

PROGRAMA

HUAB-UFRN/EBSERH

Programa de Vacinação dos Trabalhadores

Versão: 3 | 2025



1. OBJETIVO

Realizar o controle da eficácia das vacinas obrigatórias exigidas pela NR-32 e estabelecidas no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), bem como fazer o acompanhamento dos esquemas de vacinação dos trabalhadores e seus reforços, sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos.

O programa também visa assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação.

Proporcionar a proteção dos trabalhadores às doenças imunopreveníveis indicadas para o ambiente ocupacional dos profissionais da saúde.

Este programa se aplica no âmbito do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB-UFRN) aos trabalhadores da EBSEH e cedidos à EBSEH.

2. APRESENTAÇÃO

Com redação dada pela Lei nº 6.514 de 22 de dezembro de 1977, Portaria GM nº 939, de 18 de novembro de 2008 e conforme a NR-32 (Segurança e Saúde do Trabalho nos Serviços de Saúde) que estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Vacinação visando a prevenção da saúde dos trabalhadores, por meio da prevenção de doenças imunopreveníveis.

Esse Programa de Vacinação dos Trabalhadores tem por finalidade atender a Norma Regulamentadora 32 do Ministério do Trabalho e Previdência.

As ações e programas de promoção da saúde do trabalhador visam prevenir doenças e estimular os trabalhadores a fazerem escolhas mais saudáveis.

A produção de vacinas é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das intervenções de saúde pública com maior impacto na prevenção de doenças infecto-contagiosas na saúde mundial. A vacinação não apenas protege aqueles que recebem a vacina, mas também ajuda a comunidade como um todo. Quanto mais pessoas de uma comunidade ficam protegidas, menor é a chance de qualquer uma delas – vacinada ou não – possa vir a ficar doente.

A partir da publicação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT, Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943), as ações de segurança e saúde no trabalho, no Brasil, passaram a ser garantidas por uma lei que, desde então, rege as relações trabalhistas. Nessa trajetória de legalização, a Portaria MTB n. 3.214, de 8 de junho de 1978, aprovou as Normas Regulamentadoras/NR, do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. De acordo com a Lei, as NR “são de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela CLT”.

Do ponto de vista ocupacional, a definição da necessidade de imunização depende também do Programa de Gerenciamento de Riscos Ocupacionais (PGRO). No PGRO consta a identificação do agente biológico no ambiente/ posto/processo de trabalho e o risco de aquisição da infecção

decorrente.

Assim, a NR 32, apesar de destinada aos trabalhadores de serviços de Saúde, traz uma grande contribuição para os trabalhadores em geral, potencialmente expostos a agentes biológicos de risco, de modo especial em seu item 32.2.4.17 ao tratar “Da Vacinação dos Trabalhadores”. Por regulamentação legal, “a todo trabalhador dos serviços de Saúde deve ser fornecido, gratuitamente, programa de imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B”, além daqueles estabelecidos no PCMSO e “sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores 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”.

A NR 32 determina que “o empregador deve assegurar que os trabalhadores sejam informados das vantagens e dos efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarão expostos por falta ou recusa de vacinação, devendo, nestes casos, guardar documento comprobatório e mantê-lo disponível à inspeção do trabalho”. Trata-se também de obrigação legal: registrar a vacinação no prontuário clínico individual do trabalhador (Prontuário de Saúde Ocupacional) e fornecer comprovante de vacinação.

3. DIRETRIZES

Conforme Norma Regulamentadora 07 do Ministério do Trabalho e Previdência, em seu parágrafo 7.3.2 diz que é diretriz do PCMSO controlar a imunização ativa dos empregados, relacionada aos riscos ocupacionais, sempre que houver recomendação do Ministério da Saúde.

3.1 Das Responsabilidades e Condutas a Serem Adotadas

a. Da Empregadora:

- Aprovar e garantir a implementação do Programa de Vacinação dos Trabalhadores, bem como zelar pela sua eficácia;
- Disponibilizar equipe de vacinação para campanhas;
- 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.

b. Da Medicina e Enfermagem do Trabalho:

- Implantar o Programa de Vacinação dos Trabalhadores vinculado ao PCMSO;
- Avaliar o Cartão de Vacinação dos empregados nos Exames Admissionais e Exames Periódicos dos trabalhadores da EBSEH, mediante apresentação da comprovação das vacinas. Os empregados deverão apresentar cópia do Cartão de Vacinação, para anexar ao prontuário clínico individual. Baseando-se neste comprovante, serão identificadas e informadas ao empregado as doses que faltam para atender o esquema de vacinação

obrigatório conforme estabelecido no PCMSO e Programa de Vacinação. Após análise pela equipe de enfermagem, caso haja alguma pendência, o trabalhador é encaminhado para regularização do seu cartão de vacinação, devendo assinar a “FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM – CONTROLE DE IMUNIZAÇÃO OCUPACIONAL” (ANEXO I);

- Orientar no caso de recusa a alguma vacina, o empregado EBSERH deverá assinar o “TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECUSA PARA VACINAÇÃO” (ANEXO II) e arquivar o referido termo no Prontuário de Saúde Ocupacional;
- Definir os grupos prioritários para imunização;
- Realizar sensibilização dos trabalhadores por meio de distribuição de cartazes, cartilhas e meio eletrônico (boletim informativo e/ou correio eletrônico);
- Apoiar campanhas de vacinação dos grupos prioritários, de acordo com o quantitativo de doses adquiridas pela Secretaria de Saúde do Município de Santa Cruz 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 da campanha de vacinação que atendam os trabalhadores do HUAB;
- As campanhas terão abrangência a todos trabalhadores (Celetistas, RJU, Residentes e Terceirizados) que exerçam suas atividades, administrativas ou assistenciais, no Hospital Universitário Ana Bezerra.
- Convocar os trabalhadores 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;
- Monitorar a atualização 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;
- Registrar a pendência de vacinação no prontuário de saúde ocupacional, apresentar o prazo para o trabalhador providenciar a atualização do cartão de vacinação e solicitar assinatura consentindo que vai atualizar as vacinas solicitadas;
- 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.

