



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 1/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO -----	3
2.	SIGLAS E DEFINIÇÕES -----	3
3.	DAS RESPONSABILIDADES E CONDUTAS A SEREM ADOTADAS -----	4
3.1.	Da Empregadora -----	4
3.2.	Do Médico Examinador -----	4
3.3.	Da Segurança do Trabalho -----	4
3.4.	Da Medicina e Enfermagem do Trabalho -----	4
3.5.	Dos Colaboradores -----	5
3.6.	Das Chefias Imediatas -----	5
4.	DOS EXAMES MÉDICOS E IMUNIZAÇÃO -----	5
5	IMUNOBIOLÓGICOS -----	6
5.1	Hepatite B (recombinante) -----	6
5.2.	dT –Difteria e tétano -----	6
5.3.	Febre Amarela -----	6
5.4.	Tríplice Viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) -----	6
5.5.	Influenza -----	6
5.6.	Vacinas COVID-19 em uso no Brasil -----	6
5.6.1.	<i>CoronaVac</i> -----	7
5.6.2.	<i>AstraZeneca</i> -----	7
5.6.3.	<i>Pfizer</i> -----	7
5.6.4.	<i>Janssen</i> -----	7
6.	CONTRAINDICAÇÕES DOS IMUNIZANTES -----	7
6.1.	Contraindicações Gerais -----	7
6.2.	Contraindicações Específicas -----	7
7.	ADIAMENTO DA APLICAÇÃO DO IMUNIZANTE -----	8
8.	VACINAÇÃO SIMULTÂNEA -----	8
9.	EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINA -----	8



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 2/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

9.1.	Comuns -----	8
9.2.	Graves -----	8
10.	ESQUEMA DE VACINAÇÃO -----	8
10.1.	Hepatite B -----	8
10.2.	dT (difteria e tétano) -----	9
10.3.	Febre Amarela -----	11
10.4.	Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola) -----	12
10.5.	Influenza -----	12
10.6	COVID-19 -----	12
11.	FORMA DE REGISTRO E ARQUIVAMENTO -----	11
	ORIENTAÇÃO FINAL -----	12
	REFERÊNCIAS -----	13
	ANEXOS -----	14
I.	ANEXO - TERMO DE RECUSA PARA VACINAÇÃO -----	14
II.	ANEXO - TERMO DE RECUSA – VACINA COVID-19 -----	15
III.	ANEXO – ENCAMINHAMENTO PARA CRIE-TO/HDT -----	16
IV.	ANEXO – CADERNETA DE VACINAÇÃO /CARTÃO ESPELHO -----	17
	QUADRO DE REVISÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATIVA -----	18
	TERMO DE APROVAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATIVA -----	18



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 3/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

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 HDT - UFT, 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;
- **EBSEH:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares;
- **Empregadora:** Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSEH, criada em 2011 pela Lei n.º 12.550 com a finalidade de administrar os Hospitais Universitários Federais;
- **HDT - UFT:** Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins;
- **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;
- **USOST:** Unidade 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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 4/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

vido 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

3.1. 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.

3.2. Do Médico Examinador:

- ✓ Examinar o colaborador e registrar em prontuário próprio a(s) vacina(as) realizada(s);
- ✓ 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;

3.3. 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.

3.4. 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);
- ✓ Definir data e horários de vacinação que atenda todos os períodos de trabalho em conjunto com a sala de vacina;



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 5/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

- ✓ 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.

3.5. Dos Colaboradores:

- ✓ Comparecer na saúde ocupacional da USOST sempre que convocado para comprovação vacinal;
- ✓ Atualizar seu cartão espelho junto a USOST sempre que receber um novo imunizante;
- ✓ 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 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 Colaborador).

3.6. Das Chefias Imediatas:

- ✓ Ter conhecimento do PIA;
- ✓ Encaminhar o colaborador a USOST, 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.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 6/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

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.

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 Tríplice Viral (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*.

5.6. Vacinas COVID-19 em uso no Brasil



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 7/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

5.6.1 CoronaVac

A vacina do Butantan utiliza a tecnologia de vírus inativado (morto), uma técnica consolidada há anos e amplamente estudada. Ao ser injetado no organismo, esse vírus não é capaz de causar doença, mas induz uma resposta imunológica. Os ensaios clínicos da CoronaVac no Brasil foram realizados exclusivamente com profissionais da saúde, ou seja, pessoas com alta exposição ao vírus.

5.6.2 AstraZeneca

Foi desenvolvida pela farmacêutica AstraZeneca em parceria com a universidade de Oxford. No Brasil, é produzida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A tecnologia empregada é o uso do chamado vetor viral. O adenovírus, que infecta chimpanzés, é manipulado geneticamente para que seja inserido o gene da proteína "Spike" (proteína "S") do Sars-CoV-2.

