

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATIVA – PIA

Versão 1.0

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ministério da Educação

PIA – Programa de Imunização Ativa. Elaborado pela equipe de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – Dourados/MS - EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2017. 19 págs.

Palavras-chaves: PIA, Saúde Ocupacional, EBSERH.

PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATIVA – PIA

Versão 1.0

HISTÓRICO DE REVISÕES

Data	Versão	Descrição	Gestor	Autor/responsável por alterações
20/07/2017	1.0	Programa de Imunização Ativa	Vanderlei Gandine	Vanderlei Gandine

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. SIGLAS E DEFINIÇÕES.....	6
3. DAS RESPONSABILIDADES E CONDUTAS A SEREM ADOTADAS	7
4. DOS EXAMES MÉDICOS E IMUNIZAÇÃO.....	10
5. IMUNOBIOLOGICOS	11
5.1 Hepatite B (recombinante)	11
5.2 dT – Difteria e tétano.....	11
5.3 Febre Amarela.....	11
5.4 Triviral (Sarampo, Caxumba e Rubéola).....	12
5.5 Influenza	12
6. CONTRA-INDICAÇÕES.....	12
8 REFERÊNCIAS.....	16
9. ANEXOS	17

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Imunização Ativa – PIA é uma importante ferramenta de apoio ao PCMSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional vigente na empresa, sendo o mesmo embasado rigorosamente na legislação vigente, especialmente a Norma Regulamentadora 32 – Segurança e Saúde do Trabalho no Serviço de Saúde - do Ministério do Trabalho e Emprego.

Visa a promoção da saúde dos colaboradores, por meio da prevenção de doenças imunopreveníveis como tétano, difteria, hepatite B, além daquelas estabelecidas no PCMSO e sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os colaboradores estão ou poderão estar expostos. Ademais, o empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que recomendado e providenciar, se necessário, seu reforço.

Nesse sentido, o objetivo deste documento é estabelecer as condutas a serem adotadas quanto à imunização ativa dos colaboradores do HU-UFGD, filial da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

2. SIGLAS E DEFINIÇÕES

Carteira de vacinação ocupacional: Documento individual e pessoal. Deve conter a relação de todas as vacinas indicadas no PCMSO para aquele colaborador e datas da vacinação e reforços (quando for o caso).

Colaborador: Ocupantes de cargos em comissão, empregados públicos do quadro efetivo da empresa e servidores cedidos à empresa;

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;

Empregadora: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH, criada em 2011 pela Lei n.º 12.550 com a finalidade de administrar os Hospitais Universitários Federais;

HU-UFGD: Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados;

PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;

PIA: Programa de Imunização Ativo;

Prontuário de Saúde Ocupacional: Por conter informações relativas à proteção da saúde e prevenção de doenças do colaborador, este documento deve estar alinhado aos ditames éticos e bióticos da Medicina e em caso de dissolução, a empresa deverá providenciar meio físico adequado ao arquivamento dos prontuários médicos, os quais ficarão sob

responsabilidade do Médico(a) Coordenador(a) do PCMSO à época da dissolução, até que se cumpram os 20 anos de arquivo para cada prontuário;

SOST: Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, serviço responsável pelas ações voltadas à preservação da saúde e integridade física dos colaboradores;

Termo de Recusa: Documento formal assinado pelo colaborador onde o mesmo após ter sido informado das vantagens e possíveis eventos adversos da vacina recomendada, mantém sua decisão ciente dos riscos e consequências desta recusa;

Vacina: São produtos biológicos a proteger quem não está doente, ou seja, atua de forma a prevenir doenças.

3. DAS RESPONSABILIDADES E CONDUTAS A SEREM ADOTADAS

Da Empregadora:

- Aprovar e garantir a implementação do PIA, bem como zelar pela sua eficácia;
- Disponibilizar equipe de vacinação;
- Garantir recursos para sua execução, sem onerar o empregado em nenhum procedimento;
- Disponibilizar atendimento para os colaboradores em caso de reação vacinal;
- Demais responsabilidades atribuídas na legislação trabalhista.

Do Médico Examinador:

- Examinar o colaborador e registrar em prontuário próprio a(s) vacina(as) realizada(as);
- Solicitar vacinas descritos no PIA;
- Emitir solicitação de vacinação ocupacional (Anexo C), que será entregue ao colaborador para que seja respeitada as indicações, e que se tenha o controle das doses aplicadas e o adequado direcionamento da mesma conforme grupos prioritários;
- Orientar os colaboradores nos exames admissionais, periódicos e de retorno ao trabalho para realização da vacina e apresentação de cópia do cartão vacinal;

Da Segurança do Trabalho:

- Em parceria com a Medicina e Enfermagem do Trabalho orientar os colaboradores a respeito das normas de saúde e segurança do trabalho, estimulando-os em favor da prevenção de doenças preveníveis por vacinação.

