



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 1/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

1. OBJETIVO(S)

Estabelecer a saúde dos trabalhadores através das vacinas, visando a prevenção de doenças imunopreveníveis como Sarampo, Caxumba, Rúbeola (Tríplice Viral); Hepatite B; Difteria e Tétano (dT); Gripe (Influenza) e a SARS-Cov-19 através das vacinas oferecidas pelo Ministério da Saúde (CoronaVac, AstraZeneca, Pfizer, Janssen);

Proporcionar qualidade de vida aos trabalhadores reduzindo a mortalidade pelas doenças infecciosas as quais são evitáveis pela vacinação;

Implementar medidas de prevenção e controle de infecção, através da inspeção dos cartões de vacina dos trabalhadores tomando como base as recomendações e atualizações do Ministério da Saúde (MS) em alinhamento com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e/ou Sociedade Brasileira de Imunização- Ocupacional (SBIm);

2. MATERIAL

- Caneta
- Cartão de vacina dos trabalhadores do HULW com cópia no prontuário ;
- Planilha em excel das vacinas dos funcionários facilitando as atualizações rotineiras e busca ativa;
- Fluxograma para controle da vacinação, através do exames ocupacionais: admissional e periódico;
- Formulário de atualização vacinal e recusa à vacinação;

3. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- Solicitar no exame admissional a cópia do cartão de vacina e o exame Anti-HBs;
- Registrar no prontuário as vacinas já administradas e o resultado do exame Anti-HBs.
- Emitir o Termo de Atualização de Vacina, caso o funcionário precise atualizar alguma dose das vacinas preconizadas no PCMSO e no Programa de Imunização;
- Encaminhar ao setor de vacinação profissionais com o Anti-HBs não reagente



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 2/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

para fazer um segundo esquema vacinal;

- Encaminhar ao setor de vacinação os casos com indicação de reforço de imunização, de acordo com os protocolos e manuais do Ministério da Saúde;
- Registrar a ocorrência de recusa de vacinação, em termo próprio, datado e assinado pelo colaborador e arquivar o referido termo no Prontuário de Saúde Ocupacional;
- Registrar no prontuário as vacinas atualizadas;
- Arquivar cópia do cartão de vacinas no prontuário individual do trabalhador, previsto na NR 07
- Alimentar a planilha de Excel para fins de controle interno e comprovação perante a órgãos judiciais e de controle.
- Encaminhar ao setor de vacinação os casos que por ventura apresentarem reações adversas para que seja feito a notificação;
- Solicitar a carteira de vacinação de todos os trabalhadores, através de convocação por chamadas e nos Exames Periódicos de Saúde, verificando a devida atualização da imunização ativa contra tétano, difteria, hepatite B, tríplice viral, influenza e COVID – 19;
- Arquivar cópia atualizada do Cartão de vacina no prontuário clínico individual do trabalhador, previsto na NR- 07;
- Definir os grupos prioritários para imunização;
- Elaborar cronograma de vacinação dos grupos prioritários em parceria com o Setor de imunização, 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 junto com o setor de imunização data e horários de vacinação que atenda todos os períodos de trabalho;
- Articular com a Secretaria de Saúde do Estado e providenciar, sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar expostos;
- Verificar a eficácia da imunização da hepatite B, através do exame Anti – HBs como consta no PCMSO, sendo funcionários da assistência a cada 5 anos, com chamamento através dos meios de comunicação, ofício via SEI para as chefias imediatas, planilhas com os nomes dos funcionários nos Whastapp e/ou através do email institucional ;
- Realizar campanha de vacinação no HULW anualmente;



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 3/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

4. REFERÊNCIAS

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

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.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 32 – Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 2005. Disponível em: < https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-32.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a covid-19. Portaria GM nº 28, de 03 de setembro de 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19>> Acesso em: 09 nov. 2021.


BRASIL. Ministério de Saúde. Guia de Vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – COVID – 19/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>> Acesso em mar. 2022.