c. Dos Trabalhadores:

- Comparecer a sala da Saúde Ocupacional /USOST, sempre que convocado;
- Apresentar a Carteira de Vacinação e a cópia da mesma no Exame Admissional e Exames Periódicos;
- Submeter-se a aplicação das vacinas solicitadas pela Enfermagem do trabalho e Medicina 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 setor;
- 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 trabalhador).

d. Das Chefias Imediatas:

- Ter conhecimento do Programa de Vacinação dos Trabalhadores e estimular-los à atualização do cartão de vacinação;
- Encaminhar o colaborador a USOST, quando convocados para atualização de situação vacinal ou campanhas de vacinação. REVISAR, “Para apresentar atualização vacinal”

4. AÇÕES PARA AMPLIAR A ABRANGÊNCIA DA IMUNIZAÇÃO OCUPACIONAL

- a. Sensibilizar o trabalhador por meio de:
 - palestras esclarecedoras nos Programas de Capacitação, de Educação Continuada e de formação de membros das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA);
 - inserção como tema obrigatório na Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho (SIPAT);
 - convocação dos trabalhadores por meio de e-mails, informativos no Portal do Empregado, Processo SEI e Grupos de Teams.
- b. Ter implantado e ativo um Programa de Vacinação Ocupacional vinculado ao PGRO e PCMSO.
- c. Intensificar a rotina de vacinação maximizando e facilitando a acessibilidade por meio da liberação do trabalhador para comparecer nas unidades referência (Unidade de Saúde da Família, postos, serviços, instituições) e retornar a USOST após vacinação com a carteira atualizada para retirada de pendências.
- d. Promover campanhas de vacinação e instituir dias ou semanas específicos para vacinação.
 - sempre que a adesão dos trabalhadores para as vacinas exigidas estiverem com percentual baixo;
 - para interromper a transmissão de um agente infeccioso durante surtos;
 - para minimizar os riscos em que incorrem indivíduos suscetíveis, incluindo terceiros.
- e. Nessas ocasiões, pode ser considerado emitir ofício para Secretaria de Saúde de Santa Cruz solicitando ação de vacinação por meio de parceria com serviços de imunização, disponibilizando os imunobiológicos e equipe de vacinação com apoio da equipe de saúde ocupacional da USOST/HUAB, podendo haver parceria com a divisão de enfermagem para colaboração de técnicos de enfermagem responsáveis pela sala de imunização do HUAB e/ou departamento de enfermagem da FACISA/UFRN para contribuição de acadêmicos de enfermagem.
- f. Aplicar sistema de vigilância implementando indicadores específicos para a

imunização, através do monitoramento em planilhas eletrônicas e inserção no MENTORH/SIGP, divulgando situação vacinal dos trabalhadores.

- g. Em caso de evento adverso após vacinação, o empregado poderá ser atendido pelo médico da USOST ou plantonista do Acolhimento da HUAB, e serão realizadas as devidas notificações à SMS.

5. IMUNOBIOLOGICOS PARA OS TRABALHADORES DO HUAB

Os profissionais de saúde estão sob risco constante de exposição às doenças contagiosas, muitas delas imunopreveníveis. A proteção desses profissionais por intermédio da vacinação é parte importante do controle e prevenção de infecções para eles mesmos e para seus pacientes.

Considera-se que profissionais de saúde têm significativa probabilidade de contrair ou transmitir doenças como hepatite B, influenza, sarampo, caxumba, rubéola, varicela, tuberculose e doenças por *Neisseriae meningitidis* todas preveníveis por meio de vacinas.

Para os trabalhadores do HUAB, além das vacinas obrigatórias conforme a NR-32: dT (difteria e tétano) e Hepatite B, serão exigidas a comprovação das vacinas: sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral), a vacina tríplice acelular do adulto (dTpa) e a vacina COVID 19. Conforme o Calendário Nacional de Vacinação, todas essas estão disponíveis na rede pública de saúde para profissionais da saúde. Como também, recomendaremos as vacinas de influenza inativada (INF), Vacina de Febre amarela, varicela (VZ), Vacina meningocócica C (conjugada) (Meningo C) e Meningo ACWY e Hepatite A. As três primeiras estão disponíveis na rede pública nas Unidades de Saúde da Família, sendo indicadas para trabalhadores da saúde. A Vacina de Influenza será ofertada através de campanhas no HUAB, já as últimas estão disponíveis nos CRIEs.

Os profissionais de saúde que trabalham na área assistencial, sem história de varicela ou com história duvidosa, devem receber a vacina no CRIE, principalmente aqueles em contato com pacientes imunodeprimidos e os da área de pediatria. Na pós-exposição dos profissionais suscetíveis, também se indica a vacinação o mais precocemente possível, no máximo até 120 horas após a exposição.

VACINAS <u>OBRIGATÓRIAS</u> PARA TRABALHADORES DA SAÚDE DO HUAB			
Vacina	Proteção Contra	Composição	Número de doses
Hepatite B recombinante	Hepatite B	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado.	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal).
Difteria e Tétano (dT)	Difteria e Tétano	Toxoides diftérico etetânico purificados, inativada.	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal). Reforço a cada 10 anos com a dTPa. Em caso de ferimentos graves reforço a cada 5 anos.

Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa)	Difteria, Tétano e Coqueluche	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche, inativada.	Uma dose de dTpa para todos os profissionais de saúde, considerando o histórico vacinal de difteria, tétano.
Sarampo, Caxumba e Rubéola (SCR)	Sarampo, Caxumba e Rubéola	Vírus vivo atenuado.	Uma ou duas doses da vacina, a depender da idade.
Covid-19	Covid	Partículas virais (pv) de vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S).	Independentemente de doses prévias de qualquer vacina covid-19, deverão receber UMA DOSE da vacina Covid-19-RNAm, Pfizer (Comirnaty), ou da vacina Covid-19-RNAm, Moderna (Spikevax), ou da vacina Covid-19-recombinante, Serum/Zalika.

VACINAS RECOMENDADAS PARA TRABALHADORES DA SAÚDE DO HUAB

Vacina	Proteção Contra	Composição	Esquema
Influenza (Anual)	Influenza	Suspensão injetável composta por diferentes cepas do vírus Myxovirus influenzae inativados, fragmentados e purificados.	Dose única anual.
Meningocócica C e ACWY (Conjugada)	Meningite meningocócica tipo C e ACWY	Polissacarídeos capsulares purificados da Neisseria meningitidis.	Dose única. Indicada para profissionais da bacteriologia e microbiologistas.
Varicela	Varicela	Vírus vivo atenuado.	Uma ou duas doses a depender do fabricante.
Hepatite A	Hepatite A	Antígeno do vírus da hepatite A. Tem como adjuvante o hidróxido de alumínio e não contém antibióticos.	Uma dose. Indicada para profissionais da nutrição.

Febre Amarela	Febre Amarela	Vírus vivos atenuados da febre amarela derivados da linhagem 17 DD. Tem como excipientes a sacarose, o glutamato de sódio, o sorbitol, a eritromicina e a canamicina.	Administrar uma dose única.
----------------------	---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------

5.1. Contraindicações comuns a todo imunobiológico

A contra-indicação é entendida como uma condição do usuário a ser vacinado que aumenta, em muito, o risco de um evento adverso grave ou faz com que o risco de complicações da vacina seja maior do que o risco da doença contra a qual se deseja proteger. Para todo imunobiológico, consideram-se como contra-indicações:

- A ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior; e
- História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos.
- A ocorrência de febre acima de 38,5°C, após a administração de uma vacina, não constitui contra-indicação à dose subsequente.
- Quando ocorrer febre, administre antitérmico de acordo com a prescrição médica.
- Não indique o uso de paracetamol antes ou imediatamente após a vacinação para não interferir na imunogenicidade da vacina.

5.2. Vacina Hepatite B (recombinante)

A transmissão do VHB, após exposição a sangue ou líquidos corporais em hospitais, representa um risco importante para o profissional de saúde, variando de 6% a 30%, a depender da natureza dessas exposições. Esses profissionais podem ser vacinados contra a hepatite B sem fazer teste sorológico prévio. Recomenda-se a sorologia um a dois meses após a última dose do esquema vacinal, para verificar se houve resposta satisfatória à vacina (anti-AgHBs >10 UI/L), para todos esses profissionais. Profissionais que já tiveram hepatite B estão imunes à reinfecção. Para profissionais soronegativos que só realizaram teste sorológico mais de seis meses após a série vacinal original, uma dose adicional de vacina deve ser administrada e seguida de retestagem quatro a oito semanas depois. Se a sorologia for positiva, o profissional será considerado imune; se negativa, deverá completar o esquema com mais duas doses de vacina. Os esquemas vacinais pré e pós-exposição encontram-se nas Tabelas 1 e 2, respectivamente.

✓ **Indicação:**

- A vacina previne a infecção pelo vírus da hepatite B. O PNI recomenda a vacinação para toda população, conforme Calendário Nacional de Vacinação.
- ✓ **Contraindicação:**
 - A vacina é contraindicada nas situações gerais referidas no item 5.1. do Programa e na ocorrência de reação anafilática após o recebimento de qualquer dose da vacina ou de seus componentes.
- ✓ **Esquema de doses:**
 - O esquema de administração corresponde, de maneira geral, a três doses, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda doses e de seis meses entre a primeira e a terceira doses (0, 1 e 6).
 - A avaliação da soroconversão deve ser realizada mediante anti-HBs (Anticorpos contra o HBsAg), entre 30 a 60 dias após a última dose da vacina para hepatite B.
- ✓ **Via de aplicação:**
 - Intramuscular.
- ✓ **Eventos adversos:**
 - Locais: a vacina produz eventos locais de pequena intensidade, tais como dor e endurecimento.
 - Sistêmicos: as reações sistêmicas, tais como febre, são incomuns.
 - Alérgicos: anafilaxia é rara.

Tabela 1 – Esquema vacinal pré-exposição para profissionais de saúde

SITUAÇÃO DO PROFISSIONAL	ESQUEMA VACINAL
1. Nunca vacinado, presumidamente suscetível	0/1/6 meses, dose habitual*
2. Sorologia (anti-HBs) negativa de um a dois meses após a terceira dose	Repetir esquema acima
3. Sorologia (anti-HBs) negativa um a dois meses após a terceira dose do segundo esquema	Não vacinar mais, considerar suscetível não respondedor; testar AgHBs para excluir portador crônico.
4. Sorologia (anti-HBs) negativa, seis meses ou mais após a terceira dose do primeiro esquema	Administrar uma dose e repetir a sorologia um mês depois. Caso positiva, considerar imune; caso negativa, completar o esquema, como no item 2.

Fonte: Brasil. MS/MANUAL DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS (2023)

* Toda dose administrada deve ser considerada, complementando-se o esquema em caso de interrupção, com intervalo mínimo de dois meses entre as doses.