Da Medicina e Enfermagem do Trabalho:

- Implantar PIA vinculado ao PCMSO;
- Orientar os colaboradores nos exames admissionais, periódicos e de retorno ao trabalho para realização da vacina e apresentação de cópia do cartão vacinal;
- Definir os grupos prioritários para imunização;
- Realizar sensibilização dos colaboradores por meio de distribuição de cartazes, cartilhas e meio eletrônico (boletim informativo e/ou correio eletrônico);
- Elaborar cronograma de vacinação dos grupos prioritários em parceria com CCIH, sala de vacina e SOST, de acordo com o quantitativo de doses adquiridas e tendo como prioridade os setores ligados diretamente a assistência de pacientes com suspeita ou confirmação da doença relacionada a vacina em questão;
 - Definir data e horários de vacinação que atenda todos os períodos de trabalho em conjunto com a sala de vacina;
 - Convocar os colaboradores para a imunização, informando-os acerca das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação;
 - Registrar a ocorrência de recusa de vacinação, em termo próprio (Anexo A), datado e assinado pelo colaborador e arquivar o referido termo no Prontuário de Saúde Ocupacional;
 - Monitorar a aplicação das vacinas solicitadas de acordo com o esquema de vacinação, mantendo o controle dos colaboradores imunizados, para fins de comprovação perante aos órgãos judiciais e de controle;
 - Emitir a solicitação de vacinação ocupacional (Anexo C), que será entregue ao colaborador para que seja respeitada as indicações, e que se tenha o controle das doses aplicadas e o adequado direcionamento da mesma conforme grupos prioritários;
- Em parceria com a segurança do trabalho orientar os colaboradores a respeito das normas de saúde e segurança do trabalho, estimulando-os em favor da prevenção de doenças preveníveis por vacinação.

Dos Profissionais de Saúde da Sala de Vacina:

- Administrar as vacinas previstas no PIA, conforme a solicitação de vacinação ocupacional (Anexo C), emitida pelo Médico Examinador, Medicina ou Enfermagem do Trabalho;
- Realizar anotações na carteira de vacinação do colaborador;
- Registrar as imunizações realizadas, na ficha de controle dos colaboradores vacinados (Anexo B), e encaminhar para arquivo junto à equipe de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho, para fins de comprovação perante aos órgãos judiciais e de controle;
- Comunicar o SOST com antecedência sobre as campanhas de vacinação, ofertadas pela rede municipal de saúde, afim de realizar o levantamento dos grupos prioritários e o controle dos colaboradores imunizados, para fins de comprovação perante aos órgãos judiciais e de controle;
- Em parceria com o SOST orientar os colaboradores a respeito das normas de saúde e segurança do trabalho, estimulando-os em favor da prevenção de doenças preveníveis por vacinação.

Dos Colaboradores:

- Comparecer a sala da Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho – SOST, sempre que convocado;
- Submeter-se a aplicação das vacinas solicitadas somente após pedido emitido pelo Médico do trabalho ou na ausência deste pela Enfermagem do trabalho;
- Assinar termo de recusa, quando da negativa da vacina. Porém, deve ser considerada a possibilidade de estar inapto para exercer sua atividade caso represente risco efetivo para terceiros (Código de Ética Médica, Capítulo IX, artigo 76), passível de transferência de unidade;
- Ler termo de recusa, ter esclarecido eventuais dúvidas e mantendo sua decisão, datar e assinar, (O Termo de Recusa deve ser anexado no Prontuário de Saúde Ocupacional do Colaborador).

Das Chefias Imediatas:

- Ter conhecimento do PIA;
- Encaminhar o colaborador ao Pronto Atendimento Clínico – PAC, nos casos que necessitem de atendimento médico, devido à reação vacinal.

4. DOS EXAMES MÉDICOS E IMUNIZAÇÃO

Como regra, o colaborador em processo de admissão para exercer função/atividade na qual possa estar exposto a agente (s) biológico (s) infeccioso (s) não deve iniciar sua atividade laboral ou trabalhar sem estar, de maneira comprovada, imunizado contra tais agentes.

Todas as vacinas e eventuais doses de reforço devem ser programadas e sua realização comprovada por meio de registro na carteira de vacinação do colaborador.