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 4/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

| VERSÃO | DATA | DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO |
|--------|------------|---|
| 1.1 | 01/04/2016 | Atendimento a Norma Regulamentadora 32 |
| 1.2 | 23/03/2018 | Revisão e Aperfeiçoamento |
| 2.0 | 12/06/2022 | Atendimento a normas e legislações; melhoria do processo. |

| | |
|--|-------------------------|
| Elaboração Márcia Loiane Lima de Souza Leal Rozellams Francisca Caetano Vêras Varela | Data: 12/05/2022 |
| Revisão Rosângela Xavier da Silva Evanice Silva de Lima Ana Flávia Moreira Baltar | Data: 20/05/2022 |
| Validação Lecidâmia Cristina Leite Damacena Viviane Cristina Vieira da Silva | Data: 20/06/2022 |
| Aprovação  Elisandro da Rosa Moreira Engenheiro de Segurança do Trabalho CREA-RS 201911 / SIAPE 2348675 HULW-UFPB/EBSERH | Data: <u>21/06/2022</u> |



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 5/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

ANEXO I - FORMULÁRIO DE RECUSA DE VACINA



| | |
|---|-------------------|
| FORMULÁRIO DE RECUSA DE VACINAÇÃO* | SOST -HULW |
|---|-------------------|

Esse termo visa cumprir o disposto na Norma Regulamentadora 32 que trata da vacinação dos trabalhadores, item 32.2.4.17.5

32.2.4.17.5 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.

| VACINA** | BENEFÍCIOS | RISCOS PELA RECUSA |
|---|---|--|
| Vacina contra Influenza/ Gripe | Benefícios: Essa vacina protege contra Influenza A e B. | Riscos pela recusa: Susceptibilidade na exposição aos vírus da Influenza. |
| Vacina contra Hepatite B | Benefícios: Essa vacina protege contra a Hepatite B. | Riscos pela recusa: Susceptibilidade na exposição aos vírus da Hepatite B |
| Tríplice Viral (Sarampo, Rubéola e Caxumba) | Benefícios: Essa vacina protege contra Sarampo, Rubéola e Caxumba. | Riscos pela recusa: Susceptibilidade na exposição aos vírus da Sarampo, Rubéola e Caxumba. |
| Dupla Adulto (Difteria e Tétano) | Benefícios: Essa vacina protege contra Difteria e Tétano. | Riscos pela recusa: Susceptibilidade na exposição aos microrganismos causadores de Difteria e Tétano. |

Assim, eu _____,
Cargo _____ declaro que recusei
a (s) vacina (s) _____.
Motivo: (NÃO OBRIGATORIO RESPONDER)

Conforme apresentado neste documento, tenho ciência dos benefícios da vacinação e dos riscos que estarei exposto pela recusa.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do empregado

**Vacinas estabelecidas pelo Programa de Vacinação Ocupacional HULW/UFPA



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 6/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

ANEXO II- TERMO RECUSA DE VACINA CONTRA COVID 19



Considerando o disposto na NR 32 - Da Vacinação dos Trabalhadores, item 32.2.4.17:

1. Sempre que houver vacinas eficazes contra outros agentes biológicos a que os trabalhadores estão, ou poderão estar, expostos, o empregador deve fornecê-las gratuitamente.
2. O empregador deve fazer o controle da eficácia da vacinação sempre que for recomendado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos, e providenciar, se necessário, seu reforço.
3. A vacinação deve obedecer às recomendações do Ministério da Saúde.
4. 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.

VACINA CORONAVAC – INSTITUTO BUTANTAN

Composição: cada dose de 0,5 mL de suspensão injetável contém 600 SU do antígeno do vírus inativado SARS-CoV-2. Excipientes: hidróxido de alumínio, hidrogenofosfato dissódico, di-hidrogenofosfato de sódio, cloreto de sódio, água para injetáveis e hidróxido de sódio para ajuste de pH. Este produto não contém conservantes.

Esquema Vacinal: duas doses de 0,5 ml com intervalo entre as doses de 14 a 28 dia.

Contraindicação:

- Alergia a qualquer um dos componentes desta vacina;
- Pacientes com febre, doença aguda e início agudo de doenças crônicas.

Uso na gravidez e lactação: Estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Reação Adversa:

- Reação muito comum (> 1/10): cefaleia, fadiga e dor no local.
- Reação comum (> 1/100 e ≤ 1/10): náusea, diarreia, mialgia, calafrios, perda de apetite, tosse, artralgia, prurido, rinorreia, congestão nasal, eritema, inchaço, endurecimento, prurido no local da aplicação.



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 7/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

- Reação incomum ($> 1/1000$ e $\leq 1/100$): vômito, febre, exantema, reação alérgica, dor orofaríngea, odinofagia, espirros, astenia, tontura, dor abdominal, sonolência, mal-estar, rubor, dor nas extremidades, dor abdominal superior, dor nas costas, vertigem, dispneia, edema e hematoma no local da aplicação.

