, Schramm S, Liu X, Rothberg MB. Working Despite Having Influenza-Like Illness: Results of An Anonymous Survey of Healthcare Providers Who Care for Transplant Recipients. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2017; 38(8):966–9.
- [23] Rebmann T, Turner JA, Kunerth AK. Presenteeism Attitudes and Behavior Among Missouri Kindergarten to Twelfth Grade (K-12) School Nurses. *J Sch Nurs*. 2016; 32(6):407–15.
- [24] Wilson KE, Wood SM, Schaecher KE, Cromwell KB, Godich J, Knapp MH, et al. Nosocomial outbreak of *Influenza A H3N2* in an inpatient oncology unit related to health care workers presenting to work while ill. *Am J Infect Control*. 2019; pii: S0196-6553(18)31069–1.
- [25] Voirin N, Payet C, Barrat A, Cattuto C, Khanafer N, Regis C, et al. Combining High-resolution contact data with virological data to investigate *Influenza* transmission in a tertiary care hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2015; 36(3):254–60.
- [26] Pagani L, Thomas Y, Huttner B, Sauvan V, Notaridis G, Kaiser L, et al. Transmission and effect of multiple clusters of seasonal *Influenza* in a Swiss geriatric hospital. *J Am Geriatr Soc*. 2015; 63(4):739–44.
- [27] Valley-Omar Z, Nindo F, Mudau M, Hsiao M, Martin DP. Phylogenetic Exploration of Nosocomial Transmission Chains of 2009 Influenza A/H1N1 among Children Admitted at Red Cross War Memorial Children’s Hospital, Cape Town, South Africa in 2011. *PLoS One*. 2015; 10(11):e0141744.
- [28] Vanhems P, Voirin N, Roche S, Escuret V, Regis C, Gorain C, et al. Risk of *Influenza*-like illness in an acute health care setting during community *Influenza* epidemics in 2004–2005, 2005–2006, and 2006–2007: a prospective study. *Arch Intern Med*. 2011; 171(2):151–7.
- [29] Ahmed F, Lindley MC, Allred N, Weinbaum CM, Grohskopf L. Effect of *Influenza* vaccination of healthcare personnel on morbidity and mortality among patients: systematic review and grading of evidence. *Clin Infect Dis*. 2014; 58(1):50–7.
- [30] Riphagen-Dalhuisen J, Burgerhof JG, Frijstein G, van der Geest-Blankert AD, Danhof-Pont MB, de Jager HJ, et al. Hospital-based cluster randomised controlled trial to assess effects of a multi-faceted programme on *Influenza* vaccine coverage among hospital healthcare workers and nosocomial *Influenza* in the Netherlands, 2009 to 2011. *Euro Surveill*. 2013; 18(26):20512.
- [31] Jaiyeoba O, Villers M, Soper DE, Korte J, Salgado CD. Association between health care workers’ knowledge of *Influenza* vaccine and vaccine uptake. *Am J Infect Control*. 2014; 42(1):69–70.
- [32] De Serres G, Skowronski DM, Ward BJ, Gardam M, Lemieux C, Yassi A, et al. Influenza Vaccination of Healthcare Workers: Critical Analysis of the Evidence for Patient Benefit Underpinning Policies of Enforcement. *PLoS One*. 2017; 12(1):e0163586.