Tabela 2 – Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLÓGICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PACIENTE-FONTE		
	AGHBS POSITIVO	AGHBS NEGATIVO	AGHBS DESCONHECIDO OU NÃO TESTADO
1. Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação ¹
2. Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação ¹
3. Previamente vacinado			
Com resposta vacinal conhecida e adequada (≥ 10 UI/mL)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal após a primeira série (três doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina contra hepatite B ou IGHAB (2x) ²	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) ¹
Sem resposta vacinal após segunda série (seis doses)	IGHAHB (2x) ²	Nenhuma medida específica	IGHAHB (2x) ²
SITUAÇÃO VACINAL E SOROLÓGICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PACIENTE-FONTE		
	AGHBS POSITIVO	AGHBS NEGATIVO	AGHBS DESCONHECIDO OU NÃO TESTADO
4. Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> Se anti-HBs ≥ 10 mUI/mL: nenhuma medida específica Se anti-HBs ≤ 10 mUI/mL: IGHAB + primeira dose da vacina hepatite B 	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação 	Testar o profissional de saúde: <ul style="list-style-type: none"> Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação¹

Fonte: Brasil. MS/MANUAL DOS CENTROS DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS (2023).

¹ O uso associado de imunoglobulina hiperimune anti-hepatite B está indicado se o paciente-fonte tiver alto risco para infecção pelo VHB, como nos seguintes casos: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de portadores de AgHBs; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de doenças sexualmente transmissíveis; pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; indivíduos privados de liberdade e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental.

² IGHAB (2x): duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já receberam duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal ou apresentem alergia grave à vacina.

5.3. Vacina adsorvida difteria e tétano adulto – dT (dupla adulto) e Vacina adsorvida difteria, tétano e pertússis acelular adulto (dTpa)

✓ **Indicação:**

- A vacina adsorvida difteria e tétano – dT (dupla bacteriana do adulto) pode ser indicada como imunização primária ou como reforço, no intuito de prevenir o tétano adquirido. Na gestante, ela é administrada visando prevenir o tétano neonatal pela transferência passiva transplacentária de anticorpos da mãe para o feto.
- Nos últimos anos, disponibilizou-se para adultos a vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular do adulto), que acrescenta o componente pertússis à vacina dT, permitindo que se apliquem doses de reforço com essa vacina. Está indicada no Calendário Nacional de Vacinação para gestantes, puérperas e profissionais de saúde.

✓ **Contraindicações:**

- A vacina é contraindicada nas situações gerais referidas no item 5.1. do Programa e na ocorrência de reação anafilática após o recebimento de qualquer dose da vacina ou de seus componentes.
- A ocorrência de anafilaxia ou eventos neurológicos dentro das seis semanas após a administração da vacina dT constitui contraindicação para a administração de outras doses dessa vacina. Da mesma forma, anafilaxia e eventos neurológicos subsequentes à administração da dTpa contraindicam novas doses.

✓ **Esquema de doses:**

- A vacina dT é administrada em 3 doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos. Para profissionais com esquema incompleto ou não vacinados:
 - a) com esquema incompleto: completar o esquema;
 - b) sem comprovação vacinal: administrar três doses.O intervalo entre as doses é de 60 dias, com um mínimo de 30 dias. Em todos os casos, após completar o esquema, é necessário administrar uma dose de reforço a cada 10 anos. Nunca reiniciar o esquema.
- Administrar uma dose de dTpa para todos os profissionais de saúde, considerando o histórico vacinal de difteria, tétano:
 - a) com esquema de vacinação primário completo: administração da dTpa como reforço a cada dez anos em substituição da dT.
 - b) com esquema de vacinação primário incompleto: menos de 3 (três) doses com a vacina dT: administrar 1 (uma) dose de dTpa e completar o esquema com 1 (uma) ou 2 (duas) doses de dT (dupla adulto) de forma a totalizar 3 (três) doses da vacina contendo o componente tetânico.

✓ **Via de aplicação:**

- Intramuscular.

✓ **Efeitos e eventos adversos:**

- Manifestações locais: em geral, 50% a 85% dos receptores de doses de reforço apresentam dor e aumento da sensibilidade no local da vacina e, em 25% a 30% deles,

podem ocorrer edema e eritema. Manifestações locais mais significativas, tais como edema acentuado, são encontradas em menos de 2% dos vacinados.

- Manifestações sistêmicas: doses de reforço de dT associam-se com febre em 0,5% a 7% dos casos, sendo raramente observadas temperaturas superiores a 39°C. Cefaleia, irritabilidade, sonolência, perda do apetite, vômitos e linfonomegalia podem ocorrer, embora com menor frequência.

5.4. Vacina sarampo, caxumba, rubéola (atenuada) – SCR – tríplice viral

✓ **Indicação:**

- A vacina tríplice viral é uma vacina combinada, contendo vírus vivos atenuados em cultivo celular, que protege contra sarampo, rubéola e caxumba. É indicada para profissionais da saúde.

✓ **Contraindicação:**

- Anafilaxia a dose anterior da vacina.
- Grávidas não devem ser vacinadas pelo risco teórico de causar danos ao feto.
- Pessoas com imunodeficiências congênitas ou adquiridas. Na possibilidade de exposição ao vírus selvagem, avaliar risco-benefício individual.
- Infecção pelo HIV em indivíduos em vigência de imunossupressão grave: crianças e adolescentes (CD4)

✓ **Esquemas de doses:**

- **Trabalhadores da saúde independentemente da idade e trabalhadores do administrativo até 29 anos** devem receber 2 (duas) doses de tríplice viral, conforme situação vacinal encontrada, observando o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses. Considerar vacinado o trabalhador da saúde que comprovar 2 (duas) doses de vacina tríplice viral.
- **Trabalhadores de setores administrativos do HUAB de 30 a 59 anos de idade não vacinados** devem receber uma dose de tríplice viral. Considerar vacinada a pessoa que comprovar 1 (uma) dose de vacina tríplice viral.