5.6.3. Pfizer

O imunizante da farmacêutica Pfizer em parceria com o laboratório BioNTech se baseia na tecnologia de RNA mensageiro, ou mRNA. O RNA mensageiro sintético dá as instruções ao organismo para a produção de proteínas encontradas na superfície do novo coronavírus, que estimulam a resposta do sistema imune.

5.6.4. Janssen

Do grupo Johnson & Johnson, a vacina do laboratório Janssen é aplicada em apenas uma dose, assim como o imunizante da Astrazeneca, também se utiliza da tecnologia de vetor viral, baseado em um tipo específico de adenovírus que foi geneticamente modificado para não se replicar em humanos.

6. CONTRAINDICAÇÕES DOS IMUNIZANTES

6.1. Contraindicações 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).

6.2. Contraindicações Específicas:

Hepatite B	Dt	Febre Amarela	Tríplice Viral	Influenza	Covid-19
------------	----	---------------	----------------	-----------	----------



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 8/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

Reação anafilática após recebimento de qualquer dose da vacina ou de ser componentes.	Não há.	Imunodeprimido grave, independentemente do risco de exposição, e portadores de doenças autoimunes e reação alérgica ao ovo.	Registro anafilático após recebimento de dose anterior, imunodeficiência clínica ou laboratorial grave, gestação e reação alérgica ao ovo.	Registro anafilático após recebimento de dose anterior, reação alérgica ao ovo.	Não há.
---	---------	---	--	---	---------

7. ADIAMENTO DA APLICAÇÃO DO IMUNIZANTE

- 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 vírus atenuado;
- Doença febril aguda grave: não vacinar até melhorar.

8. VACINAÇÃO SIMULTÂNEA

Especificamente a febre amarela e tríplice viral, deverá respeitar o intervalo de 30 dias entre elas. Já a vacina da Covid-19 com qualquer outro imunizante deverá ter o intervalo mínimo de 14 dias. Os demais imunobiológicos podem ser aplicados simultaneamente.

9. EVENTOS ADVERSOS PÓS-VACINA

9.1. Comuns

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

9.2. Graves

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

10. ESQUEMA DE VACINAÇÃO

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

10.1 Hepatite B

Esquema	Condição	Recomendação
A	Nunca vacinou ou ignorado	<u>Esquema básico</u> : 3 doses com intervalo de 30 dias



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 9/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

		da primeira para a segunda e de 60 dias da terceira para a primeira
B	Incompleto	Completar esquema básico: 1 ou 2 doses de acordo com as doses recebidas, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias.
C	Exame de Anti-HBS negativo	Iniciar novo esquema: 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.

10.2 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. Reforço: 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

Variação antitetânica	Ferimento superficial	Outros ferimentos
	Vacina	Vacina
Nunca vacinado ou ignorado ou	Sim	Sim



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 10/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

incompleto		
Completo	Não (1)	Não (2)

(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.

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.

4- Gestantes a partir da 20ª semana de gestação deverão tomar uma dose de dTpa a cada gestação.

10.3. Febre Amarela

- Dose única, a partir dos 9 meses de idade.

10.4. Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola)

- 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 tríplice viral e Febre Amarela.

Nota 2: Profissionais da saúde independentemente da idade, devem receber duas doses.

10.5. Influenza

- Dose única;
- Reforço: anual para profissional de saúde.

10.6. COVID-19

CoronaVac	AstraZeneca	Janssen	Pfizer
Duas doses com intervalo 14 a 28 dias	Duas doses com intervalo de 12 semanas após a primeira dose	Dose única	Duas doses com intervalo até 12 semanas após a primeira dose

Nota:

Preconiza-se um INTERVALO MÍNIMO de 14 DIAS entre as vacinas COVID-19 e as diferentes vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 11/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

11. FORMA DE REGISTRO E ARQUIVAMENTO

O cartão espelho (anexo IV) é um impresso de uso interno da unidade de saúde ocupacional da USOST e nele são registradas informações sobre as vacinas recebidas pelo empregado, do mesmo modo como foi feito o registro na carteira de vacinação original com identificação da sigla CCO (cópia do cartão original).

O cartão espelho individual do empregado deverá ser alimentado sempre que o colaborador receber um novo imunizante.

Também no cartão espelho deve ser registradas as informações pessoais do empregado para facilitar sua localização caso da busca ativa de faltosos.

O arquivamento dos cartões espelho poderá ser feito com utilização de fichário específico, com identificação do conteúdo (cartões de vacinas) e indicação sobre o critério de organização dos cartões (por exemplo: por ordem alfabética ou data de agendamento da próxima vacina).