- [33] Wendelboe AM, Avery C, Andrade B, Baumbach J, Landen MG. Importance of employee vaccination against *Influenza* in preventing cases in long-term care facilities. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2011; 32(10):990–7.
- [34] Dionne B, Brett M, Culbreath K, Mercier RC. Potential Ceiling Effect of Healthcare Worker Influenza Vaccination on the Incidence of Nosocomial Influenza Infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2016; 37(7):840–4.
- [35] van den Dool C, Bonten MJ, Hak E, Wallinga J. Modeling the effects of *Influenza* vaccination of health care workers in hospital departments. *Vaccine*. 2009; 27(44):6261–7.
- [36] Frederick J, Brown AC, Cummings DA, Gaydos CA, Gibert CL, Gorse GJ, et al. Protecting Healthcare Personnel in Outpatient Settings: The Influence of Mandatory Versus Nonmandatory Influenza Vaccination Policies on Workplace Absenteeism During Multiple Respiratory Virus Seasons. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2018; 39(4):452–61.
- [37] Begue RE, Gee SQ. Improving *Influenza* immunization among healthcare workers. *Infection control and hospital epidemiology*. 1998; 19(7):518–20.
- [38] Global pandemic *Influenza* action plan to increase vaccine supply. Geneva; 2006. Contract No.: WHO/IVB/06.13.
- [39] Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme: from decision to implementation and monitoring. Geneva: World Health Organization; 2014.
- [40] Maltezou HC, Gargalianos P, Nikolaidis P, Katerelos P, Tedoma N, Maltezos E, et al. Attitudes towards mandatory vaccination and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases among health-care workers in tertiary-care hospitals. *J Infect*. 2012; 64(3):319–24.
- [41] Maltezou HC, Katerelos P, Poufta S, Pavli A, Maragos A, Theodoridou M. Attitudes toward mandatory occupational vaccinations and vaccination coverage against vaccine-preventable diseases of health care workers in primary health care centers. *Am J Infect Control*. 2013; 41(1):66–70.
- [42] Galton J, Tovey E, McLaws ML, Rawlinson WD. The role of particle size in aerosolised pathogen transmission: a review. *J Infect*. 2011; 62(1):1–13.
- [43] Galton J, Tovey ER, McLaws ML, Rawlinson WD. Respiratory virus RNA is detectable in airborne and droplet particles. *J Med Virol*. 2013; 85(12):2151–9.
- [44] Maltezou HC, Poland GA. Immunization of Health-Care Providers: Necessity and Public Health Policies. *Healthcare (Basel)*. 2016; 4(3).
- [45] Maltezou HC, Poland GA. Immunization of healthcare providers: a critical step toward patient safety. *Vaccine*. 2014; 32(38):4813.
- [46] Maltezou HC, Poland GA. Vaccination policies for healthcare workers in Europe. *Vaccine*. 2014; 32(38):4876–80.
- [47] MacDonald NE, Harmon S, Dube E, Steenbeek A, Crowcroft N, Opel DJ, et al. Mandatory infant & childhood immunization: Rationales, issues and knowledge gaps. *Vaccine*. 2018; 36(39):5811–8.
- [48] Ottenberg AL, Wu JT, Poland GA, Jacobson RM, Koenig BA, Tilburt JC. Vaccinating health care workers against *Influenza*: the ethical and legal rationale for a mandate. *Am J Public Health*. 2011; 101(2):212–6.
- [49] Sullivan SJ, Jacobson R, Poland GA. Mandating *Influenza* vaccination for healthcare workers. *Expert Rev Vaccines*. 2009; 8(11):1469–74.

- [50] Tilburt JC, Mueller PS, Ottenberg AL, Poland GA, Koenig BA. Facing the challenges of *Influenza* in healthcare settings: the ethical rationale for mandatory seasonal *Influenza* vaccination and its implications for future pandemics. *Vaccine*. 2008; 26 Suppl 4:D27–30.
- [51] Betsch C, Wicker S. Personal attitudes and misconceptions, not official recommendations guide occupational physicians' vaccination decisions. *Vaccine*. 2014; 32(35):4478–84.
- [52] Rhudy LM, Tucker SJ, Ofstead CL, Poland GA. Personal choice or evidence-based nursing intervention: nurses' decision-making about *Influenza* vaccination. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2010; 7(2):111–20.
- [53] Leask J. Target the fence-sitters. *Nature*. 2011; 473(7348):443–5.
- [54] Poland CM, Poland GA. Vaccine education spectrum disorder: the importance of incorporating psychological and cognitive models into vaccine education. *Vaccine*. 2011; 29(37):6145–8.
- [55] Wicker S, Marckmann G, Poland GA, Rabenau HF. Healthcare workers' perceptions of mandatory vaccination: results of an anonymous survey in a German University Hospital. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010; 31(10):1066–9.
- [56] Schmid P, MacDonald NE, Habersaat K, Butler R. Commentary to: How to respond to vocal vaccine deniers in public. *Vaccine*. 2018; 36(2):196–8.
- [57] Thaler RH, Sunstein, C.R. *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness*. New York: Penguin Books; 2009.
- [58] Patel MS, Volpp KG, Asch DA. Nudge Units to Improve the Delivery of Health Care. *N Engl J Med*. 2018; 378(3):214–6.
- [59] Patel MS. Nudges for *Influenza* vaccination. *Nature Human Behaviour*. 2018; 2:720–1.
- [60] Bioethics NCo. *Public Health: ethical issues*. Cambridge, United Kingdom; 2007.
- [61] Prevention CfDCa. The AFIX Program. AFIX (Assessment, Feedback, Incentives, and eXchange) 2017. 2018 (<https://www.cdc.gov/vaccines/programs/afix>, acessado em 14 de maio de 2019).
- [62] Yokum D, Lauffenburger JC, Ghazinouri R, Choudhry NK. Letters designed with behavioural science increase *Influenza* vaccination in Medicare beneficiaries. *Nature Human Behaviour*. 2018; 2(10):743–9.
- [63] Recommendations regarding interventions to improve vaccination coverage in children, adolescents, and adults. Task Force on Community Preventive Services. *Am J Prev Med*. 2000 Jan; 18(1 Suppl):92–6.
- [64] Ubel PA, Rosenthal MB. Beyond Nudges – When Improving Health Calls for Greater Assertiveness. *N Engl J Med*. 2019 Jan24; 380(4):309–11.