✓ **Via de aplicação:**

- Subcutânea.

✓ **Efeitos e eventos adversos:**

- Manifestação local: as manifestações locais são pouco frequentes. Podem ocorrer ardência de curta duração, eritema, hiperestesia e endureção. Nódulo ou pápula com rubor (reação imune do tipo tardio) podem surgir em indivíduos com hipersensibilidade aos componentes da vacina.
- Manifestações sistêmicas:
 - a) Manifestações gerais: febre com temperatura de 39,5o C ou mais: surge entre o 5º e o 12º dia após a vacinação, em geral durando de um a dois dias, às vezes até

cinco dias. Pode ocorrer em 5% a 15% nos primovacinados. Está associada a qualquer um dos componentes da vacina.

b) Cefaleia ocasional, irritabilidade, discreta elevação da temperatura, conjuntivite e/ou manifestações catarrais: ocorrem entre o 5º e o 12º dia após a vacinação, em 0,5% a 4% dos primovacinados. A conjuntivite e as manifestações catarrais estão associadas aos componentes do sarampo e da rubéola.

c) Exantema: de extensão variável, ocorre do 7º ao 14º dia após a vacinação, durando em torno de dois dias. Aparece em 5% dos primovacinados. Está associado ao componente do sarampo e da rubéola.

d) Linfadenopatia: pode aparecer do 7º ao 21º dia, em menos de 1% dos primovacinados. Associada ao componente da rubéola.

5.5. Vacinas covid-19 em uso no Brasil

Vacina covid-19-RNA_m, Moderna (Spikevax)

A vacina contém RNA mensageiro (RNA_m) de cadeia simples, com estrutura Cap-5', produzida utilizando transcrição *in vitro* em um sistema livre de células a partir dos moldes correspondentes de DNA, que codifica a proteína S (*spike*) do vírus SARSCoV-28.

Vacina covid-19-RNA_m, Pfizer (Comirnaty)

A vacina é composta de RNA mensageiro (RNA_m) de cadeia simples, envolvido em nanopartículas lipídicas, com estrutura altamente purificada, produzida usando transcrição *in vitro* sem células a partir dos modelos de DNA correspondentes, codificando a proteína S (*spike*) do SARS-CoV-29.

Vacina covid-19-recombinante, Serum/Zalika

A vacina contém proteína S (*spike*) do SARS-CoV-2 associada ao adjuvante Matrix-M produzida por tecnologia de DNA recombinante. A vacina mostrou ser bem tolerada e eficaz, com um perfil de segurança adequado em pessoas com 12 anos de idade ou mais.

✓ **Contraindicação:**

- Pessoa com histórico de reações alérgicas; pessoa com histórico de trombocitopenia e perturbações da coagulação; pessoa com infecção ativa pelo SARS-CoV-2; pessoa com outra infecção aguda; miocardite/pericardite; exacerbações da síndrome de transudação capilar (STC); para doação de sangue durante 7 dias.

✓ **Esquema de doses**

- Profissionais da saúde: independentemente do recebimento ou não de doses prévias de qualquer vacina covid-19, deverão receber **UMA DOSE** da vacina Covid-19-RNA_m, Pfizer (Comirnaty), ou da vacina Covid-19-RNA_m, Moderna (Spikevax), ou da vacina Covid-19-recombinante, Serum/Zalika. Para a população a partir de 60 anos de idade a recomendação é o recebimento de **uma dose a cada seis meses**, independentemente da quantidade de doses prévias recebidas.

- ✓ **Via de aplicação:**
- Intramuscular.
- ✓ **Eventos Adversos:**

Especificações de segurança	Vacina Covid-19-RNAm, Pfizer (Comirnaty)	Vacina Covid-19-RNAm, Moderna (Spikevax)	Vacina Covid-19-recombinante, Serum/Zalika
Considerações gerais	Plataforma não replicante e não integradora		
Manifestações locais	Dor local, vermelhidão e edema.	Dor local, vermelhidão, edema e linfadenopatia leves e moderados. Mais intensos na segunda dose.	Dor local, fadiga, dor de cabeça, mialgia, calafrios e artralgia.
Manifestações sistêmicas	Fadiga, cefaleia, mialgia, artralgia, tremores, diarreia, febre, náuseas e vômitos.	Fadiga, sonolência, perda de apetite, cefaleia, mialgia e calafrios. Mais intensos na segunda dose.	Reações relacionadas à ansiedade, incluindo reações vasovagais (síncope), hiperventilação ou reações relacionadas ao estresse associado à vacinação como uma resposta psicogênica à injeção com agulha.
Eventos adversos de interesse especial	Miocardite e pericardite são eventos raros e mais frequentes em homens de 12 a 39 anos, embora também ocorram em mulheres. Estender o intervalo entre as doses para oito semanas pode reduzir o risco de miocardite e pericardite associado à vacinação. Não há evidências que sustentem a relação de causalidade da Síndrome de Guillain Barré (SGB), encefalomielite disseminada aguda e mielite transversa com a aplicação desta vacina.	Miocardite e pericardite são eventos raros e mais frequentes em homens entre 12 e 39 anos, embora também ocorram em mulheres. Estes episódios têm início em média sete dias após a segunda dose, com dor precordial, dispnéia e palpitação. Entretanto, crianças mais jovens podem apresentar sintomas inespecíficos como: irritabilidade, vômitos, inapetência, taquipnéia ou letargia. Estender o intervalo entre as doses para oito semanas pode reduzir o risco de miocardite e pericardite associado à vacinação. Foram relatadas reações de hipersensibilidade, incluindo anafilaxia, como em todas as vacinas injetáveis.	Há um risco aumentado de miocardite e pericardite leve (desenvolvem-se no máximo em até 14 dias após a vacinação). O risco após uma terceira dose ainda não foi estudado. Foram relatadas reações de hipersensibilidade, incluindo anafilaxia, como em todas as vacinas injetáveis.