VACINA OXFORD/ASTRAZENECA - INSTITUTO DE TECNOLOGIA EM IMUNOBIOLOGICOS BIOMANGUINHOS / FIOCRUZ

Composição: Cada frasco-ampola contém 5 doses da vacina covid-19 (recombinante). Cada dose de 0,5 mL contém 5×10^{10} partículas virais (pv) do vetor adenovírus recombinante de chimpanzé, deficiente para replicação (ChAdOx1), que expressa a glicoproteína SARS-CoV-2 Spike (S). Produzido em células renais embrionárias humanas (HEK) 293 geneticamente modificadas. Esse produto contém organismos geneticamente modificados (OGMs).

Excipientes: L-Histidina, cloridrato de L-histidina monoidratado, cloreto de magnésio hexaidratado, polissorbato 80, etanol, sacarose, cloreto de sódio, edetato dissódico di hidratado (EDTA) e água para injetáveis.

Esquema Vacinal: duas doses separadas de 0,5 mL cada. A segunda dose deve ser administrada entre 4 e 12 semanas após a primeira dose.

Contraindicação: Em caso de qualquer uma das seguintes condições, o uso da vacina adsorvida COVID-19 (inativada) é contraindicado:

- Alergia a qualquer um dos componentes desta vacina;
- Pacientes com febre, doença aguda e início agudo de doenças crônicas.
- Uso na gravidez e lactação: Estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem a orientação médica ou do cirurgião-dentista.

Reação Adversa:

- Reação muito comum ($> 1/10$): cefaleia, náusea, artralgia, mialgia, mal-estar, febre, calafrios. Sensibilidade, dor, calor, prurido, equimose no local de injeção.
- Reação comum ($> 1/100$ e $\leq 1/10$): diarreia, vômito, dor nas extremidades, inchaço, sintomas semelhantes à influenza, eritema e endurecimento no local de injeção.
- Reação incomum ($> 1/1000$ e $\leq 1/100$): Linfadenopatia, tontura e sonolência, Hiperidrose, prurido, erupção cutânea, urticária, diminuição de apetite.
- Desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis): angiodema.



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 8/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

VACINA COMIRNATY - PFIZER

Composição: Comirnaty® é composto de RNA mensageiro (mRNA) de cadeia simples com estrutura 5-cap altamente purificado, produzido usando transcrição in vitro sem células a partir dos modelos de DNA correspondentes, codificando a proteína S (spike) do SARS-CoV-2. Excipientes: di-hexildecanoato de di-hexilaminobutanol, ditetradecilmetoxipolietilenoglicolacetamida, levoalfosfatidilcolina distearoila, colesterol, sacarose, cloreto de sódio, cloreto de potássio, fosfato de sódio dibásico di-hidratado, fosfato de potássio monobásico, água para injetáveis.

Esquema vacinal: é administrada por via intramuscular após a diluição como uma série de 2 doses (0,3 mL cada) com um intervalo recomendado de 21 dias (3 semanas).

Contraindicações: não deve ser administrada a indivíduos com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes da vacina.

Os dados disponíveis em mulheres grávidas são limitados. Os estudos em animais não indicam efeitos prejudiciais. A administração durante a gravidez apenas deve ser considerada se os potenciais benefícios superarem quaisquer potenciais riscos para a mãe e para o feto.

Reação Adversa:

- Reação muito comum (> 1/10): cefaleia, diarreia, artralgia, mialgia, fadiga, dor e inchaço no local da aplicação.
- Reação comum (> 1/100 e ≤ 1/10): náusea, vômito, rubor no local.
- Reação incomum (> 1/1000 e ≤ 1/100): Linfadenopatia, Reações de hipersensibilidade (por exemplo, erupção cutânea, prurido, urticária, angioedema, insônia, letargia, Hiperidrose, suor noturno, Dor nas extremidades, stenia; mal-estar geral; prurido no local de injeção, diminuição de apetite.
- Raros (≥ 1/10.000 a < 1/1.000): paralisia facial periférica aguda.
- Desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis): anafilaxia, Inchaço extenso do membro vacinado, Edema facial.