No PCMSO dos colaboradores potencialmente expostos a agentes biológicos infecciosos preveníveis por vacina e com status de imunização avaliável através de exames e testes, tais avaliações devem constar no rol de exames complementares, de acordo com o momento e periodicidade preconizados pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, por ocasião dos exames que compõem o PCMSO, devem ser adotados os procedimentos listados no **quadro abaixo**.

PROCEDIMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS RELACIONADOS À IMUNIZAÇÃO NOS EXAMES MÉDICOS: PRÉ-ADMISSÃO, PERIÓDICO E DE MUDANÇA DE FUNÇÃO			
PROCEDIMENTO	COMPROVAÇÃO DE VACINAÇÃO E/OU REFORÇO	COMPROVAÇÃO DA SITUAÇÃO SOROLÓGICA PÓS - VACINAÇÃO (NO CASO DAS VACINAS HEPATITE B E RAIVA)	IDENTIFICAÇÃO DE NOVO AGENTE DE RISCO BIOLÓGICO NO PROCESSO E/OU NO AMBIENTE DE TRABALHO
COLABORADOR	Deve apresentar carteira de vacinação (CV) atualizada	Deve apresentar exame comprovando a situação sorológica pós-vacinação	Deve comparecer para o exame antes de assumir a nova função/atividade
MÉDICO DO TRABALHO	Deve verificar se todas as vacinas indicadas no PCMSO para o exercício seguro/protegido naquela atividade laboral constam na CV como realizadas ou completadas e/ou reforçadas, quando for o caso	Na falta da comprovação de situação sorológica deve prescrever a vacinação ou solicitar avaliação da situação sorológica (quando possível) e a seguir revacinar se for o caso	Deve confirmar a introdução do "novo agente" e, em caso positivo, se este é prevenível por vacina
	Caso falte alguma, deve encaminhar para imunização ou reforço	No caso de vacinado não protegido deve prescrever a vacinação*	Deve verificar se todas as vacinas indicadas no PCMSO para o exercício seguro/ protegido naquela atividade laboral constam na CV como realizadas ou completadas e/ou reforçadas, quando for o caso

			Caso falte alguma, deve encaminhar para imunização ou reforço
Exame Médico Pré-admissional	Só encerrar o exame e emitir o ASO após a comprovação da vacinação completa, iniciada ou da situação sorológica		
Exame Médico Periódico	Deve verificar o cumprimento do calendário de vacinação e situação sorológica pós-vacinação (quando for o caso e apenas no primeiro periódico após completar a vacinação) e sua adequação às funções/atividades do trabalhador		
Exame Médico de Mudança de Função			Só encerrar o exame após a comprovação da vacinação completa, iniciada ou da situação sorológica

Fonte: **GUIA DE IMUNIZAÇÃO SBIM/ANAMT – MEDICINA DO TRABALHO 2016-2017**

*A queda de nível de anticorpos para hepatite B ao longo do tempo, após a terceira dose da vacina, ocorre e não é raro o resultado anti-Hbs negativo quando o exame é realizado mais de 60 dias após completado o esquema vacinal. Nesta situação, deve-se repetir as três doses da vacina (apenas uma vez e não mais do que isso) ou aplicar uma dose (para desafiar o sistema imunológico) e repetir sorologia (anti-Hbs) 30 a 60 dias após.

5. IMUNOBIOLOGICOS

5.1 Hepatite B (recombinante)

A vacina Hepatite B é indicada para prevenir a infecção pelo vírus da Hepatite B. A apresentação do imunobiológico é na forma líquida em frascos unidoses ou multidoses, isoladas ou combinadas com outros imunobiológicos. A vacina contém antígeno recombinante de superfície (HBsAg).

5.2 dT – Difteria e tétano

É indicada para prevenção de tétano e difteria. Nas mulheres em idade fértil, gestantes ou não, é feita para a prevenção do tétano neonatal. Sua apresentação é na forma líquida em frascos unidose e multidoses. A vacina dT é uma associação de toxóides diftérico e tetânico.

5.3 Febre Amarela

Está indicada para prevenir contra febre amarela em residentes ou viajantes que se desloquem para áreas com recomendação da vacina e países com risco para a doença. Apresenta-se sob forma liofilizada em frascos multidoses, além de uma ampola de diluente e composta por vírus vivo atenuado.

5.4 Triviral (Sarampo, Caxumba e Rubéola)

A vacina protege contra o sarampo, a caxumba e a rubéola. Apresenta-se sob forma liofilizada, em frasco monodose ou multidose, acompanhada do respectivo diluente. É composta por vírus vivo atenuado das cepas do vírus da rubéola, da caxumba e do sarampo.