Anexo 1. Modelo de formulário de não participação

Este formulário deve ser usado em casos de vacinação voluntária, quando profissionais da saúde das categorias de risco alto e muito alto se recusarem a participar da avaliação, rastreamento e vacinação de acordo com a política nacional. O preenchimento do formulário é especialmente importante nos casos em que a não vacinação do indivíduo resultará em realocação ou exigirá o uso de medidas de proteção para proteger os pacientes, conforme especificado pela política nacional.

<p>Não participação na vacinação</p> <ol style="list-style-type: none">1. Eu li e entendi a orientação da política em relação à vacinação de profissionais da saúde contra <i>Influenza</i> sazonal.2. Eu me recuso a participar da vacinação contra <i>Influenza</i>.3. Estou ciente dos riscos potenciais para mim e/ou outros que podem advir da minha não participação na vacinação.4. Estou ciente de que minha não participação pode fazer com que eu seja realocado para uma área que não seja de alto risco ou resultar em outras exigências para a proteção de outras pessoas com quem eu possa entrar em contato, de acordo com a política nacional.5. O motivo de minha não participação é:
<p>Recusa em assinar</p> <p>Caso o profissional da saúde se recuse a assinar este formulário, este fato deve ser anotado no formulário e o profissional da saúde deve ser notificado das possíveis consequências, segundo a política.</p>
<p>Nome do profissional:</p> <p>Data de nascimento:</p> <p>Serviço/instituição de saúde:</p> <p>Área de trabalho:</p> <p>Assinatura: Data:</p>
<p>SOMENTE USO ADMINISTRATIVO</p> <p>Declaro ter explicado os riscos potenciais que podem advir da não participação na vacinação e como serão tratados os profissionais não vacinados segundo a política de vacinação.</p> <p>Nome do membro da equipe de vacinação: Função:</p> <p>Instituição de saúde/órgão: Assinatura:</p> <p>Data:</p>

Anexo 2. Lista de verificação complementar para planejamento de imunização de Profissionais da Saúde: nível nacional¹⁴

(adaptar para uso local)

Considerando-se os aspectos específicos da vacinação de profissionais da saúde contra *Influenza* sazonal, os seguintes elementos ADICIONAIS podem ser acrescentados ao novo *checklist* genérico de introdução de vacinas. Consulte o Anexo 4 do documento “Princípios e considerações para a inclusão de uma nova vacina em um programa nacional de imunização: da decisão à implementação e monitoramento” para ver a estrutura da lista de verificação.

Política de vacinação de profissionais da saúde contra influenza sazonal	
1. A política nacional de vacinação de profissionais da saúde contra <i>Influenza</i> sazonal é publicada e divulgada a todos os órgãos e instituições de saúde pertinentes, incluindo instituições de saúde privadas e associações profissionais relacionadas.	
2. A política de vacinação de profissionais da saúde contra <i>Influenza</i> está refletida nas políticas nacionais de saúde ocupacional.	
3. Os custos da vacinação de profissionais da saúde contra <i>Influenza</i> sazonal estão incluídos no orçamento de imunização ou de saúde ocupacional, conforme apropriado.	
4. Há um sistema de vigilância para <i>Influenza</i> , que inclui a definição do início e fim da temporada da <i>Influenza</i> , que serve como base para a seleção da formulação mais apropriada e época certa da vacinação contra <i>Influenza</i> .	
Planejamento para o sucesso da introdução da vacina	
5. Um grupo coordenador multidisciplinar funcional foi criado para discutir e promover acesso a uma nova população-alvo de profissionais da saúde, permitindo a formação de parcerias que prestam suporte e ajudam a definir a agenda nacional.	
6. O grupo inclui pontos focais dos programas de saúde ocupacional e imunização, representantes de organizações profissionais, e outras partes interessadas pertinentes.	
7. Um plano operacional com informações sobre custos da vacinação de profissionais da saúde foi elaborado e integrado aos planos nacionais de imunização e planos de saúde ocupacional pertinentes.	
Pesquisa aplicada (opcional, devendo ser incluída somente se tiver sido planejada)	
8. Foram definidas a necessidade e abrangência de qualquer pesquisa aplicada a ser realizada no preparo para a introdução da vacina.	
9. Um grupo de pesquisa foi identificado para realizar a pesquisa aplicada e os termos de referência para a pesquisa foram desenvolvidos.	