Considerando que a vacina contra COVID -19 está indicada para imunização ativa como forma de prevenção de casos de COVID-19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, seguem conforme descrição acima citado, informações das vacinas oferecidas pelo Ministério da Saúde para COVID-19. Contudo, para caso de recusa do colaborador à imunização contra a COVID 19, o mesmo deverá preencher Termo de Recusa de Vacinação. O documento assinado, abaixo, deverá ser anexado no prontuário de saúde ocupacional do trabalhador.

Eu, _____,
CPF: _____, Função: _____, após ter sido informado das vantagens e dos possíveis eventos adversos da vacina contra COVID19 declaro expressamente que não aceito esta vacinação. Declaro também que estou ciente das



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 9/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

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.

JOÃO PESSOA-PB, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO



| | | | |
|---------------------|---|------------------------------------|--------------------------------|
| Tipo do Documento | PROCEDIMENTO / ROTINA | POP.USOST.001 - Página 10/10 | |
| Título do Documento | Procedimento Operacional Padrão (POP) de Imunização | Emissão: 12/06/2022 Versão: 2.0 | Próxima revisão: 12/06/2024 |

ANEXO III- TERMO DE ATUALIZAÇÃO DE VACINA

| | | | | | |
|---|---|---|---------------------------|-------------------|--------------|
| | | | | | |
| ATUALIZAÇÃO VACINAL | | | | SOST/DivGP | |
| Empregado: | | | Cargo/Matrícula: | | Telefone: |
| Constam pendentes as vacinas: | Hepatite B (Anti-HBS: _____) () 1ª () 2ª () 3ª | dT () 1ª () 2ª () 3ª () Ref | () Tríplice Viral | | |
| Cartão de imunização completo: | Hepatite B (Anti-HBS: _____) | dT Data do Ref: | () Tríplice Viral | | |
| Caso tenha pendências solicitamos que compareça para ser imunizado no Setor de Imunização do HULW: | | | | | |
| As vacinas são gratuitas! Pedimos que após atualização do cartão de vacina apresente cópia até o SOST. | | | | | |
| <i>Caso prefira, poderá realizar a vacinação em outro posto de saúde próximo a sua residência.</i> | | | | | |
| OBS: Caso não deseje ser imunizado, solicitamos que compareça a SOST para ser informado sobre os riscos e benefícios, e preencher o documento de recusa de vacinação, conforme NR 32, item 32.2.4.17.5: | | | | | |
| Assinatura do Empregado: | | | | | Data: |

*VIA DA SOST (arquivar no prontuário do empregado)

| | | | | | |
|---|---|--|---------------------------|-------------------|--------------|
| | | | | | |
| ATUALIZAÇÃO VACINAL | | | | SOST/DivGP | |
| Empregado: | | | | | |
| Constam pendentes as vacinas: | Hepatite B (Anti-HBS: _____) () 1ª () 2ª () 3ª | dT () 1ª () 2ª () 3ª () Ref | () Tríplice Viral | | |
| Caso tenha pendências solicitamos que compareça para ser imunizado no Setor de Imunização do HULW: | | | | | |
| As vacinas são gratuitas! Pedimos que após atualização do cartão de vacina apresente cópia até o SOST. | | | | | |
| VACINA** | BENEFÍCIOS | RISCOS PELA RECUSA | | | |
| <i>Vacina contra Hepatite B</i> | <i>Benefícios: Essa vacina protege contra a Hepatite B.</i> | <i>Riscos pela recusa: Susceptibilidade na exposição aos vírus da Hepatite B</i> | | | |
| <i>Tríplice Viral (Sarampo, Rubéola e Caxumba)</i> | <i>Benefícios: Essa vacina protege contra Sarampo, Rubéola e Caxumba.</i> | <i>Riscos pela recusa: Susceptibilidade na exposição aos vírus da Sarampo, Rubéola e Caxumba.</i> | | | |
| <i>Dupla Adulto (Difteria e Tétano)</i> | <i>Benefícios: Essa vacina protege contra Difteria e Tétano.</i> | <i>Riscos pela recusa: Susceptibilidade na exposição aos microrganismos causadores de Difteria e Tétano.</i> | | | |
| <i>Caso prefira, poderá realizar a vacinação em outro posto de saúde próximo a sua residência.</i> | | | | | |
| OBS: Caso não deseje ser imunizado, solicitamos que compareça a SOST para ser informado sobre os riscos e benefícios, e preencher o documento de recusa de vacinação, conforme NR 32, item 32.2.4.17.5: | | | | | |
| Assinatura da Saúde Ocupacional: | | | | | Data: |

*VIA DO EMPREGADO