5.5 Influenza

Indicada para proteger contra o vírus da *influenza* e contra as complicações da doença, principalmente as pneumonias bacterianas secundárias. Apresenta-se sob a forma de suspensão injetável (líquida) em frascos unidose ou multidoses. É composta por diferentes cepas do vírus *Myxovirus influenzae*.

6. CONTRA-INDICAÇÕES

Contra-indicações gerais:

- Reação anafilática após qualquer dose;
- História de hipersensibilidade a componentes da vacina;
- Imunodeficiência congênita ou adquirida (para vacinas com bactéria e vírus atenuado);
- Presença de neoplasias malignas;
- Tratamento com corticoides em doses imunossupressoras (>2mg/Kg/dia);
- Quimioterapia antineoplásica e radioterapia;
- Gravidez (exceto sob alto risco de exposição às doenças).

Contra-indicações específicas

- Hepatite B: Reação anafilática após recebimento de qualquer dose da vacina ou de ser componentes.
- dT: Não há.
- Febre Amarela: Imunodeprimido grave, independentemente do risco de exposição, e portadores de doenças auto-imunes e reação alérgica ao ovo.
- Triviral: Registro anafilático após recebimento de dose anterior, imunodeficiência clínica ou laboratorial grave, gestação e reação alérgica ao ovo.
- Influenza: Registro anafilático após recebimento de dose anterior, reação alérgica ao ovo.

Adiamento

- Corticóide imunossupressor: vacinar 90 dias após parar o tratamento;
- Receber imunoglobulinas, sangue ou hemoderivados: não vacinar 4 semanas antes e até 90 dias após com vivo atenuado;

- Doença febril aguda grave: não vacinar até melhorar.

Vacinação simultânea

- Exceto FA e Triviral, respeitando-se o intervalo de 30 dias, os demais imunobiológicos podem ser aplicados simultaneamente.

Falsas Contra-Indicações

- Doença aguda benigna sem febre;
- Prematuridade ou baixo peso: exceto BCG (> ou = 2Kg)
- Evento adverso após dose anterior (exceto os graves);
- TB, coqueluche, tétano, difteria, poliomielite, caxumba e rubéola;
- Doença neurológica estável ou pregressa com sequela frequente;
- Familiar com morte súbita ou convulsão;
- Alergias (exceto as graves) e não específicas;
- Uso de antibióticos e retrovirais;
- Corticoides em doses não imunossupressoras, corticoides inalatório/tópico em dose fisiológica;
- Convalescença de doença aguda;
- Profilaxia à raiva (inativa);
- Internação hospitalar;
- Amamentação;
- Febre >38,5°C pós-vacinal.

Eventos Adversos Pós-Vacina

Comuns

- Inchaço, febre e rubor local (até 48h pós-vacina)
- Cansaço;
- Cefaleia.

Graves

- **Choque anafilático (até 30min – bolhas, coceira, rubor, edema de glote) encaminhar ao Pronto Atendimento Clínico -PAC IMEDIATAMENTE;**
- **Cefaleia e diarreia persistente por mais de 2 semanas devem ser comunicadas.**

7. ESQUEMA DE VACINAÇÃO

Os esquemas de vacinação seguiram as recomendações oficiais do Ministério da Saúde.

Hepatite B

Esquema	Condição	Recomendação
A	Nunca vacinou ou ignorado	<u>Esquema básico</u> : 3 doses com intervalo de 30 dias da primeira para a segunda e de 60 dias da terceira para a primeira.
B	Incompleto	<u>Completar esquema básico</u> : 1 ou 2 doses de acordo as doses recebidas respeitando intervalo mínimo de 30 dias.
C	Exame de Anti-HBS Negativo	<u>Iniciar novo esquema</u> : esquema básico.

Nota:

- 1- Caso após o segundo esquema da vacina o exame de Anti-HBS continue com resultado Negativo, deve-se suspender novo esquema e acompanhar o empregado mediante exame de HBsAg.
- 2- Intervalos além dos estabelecidos não invalidam as doses anteriores e, portanto, não exige que se inicie um novo esquema.
- 3- Reforço não é necessário para indivíduos imunocompetentes.

dT (difteria e tétano)

Esquema	Condição	Recomendação
A	Nunca vacinado ou ignorado	<u>Esquema básico</u> : 3 doses com intervalo de 2 meses entre as doses. <u>Reforço</u> : 1 dose a cada 10 anos.
B	Incompleta com 1 dose	<u>Completar esquema básico</u> : 2 doses com intervalo de 2 meses. <u>Reforço</u> : 1 dose a cada 10 anos
C	Incompleta com 2 doses	<u>Completar esquema básico</u> : 1 dose após 2 meses da segunda dose. <u>Reforço</u> : 1 dose a cada 10 anos.
D	Completa	<u>Reforço</u> : 1 dose a cada 10 anos

Nota:

- 1- Intervalos além dos estabelecidos não invalidam as doses anteriores e, portanto, não exige que se inicie um novo esquema.