¹⁴ Em alguns países, especialmente em países grandes com sistema descentralizado, os elementos desta lista de verificação também podem ser aplicados em níveis subnacionais pertinentes, por exemplo, em nível estadual.

Divulgação	
10. Foi criado um grupo de trabalho de divulgação nacional para planejar a estratégia de comunicação e elaborar materiais de comunicação sobre a vacinação de profissionais da saúde contra <i>Influenza</i> sazonal.	
11. Comunicados e materiais personalizados foram elaborados juntamente com uma estratégia geral de comunicação.	
12. Há treinamento para as equipes de comunicação das instituições de saúde.	
Obtenção de vacinas e gestão da rede de abastecimento	
13. Há uma estimativa do tamanho da população-alvo incluída na previsão de demanda.	
14. Há uma estimativa da demanda de cada instituição de saúde e um plano de distribuição de vacinas.	
15. Há espaço suficiente para armazenamento de vacinas e insumos para vacinação sazonal em todos os níveis, durante todo o período de vacinação.	
Administração da vacina	
16. Equipes responsáveis pela aplicação da vacina nas instituições de saúde foram organizadas e treinadas.	
17. Existe um sistema para a gestão de recusas e implementação de medidas de controle de infecção para prevenção da transmissão hospitalar, por exemplo, realocação, uso de máscaras, afastamento obrigatório em caso de síndrome gripal.	
Monitoramento e avaliação	
18. Há ferramentas de registro e notificação de dados criadas e distribuídas, inclusive para monitoramento de cobertura (dados administrativos atualizados e pesquisas com os profissionais da saúde) e monitoramento de EAPVs.	
19. Foi realizada avaliação pós-introdução nas duas primeiras temporadas após a introdução da vacina.	
20. Foram analisadas possibilidades de pesquisa operacional para avaliar a aceitação da vacina pelos profissionais da saúde.	

Anexo 3. Lista de verificação para instituições de saúde

(adaptar para uso local)

	Responsável	Prazo	Situação
Comunicação			
1. Criação e capacitação de grupos de trabalho de comunicação nas instituições de saúde.			
2. Finalização de um plano de comunicação e cronograma para comunicação em grupo com profissionais da saúde.			
3. Garantir disponibilidade adequada de cartazes e materiais informativos sobre a vacinação dos profissionais da saúde.			
4. Envio de notificação sobre a vacinação para os profissionais a serem vacinados e seus supervisores.			
5. Criação de uma linha direta para responder as perguntas dos profissionais da saúde.			
Capacidade de armazenamento de vacinas e insumos			
6. Garantir capacidade de armazenamento adequada para vacinas e insumos durante o período de vacinação contra <i>Influenza</i> .			
7. Garantir abastecimento adequado de vacinas e insumos para vacinação dos profissionais de saúde.			
8. Garantir abastecimento de caixas coletoras para materiais perfurocortantes durante o período de vacinação.			
Aplicação da Vacina			
9. Criação e capacitação de uma equipe para administração da vacina e definição dos locais de vacinação nas instituições de saúde.			
10. Categorização dos profissionais da saúde e elaboração da lista de beneficiários da vacinação.			
11. Estabelecimento de um sistema para gestão de recusas e implementação de medidas de controle de infecção para prevenção da transmissão hospitalar, por exemplo, realocação, uso de máscaras, afastamento obrigatório em caso de síndrome gripal.			
Monitoramento e avaliação			
12. Estabelecimento de instrumentos de registro e notificação de dados em conformidade com as normas de confidencialidade.			
13. Estabelecimento de sistema de rastreamento de faltosos e envio de lembretes.			
14. Atualização dos registros da instituição de saúde com inclusão da vacinação contra <i>Influenza</i> .			
15. Atualização dos sistemas de monitoramento e notificação de EAPVs para identificar eventos nos profissionais da saúde.			
16. Estabelecimento de sistema de monitoramento de aceitação da vacina para solucionar problemas de adesão dos profissionais da saúde (caso haja problemas de adesão).			