O cartão espelho facilitará a organização dos comprovantes de vacinação previstas na NR 32 e acordados nas páginas anteriores deste programa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 12/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

ORIENTAÇÃO FINAL

Este plano foi elaborado em consonância com as orientações globais da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

Destaca-se que as informações contidas neste plano trazem diretrizes gerais acerca da operacionalização da vacinação contra diferentes doenças. 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.

Deverão ser seguidas as orientações contidas neste Programa de Imunização Ativa – PIA. Este documento pode ser revisado a qualquer momento, desde que haja necessidade de alteração das informações nele contidas.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 13/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MEDICINA DO TRABALHO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Guia De Imunização Sbm/Anamt –Medicina Do Trabalho 2016-2017**. São Paulo –SP / Curitiba –PR: MAGIC, 2016. 77 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Novo Calendário Vacinal de 2021**. Programa nacional de Imunização. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/files/imunizacao/calendario/Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf> > Acesso em: 09/08/2021.
- 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.
- 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: 09/08/2021.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 14/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

ANEXOS

I. ANEXO - TERMO DE RECUSA PARA VACINAÇÃO

Ministério da
Educação



TERMO DE RECUSA PARA VACINAÇÃO

Eu, _____, 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.

Araguaína – TO, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Colaborador

Assinatura do Enfermeiro/Médico do Trabalho



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 15/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

II. ANEXO - TERMO DE RECUSA – VACINA COVID-19



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Termo de Recusa de Imunização Covid-19

Eu, _____

Matricula: _____

Lotado no Hospital: _____

Função: _____

CPF nº _____

Após ter sido informado das vantagens e dos possíveis eventos adversos da vacina recomendada _____ declaro expressamente que não aceito esta vacinação. Declaro também que estou ciente das vantagens, riscos e consequências desta minha recusa.

_____ - UF ____/____/____

Assinatura do Colaborador



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 16/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

III. ANEXO – ENCAMINHAMENTO PARA CRIE-TO/HDT



Ministério da
Educação

AO CENTRO DE REFERÊNCIA DE IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS - CRIE

Encaminho, _____,

_____ anos, em admissão para o cargo de _____,

No Hospital de Doenças Tropicais da UFT com os seguintes exames sorológicos ocupacionais:

Anti HAV - TOTAL () Reagente () Não Reagente

Anti Varicela Zoster IgM () reagente () Não Reagente

Anti Varicela Zoster IgG () reagente () Não Reagente

Anti Hbs () > 10 mUI/ml () < 10 mUI/ml
Com HBS Ag e Anti Hbc Total não reagente

Status Vacinal atual : () 3 doses conferidas em cartão vacinal

() 3 doses + 1 reforço

() 2 ciclos completos de 3 doses cada

PARA AVALIAÇÃO DE:

() VACINAÇÃO OCUPACIONAL PARA HEPATITE A

() VACINAÇÃO OCUPACIONAL PARA VARICELA

() VACINAÇÃO DE REFORÇO COM UMA DOSE PARA HEPATITE B

() COMPLEMENTAR O ESQUEMA DE REFORÇO COM MAIS DUAS DOSES
(Manutenção do soro negatividade com uma dose de reforço após 30 dias)

() APLICAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA PARA HEPATITE B POR ACIDENTE COM PERFUROCORTE

_____/_____/_____
Data:

Assinatura/carimbo CRM



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TOCANTINS
HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS



Tipo do Documento	PROGRAMA	PRG.STO.001 - Página 18/18	
Título do Documento	IMUNIZAÇÃO ATIVA - PIA	Emissão: 02/2023	Próxima revisão: 02/2025
		Versão: 03	

QUADRO DE REVISÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATIVA

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
02	08/2021	Implementação e inclusão da vacinação contra covid-19
03	01/2023	Inclusão do cartão espelho

TERMO DE APROVAÇÃO DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÃO ATIVA

Elaboração Ademar Vieira Filho – Médico do Trabalho Rebeca Saiter Ribeiro – Enfermeira do Trabalho	Data: 03/10/2018
1ª Revisão Didiane Vieira de Souza Fortaleza - Enfermeira Saúde do Trabalhador Ebert Mota de Aguiar – Médico Examinador do Trabalho Maicon Lúcio dos Santos Fias – Técnico de Segurança do Trabalho Manoel Joaci Gomes – Chefe da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho	Data: 12/08/2021
2ª Revisão Diane Vieira de Souza Fortaleza - Chefe da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho Ebert Mota de Aguiar – Médico Examinador do Trabalho	Data: 02/2023
Validação Setor de Gestão da Qualidade	Data: 06/03/2023 Processo-SEI 23761.004249/2021-11
Aprovação Colegiado Executivo	Data: 09/02/2023 Processo-SEI 23761.004249/2021-11