- 2- As doses aplicadas serão consideradas válidas somente após apresentação do Cartão de Vacina devidamente registradas.
- 3- **Profilaxia contra o tétano após ferimento: Realizar limpeza e desbridamento da ferida.**

Imunoprofilaxia de acordo com a imunização prévia

Variação antitetânica	Ferimento superficial	Outros ferimentos
	Vacina	Vacina
Nunca vacinado ou ignorado ou incompleto	Sim	Sim
Completo	Não(1)	Não(2)

Nota:

(1) Sim, se a última vacina foi aplicada a mais de 10 anos.

(2) Sim, se a última vacina foi aplicada a mais de 5 anos.

Febre Amarela

Esquema:

- Dose única;
- Reforço: Se persistir o risco, realizar uma segunda dose 10 anos após a inicial.

Triviral (sarampo, caxumba e rubéola)

Esquema:

- Duas doses até 29 anos;
- Uma dose >30 anos.

Nota 1: Deve-se respeitar o intervalo mínimo de 30 dias entre a administração das vacinas Triviral e Febre Amarela.

Nota 2: Idade máxima de 49 anos.

Influenza

Esquema:

- Dose única;
- Reforço: anual.

8 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Guia De Imunização Sbim/Anamt – Medicina Do Trabalho 2016-2017**. São Paulo – SP / Curitiba – PR: MAGIC, 2016. 77 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo Calendário Vacinal de 2017**. Programa nacional de Imunização. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/>>. Acesso em: 06/03/2017.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Previdência Social. **Norma Regulamentadores 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde**. Portaria GM nº 939, de 18 de novembro de 2008. Brasília: Ministério do Trabalho e Previdência Social, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 22/04/2016.

NOTA TÉCNICA Nº. 03/2017/SOST/DGP/EBSERH.

Programa de Imunização Ativa – PIA do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – HU-UFJF.

9. ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE RECUSA

Eu, **(Nome do colaborador)**, **(RG)**, **(Função)**, após ter sido informado das vantagens e dos possíveis eventos adversos da vacina recomendada **(especificar qual a vacina)** declaro expressamente que não aceito esta vacinação. Declaro também que estou ciente das desvantagens, riscos e consequências desta minha recusa.

Desta forma, isento este Serviço, bem como a Instituição de uma forma geral, de quaisquer problemas que possam vir a acontecer em função desta minha opção.

Dourados-MS, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo

ANEXO B - FICHA DE CONTROLE DOS COLABORADORES VACINADOS

Declaro para os devidos fins que após ter sido informado das vantagens e dos possíveis eventos adversos da vacina recomendada (especificar qual a vacina) declaro expressamente que aceito esta vacinação.

Deverá conter:

1 – Nome 2 – RG 3 – Função 4 – Setor 5 – Assinatura

Nota 1: Esta relação deve ser enviada a sala de vacina para assinatura dos colaboradores de acordo com a quantitativo de doses adquiridas e prioridade a setores ligados direto a assistência de pacientes com suspeita ou confirmados da doença relacionada a vacina em questão.

Nota 2: A “FICHA DE CONTROLE DOS COLABORADORES VACINADOS” devidamente preenchida deve ser arquivada no Serviço de Saúde Ocupacional da HU-UFGD/EBSERH e a disposição da Inspeção do Trabalho.

ANEXO C – SOLICITAÇÃO DE VACINAÇÃO OCUPACIONAL

1 – Nome 2 – RG 3 – SIAPE

Solicito a aplicação das seguintes vacinas ao colaborador acima para fins de imunização ocupacional conforme riscos apresentados no ambiente de trabalho:

(Elencar as vacinas indicadas)

Dourados-MS, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo Médico do trabalho

ANEXO D – RECIBO DE VACINAÇÃO OCUPACIONAL INDIVIDUAL

Eu, **(Nome do colaborador)**, **(RG)**, confirmo o recebimento e aplicação das seguintes vacinas: **(Elencar as vacinas indicadas)**, conforme indicado pelo médico do trabalho para fins de imunização ocupacional conforme os riscos apresentados no seu ambiente de trabalho.

Dourados-MS, _____ de _____ de _____.

Assinatura do colaborador



Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Rua Ivo Alves da Rocha, nº. 558, Altos do Indaiá
Dourados/MS – 79823-501
Telefone: (67) 3410-3055