Anexo 4. Modelo de questionário para pesquisa de opinião entre profissionais de saúde

1	Nome (opcional)	
2	Idade (anos)	
3	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
4	Categoria profissional ¹⁵	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeira(o)/obstetriz <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Auxiliar/ técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Biologista <input type="checkbox"/> Biomédico/ Bioquímico <input type="checkbox"/> Técnico de laboratório <input type="checkbox"/> Outras funções técnicas <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
5	Contato com pacientes	<input type="checkbox"/> Direto <input type="checkbox"/> Presencial, mas não direto <input type="checkbox"/> Nenhum
6	Contato com pacientes de alto risco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7	Área de trabalho (nome da área clínica em que trabalha)	

Afirmativas		Concordo plenamente	Concordo	Indiferente	Discordo	Discordo plenamente
1	A vacinação dos profissionais da saúde contra doenças como hepatite B e <i>Influenza</i> é importante					
2	Se eu não for vacinado, a exposição à <i>Influenza</i> traria risco à minha saúde					
3	A exposição à <i>Influenza</i> é um risco à saúde de meus pacientes					
4	A vacinação contra <i>Influenza</i> traz risco à minha saúde					
5	Os benefícios da vacinação são maiores que os riscos					
6	Se eu me vacinar protegerei meus pacientes					

¹⁵ Adaptar para uso local com base na classificação local de profissional saúde

7	A melhor forma de proteger meus pacientes é combinar a vacinação contra <i>Influenza</i> sazonal com outras medidas de controle de infecções					
8	Considero-me bem informado sobre os riscos da infecção por <i>Influenza</i>					
	Considero-me bem informado sobre os riscos e benefícios da vacinação contra <i>Influenza</i>					
Quais fatores a seguir influenciariam minha decisão de aceitar a vacinação						
9	Recomendações de um órgão que estabelece políticas nacionais (por exemplo CTAI/NITAG)					
10	Aprovação da recomendação pela associação profissional à qual pertença					
11	Se fizer parte das normas/requisitos de saúde ocupacional					
12	Recomendação do meu médico					
13	Vacina oferecida gratuitamente para mim					
14	Acesso fácil à vacinação em meu local de trabalho					
15	Colegas que já tenham sido vacinados					
16	Experiência prévia com vacinação					
17	Proteger meus pacientes					
18	Prevenir/reduzir o absenteísmo no trabalho					
19	Contribuir com a preparação para a pandemia					
Outros fatores que afetariam minha decisão de aceitar a vacinação contra influenza (descrever abaixo)						
20						
21						
22						

Anexo 5. Comunicação e geração de demanda: estratificação de abordagens para elaboração de conteúdo

Abordagem	Esforço	Impacto
Elaboração de conteúdo para mensagens de comunicação		
Elaborar as informações fazendo comparações de taxas de vacinação entre profissionais ou indivíduos mais saudáveis	Baixo	Médio
Comunicação personalizada com base em estilos cognitivos e comportamentos culturais	Médio	Alto
Métodos de comunicação		
Distribuição e exibição de materiais Informativos, Educacionais e de Comunicação	Baixo	Médio
Criar uma equipe de comunicação para a instituição de saúde, com treinamento especial e encarregada de administrar a comunicação e as abordagens de geração de demanda	Médio	Alto
Comunicação em redes sociais e na internet (incluindo Perguntas Frequentes e grupos de bate-papo)	Médio	Médio
Lembretes enviados aos profissionais da saúde por mensagem de texto e/ou eletrônica	Baixo	Médio
Sessões informativas presenciais em pequenos grupos	Alto	Médio
Uso de “embaixadores” de imunização no âmbito do país e das instituições de saúde	Médio	Alto
Abordagens de geração de demanda		
Fornecimento gratuito de vacinas	Médio	Alto
Realizar a vacinação no local de trabalho usando equipes móveis	Médio	Alto
Dar incentivos ou estimular a competição, por exemplo, oferecendo prêmios para as áreas clínicas com a maior cobertura vacinal	Baixo	Médio
Lembretes visíveis e pressão dos colegas, por exemplo, crachás ou adesivos usados pelos que foram vacinados	Baixo	Médio
Pedir que as pessoas se comprometam a comparecer em um determinado horário e local para tomar a vacina	Baixo	Médio
Aumentar acesso à vacinação, seja próximo à residência ou no local de trabalho	Médio	Alto
Guiar a escolha através de opções padrão, por exemplo, agendamento automático de uma data para a vacinação, a não ser que a pessoa declare que não deseja participar	Baixo	Alto
Criar protocolos para facilitar a vacinação	Médio	Alto

OPAS



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE
SALUD
Américas

ISBN: 978-92-75-72232-9



9 789275 722329