Fonte: MS/Estratégia de Vacinação contra COVID-19, 2ª edição, 2024.

5.6. Vacina influenza inativada (INF)

- ✓ **Indicação:**
- É indicada para proteger contra o vírus da influenza e contra as complicações da doença, principalmente as pneumonias bacterianas secundárias.
- ✓ **Contraindicação:**
- História de anafilaxia a dose anterior da vacina. Vários estudos demonstraram boa tolerância à vacina influenza em indivíduos alérgicos a ovo. Pessoas com alergia a ovo

de qualquer gravidade podem receber a vacina sem precauções adicionais além das recomendadas para quaisquer vacinas.

- ✓ **Esquema de doses**
 - Profissionais da saúde: uma dose única anual.
- ✓ **Via de aplicação:**
 - Intramuscular.
- ✓ **Eventos Adversos**
 - Manifestações locais: manifestações como dor no local da injeção, eritema e enduração ocorrem em 15% a 20% dos pacientes, sendo benignas, autolimitadas e normalmente resolvidas em 48h.

5.7. Vacina meningocócica C (conjugada) (Meningo C)(MenACWY)

- ✓ **Indicação:**
 - Está indicada para a prevenção da doença sistêmica causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C, ACWY. Está indicada para profissionais da bacteriologia e microbiologistas.
- ✓ **Contraindicação:**
 - A vacina é contraindicada nas situações gerais referidas no item 5.1 do Programa e na ocorrência de reação anafilática após o recebimento de qualquer dose da vacina ou de seus componentes.
- ✓ **Esquema de doses:**
 - Em adultos, administrar dose única.
- ✓ **Via de aplicação:**
 - Intramuscular.
- ✓ **Eventos Adversos**
 - Locais: eritema, enduração e dor. Sistêmicos: febre baixa e irritabilidade. Alérgicos: anafilaxia é rara.

5.8. Vacina varicela (atenuada)

- ✓ **Indicação:**

Profissionais da saúde não vacinados e que trabalham na área assistencial, especialmente em contato com pessoas imunodeprimidas e os da área de pediatria.
- ✓ **Contraindicação:**

- A vacina varicela é contraindicada para gestantes, crianças menores de 9 meses de idade e indivíduos imunodeprimidos ou que apresentaram anafilaxia à dose anterior.
- ✓ **Esquema de doses**
 - **Trabalhadores da saúde:** não vacinados, receber uma ou duas doses de vacina varicela (atenuada), a depender do laboratório produtor.
- ✓ **Via de aplicação:**
 - Subcutânea.
- ✓ **Eventos adversos**
 - Manifestações locais: Dor (26%) e vermelhidão (5%) no local da administração podem ocorrer. Também podem ser observadas vesículas próximas ao local da aplicação em 1% a 3% dos primovacinados.
 - Manifestações sistêmicas: Cerca de 3% a 5% dos indivíduos apresentam exantema semelhante às lesões de varicela, com duas a cinco lesões fora do local de aplicação, que podem ser maculopapulares ou vesiculares e que aparecem entre 5 e 26 dias após a vacinação.

5.9. Vacina adsorvida hepatite A (inativada)– HAInf

- ✓ **Indicação:**
 - É indicada para a prevenção da infecção causada pelo vírus da hepatite A. Está indicada para profissionais na Nutrição.
- ✓ **Contraindicações:**
 - Apenas quando houver história de reação anafilática a algum dos componentes da vacina.
- ✓ **Esquema de doses:**
 - Em adultos, administrar dose única.
- ✓ **Via de aplicação:**
 - Intramuscular.
- ✓ **Eventos adversos**
 - Locais: dor, eritema ou edema e endureção podem ocorrer, sendo leves e transitórios.
 - Sistêmicos: febre e fadiga ocorrem em menos de 5% dos vacinados. Anafilaxia é rara.

5.10. Vacina febre amarela (atenuada) – VFA

- ✓ **Indicação:**
 - Esta indicada para prevenir a febre amarela. A população-alvo para vacinação são as pessoas entre 9 meses de vida a 59 anos de idade, conforme Calendário Nacional de

Vacinação.

✓ **Contraindicações:**

- Pacientes em tratamento com biológicos (Infliximabe, Etarnecepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Belimumabe, Ustequinumabe, Canaquinumabe, Tocilizumabe, Rituximabe, inibidores de CCR5 como Maraviroc) e que interromperam o uso dessa medicação, é necessária avaliação médica para se definir o intervalo para vacinação, conforme *Manual dos CRIE*.
- Pacientes submetidos a transplante de órgãos sólidos.
- Pacientes com imunodeficiências primárias graves.
- Pacientes com história pregressa de doenças do timo (miastenia gravis, timoma, casos de ausência de timo ou remoção cirúrgica).
- Pacientes portadores de doença falciforme em uso de hidroxiureia e contagem de neutrófilos menor de 1.500 cels/mm³.
- Pacientes recebendo corticosteroides em doses imunossupressoras (prednisona 2 mg/kg por dia nas crianças até 10 kg por mais de 14 dias, ou 20 mg por dia por mais de 14 dias em adultos).

✓ **Esquema de doses:**

- Pessoas com 5 a 59 anos de idade, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação, deve ser administrada uma dose da vacina.

✓ **Via de administração:**

- Deve ser administrada **exclusivamente** por via subcutânea.

6. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação do Programa de Vacinação dos Trabalhadores do HUAB-UFRN/EBSERH são fundamentais para assegurar a efetividade das ações de imunização, o cumprimento das exigências legais e a proteção contínua da saúde ocupacional dos trabalhadores.

O processo de monitoramento será conduzido de forma sistemática e contínua, com base em registros atualizados no Prontuário de Saúde Ocupacional e no sistema MENTORH/SIGP. A equipe de Medicina e Enfermagem do Trabalho será responsável por acompanhar a situação vacinal dos trabalhadores, identificar pendências, convocar os colaboradores para atualização do esquema vacinal e registrar todas as ações realizadas, incluindo recusas formalizadas por meio de termo específico.

Indicadores específicos serão utilizados para avaliar a cobertura vacinal, a adesão às campanhas, a ocorrência de eventos adversos pós-vacinação e a efetividade das estratégias de

sensibilização. Esses dados serão analisados periodicamente para subsidiar ajustes nas ações e garantir a melhoria contínua do programa.

A avaliação do programa será realizada em ciclos definidos, considerando os resultados obtidos nas campanhas de vacinação, a resposta dos trabalhadores às convocações e a conformidade com as diretrizes da NR-32, do PCMSO e do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Serão consideradas também as contribuições das chefias imediatas, da segurança do trabalho e das parcerias institucionais com a Secretaria Municipal de Saúde e instituições de ensino.

Além disso, o programa prevê a realização de ações educativas e de sensibilização, cuja efetividade será avaliada por meio da participação dos trabalhadores e da evolução dos indicadores de cobertura vacinal. Em caso de surtos ou baixa adesão, medidas corretivas serão adotadas, como intensificação de campanhas e articulação com órgãos externos para apoio logístico e técnico.

O monitoramento e a avaliação contínuos garantem a rastreabilidade das ações, a transparência dos processos e a segurança dos trabalhadores, promovendo um ambiente laboral mais saudável e protegido contra doenças imunopreveníveis.

7. REFERÊNCIAS

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 2.ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis, Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Instrução Normativa Referente ao Calendário Nacional de Vacinação - 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo Calendário Vacinal de 2024**. Programa Nacional de Imunização.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Estratégia de Vacinação contra a Covid-19** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

SBIM. Sociedade Brasileira de Imunização. **Calendário de Vacinação SBIm 2024/2025**. São Paulo, 2024.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. GUIA DE IMUNIZAÇÃO SBIm/Anamt – MEDICINA DO TRABALHO 2018-2019. São Paulo –SP / Curitiba – PR: MAGIC, 2018. 77 p.

8. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da atualização
1	25/04/2019	Versão inicial.
2	25/04/2022	Atualização do documento com inserção da Vacina COVID-19.
3	11/06/2025	Alteração do documento com a descrição das vacinas obrigatórias e recomendadas para os trabalhadores do HUAB. Detalhamento para cada vacina sobre a indicação, contraindicação, esquema de doses, via de aplicação e eventos adversos.

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Glenda Soares Saldanha - USOST/DIVGP	Data: 11/06/2025
Análise Douglas Vidal Gomes da Silva - USOST/DIVGP	Data: 11/06/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 16/07/2025
Aprovação Douglas Vidal Gomes da Silva - USOST/DIVGP	Data: 16/07/2025

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. © Ano 2025, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br

ANEXOS

Anexo I – Ficha de Atendimento de Enfermagem – Controle de Imunização Ocupacional

VACINAS	ESQUEMA VACINAL	
Hepatite B	Esquema básico: 1ª (/ /)	Esquema complementar: 4ª (/ /)
	2ª (/ /)	5ª (/ /)
	3ª (/ /)	6ª (/ /)
	Exame Anti Hbs: () Sim () Não	
	Anti Hbs não reagente: / / - mIU/mL	
	Anti Hbs reagente: / / - mIU/mL	
Tétano/Difteria (dT)	Esquema básico: 1ª (/ /) 2ª (/ /) 3ª (/ /)	
	Reforço: (/ /)	
Tétano/Difteria/Coqueluche (dTpa) (Profissional da saúde ou gestante)	Esquema: Reforço: (/ /) Reforço: (/ /) Reforço: (/ /)	
Triplíce viral (MMR/SCR)	Esquema básico (PS ou ADM, até 29a): 1ª (/ /) 2ª (/ /)	
	Esquema básico (ADM): Dose única (/ /)	
Influenza	Dose anual: (/ /) Dose anual: (/ /) Dose anual: (/ /)	
Covid-19	1ª dose (/ /) 2ª dose (/ /) Reforço (/ /) Reforço (/ /)	
Varicela (Assistencial)	Esquema básico: 1ª (/ /) 2ª (/ /)	
	Histórico da doença: (/)	
Outras	Febre Amarela: (/ /); Meningo ACWY (/ /); Meningo C (/ /);	

a) Sem pendências

b) NÃO apresentou cópia do cartão de vacina no exame ocupacional.

c) Apresentou cartão vacinal com pendências.

2. Conduta da Enfermagem Ocupacional

Conforme Instrução Normativa do MS do Calendário Nacional de Vacinação 2024, é recomendado:

Fazer 1ª esquema completo de Hepatite B; () Fazer 2ª esquema completo de Hepatite B; () Fazer Anti-Hbs;

Fazer esquema completo de dT; () Uma dose de dTpa;

Duas doses de Triplice Viral; () 2ª dose de Triplice Viral;

Fazer varicela;



Fazer vacina de COVID.

Declaro estar ciente da situação vacinal apresentada e à conduta da equipe de saúde ocupacional do HUAB. Enviar atualização da carteira de vacinação **no prazo de 20 dias** para: ssost.huab@ebserh.gov.br.

Assinatura do empregado (a)

Saúde Ocupacional USOST/HUAB-UFRN

Anexo II – Termo de Responsabilidade e Recusa para Vacinação

 <p style="text-align: center;">UNIDADE DE SAÚDE OCUPACIONAL E SEGURANÇA DO TRABALHO PROGRAMA DE VACINAÇÃO DOS TRABALHADORES HUAB TERMO DE RESPONSABILIDADE E RECUSA PARA VACINAÇÃO</p> <p>Conforme as vacinas estabelecidas no Programa de Vacinação dos Trabalhadores do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), elaborado conforme as recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Imunização, seguindo as determinações do item 32.2.4.17.5 da Norma Regulamentadora 32, aprovada pela Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978, foram a mim apresentadas todas as informações quanto as vantagens e os efeitos colaterais das vacinas constantes no PCMSO, sendo:</p> <p>Hepatite B Previne infecção pelo vírus da Hepatite B. Esta contraindicada nas reações anafiláticas após o recebimento de qualquer dose da vacina ou de seus componentes. É administrada em 3 doses, via intramuscular, com intervalos de 0, 1 e 6 meses, respeitando intervalo mínimo de 30 dias. Eventos adversos: edema, eritema e nódulo indolor no local da aplicação; mal-estar, cefaléia, mialgia, artralgia. Outros sintomas de pequena intensidade são febre de 37,5°C surgindo no primeiro ou até dois dias após a vacinação.</p> <p>dT - Difteria e Tétano Previne contra o tétano e a difteria. Administrada em 3 doses, via intramuscular, com intervalos de 0, 2 e 4 respeitando intervalo mínimo de 30 dias, e reforço a cada 10 anos. Eventos adversos: nódulos subcutâneos, febre – superiores a 39°C são raras, cefaléia, irritabilidade, sonolência, perda de apetite, vômitos.</p> <p>dTpa - Vacina adjuvada difteria, tétano e pertussis (acelular) Esta recomendada para profissionais e estudantes da área da saúde e parteiros tradicionais. Tal justificativa, embasa-se no fato da coqueluche ainda ser uma doença de grande importância para a saúde pública, devido ao alto risco de vida para os lactentes menores de 1 ano de idade, considerado grupo etário com maior morbimortalidade. O esquema de vacinação primário é uma dose de dTpa e mais duas doses de dT. Uma dose de reforço a cada dez anos com dTpa, ou a cada cinco anos em caso de ferimentos graves. Eventos adversos: dor, endurecimento, hiperemia, porém com menor frequência e intensidade.</p> <p>Triple viral - Sarampo, Caxumba e Rubéola Protege contra sarampo, caxumba e rubéola. Esta contraindicada em casos de anafilaxia após recebimento de dose anterior, uso de imunodeficiência clínica ou laboratorial grave e gestação. É administrada em duas doses respeitando situação vacinal anterior e intervalo de 30 dias entre as doses. Eventos adversos: dor local, eritema, endurecimento, aréncia, exantema, prurido e febre.</p> <p>Covid-19 Indicada para imunização ativa para prevenção de formas graves da doença Covid-19. É contraindicada em caso de alergia a qualquer componente, pacientes com febre, doença aguda e início agudo de doenças crônicas. Administrada em duas doses respeitando intervalo estabelecido pelo fabricante, ou dose única no caso da fanssen, mais uma dose de reforço. Eventos adversos: dor local, fadiga, febre, mialgia, diarreia, náusea e cefaléia.</p> <p>CONTRAINDICAÇÕES COMUNS PARA TODOS OS IMUNOBIOLÓGICOS Ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior; história de hipersensibilidade a qualquer componente do imunobiológico.</p>	 <p>Eu _____ Função: _____, Setor: _____</p> <p>Fui informado sobre as vantagens e desvantagens da imunização obrigatória para os trabalhadores da saúde do HUAB, conforme preconização da NR-32 da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde e do Art. 43, da Proteção à Saúde do Trabalhador, Seção VII, da RDC nº 63 de 25 de novembro de 2011, as quais mencionam que todos trabalhadores dos serviços da saúde devem ser imunizados contra agentes biológicos a que possam estar expostos, no perfeito uso de minhas faculdades físicas e mentais, responsabilizo-me pela RECUSA em tomar a(s) vacina(s):</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatite B <input type="checkbox"/> Dupla Adulto (Difteria e Tétano) <input type="checkbox"/> Triplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) <input type="checkbox"/> Difteria, tétano e PERTUSSIS (acelular) (dTpa) <input checked="" type="checkbox"/> COVID 19</p> <p>Motivo da RECUSA: <input checked="" type="checkbox"/> Sou vacinado, não tenho comprovante. <input type="checkbox"/> Sou alérgico aos componentes da vacina. <input type="checkbox"/> Outros: _____</p> <p style="text-align: right;">Santa Cruz, RN _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura do Empregado</p> <p style="text-align: center;">_____ Assinatura da Saúde Ocupacional</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.007507/2024-36

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de Assinatura do Programa de Vacinação dos Trabalhadores PRG.USOST.001 - versão 3 (52476419).

Programa de Vacinação dos Trabalhadores. PRG.USOST.001 - versão 3

Página 20 de 22

9. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Glenda Soares Saldanha - USOST/DIVGP	Data: 11/06/2025
Análise Douglas Vidal Gomes da Silva - USOST/DIVGP	Data: 11/06/2025
Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento – STGQ/SUP	Data: 16/07/2025
Aprovação Douglas Vidal Gomes da Silva - USOST/DIVGP	Data: 16/07/2025



Documento assinado eletronicamente por **Glenda Soares Saldanha, Enfermeiro(a) do Trabalho**, em 21/08/2025, às 13:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Douglas Vidal Gomes da Silva, Chefe de Unidade**, em 22/08/2025, às 11:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Franciane Carla de Souza Bento, Assistente Administrativo**, em 22/08/2025, às 12:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **52508672** e o código CRC **F4523F72**.

